

‘Recurrent vestibulopathy’

T R E F W O O R D E N

‘RECURRENT VESTIBULOPATHY’;
DUIZELIGHEID; VERTIGO.

door R.B. van Leeuwen en Tj.D. Bruinjes

Samenvatting

‘Recurrent vestibulopathy’ wordt gedefinieerd als een aandoening die zich kenmerkt door een aanvalsgewijs optredende draaiduizeligheid zonder gehoorsymptomen en neurologische verschijnselen.

De oorzaak van ‘recurrent vestibulopathy’ is onbekend, hoewel een relatie met migraine wordt gesuggereerd. In 10-20% van de gevallen moet in de loop van de tijd de diagnose gewijzigd worden in de ziekte van Ménière of benigne paroxismale positie-duizeligheid. De prognose is in het algemeen gunstig. Bij follow-up heeft circa 55-70% van de patiënten uiteindelijk geen klachten meer. Bij persisterende klachten kan een behandeling worden overwogen met bijvoorbeeld migraine-profylaxe.

(*Tijdschr Neurol Neurochir* 2004;105(4):155-158)

Inleiding

Duizeligheid als klacht komt frequent voor, zowel de huisarts als de specialist worden er vaak mee geconfronteerd. De anamnese is van groot belang en wijst vaak de weg naar de uiteindelijke diagnose. De bevindingen bij lichamelijk onderzoek (neurologisch/neuro-otologisch) en bij aanvullend onderzoek zijn van beperkte waarde. Ook na uitvoerig onderzoek kan vaak geen diagnose worden gesteld. Indien draaiduizeligheid op de voorgrond staat, wordt meestal een benigne paroxismale positie-duizeligheid (BPPD), een neuritis vestibularis of de ziekte van Ménière overwogen.

Bij aanvalsgewijs optredende draaiduizeligheid die enkele uren duurt, denkt men in eerste instantie aan de ziekte van Ménière. In dit geval moeten er ook gehoorsymptomen zijn zoals gehoorverlies, tinnitus aurium en/of een drukgevoel in het oor.

Als deze symptomen ontbreken, mag de diagnose ziekte van Ménière niet worden gesteld.¹

Hoewel recidiverende draaiduizeligheid zonder gehoorsymptomen al langere tijd bekend was, werd pas in 1981 door Leliever en Barber hiervoor de term ‘Recurrent Vestibulopathy’ (RV) geïntroduceerd.² Zij definieerden RV als een aandoening die gekenmerkt wordt door recidiverende aanvallen van draaiduizeligheid zonder cochleaire of neurologische verschijnselen. De duur van de aanval kan hierbij variëren van enkele minuten tot 24 uur. De term RV wordt ook door de ‘American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery’ aanbevolen voor het syndroom met recidiverende vertigo zonder gehoorverlies, tinnitus aurium of drukgevoel in het oor.¹

RV komt frequent voor. In een duizeligheidskliniek in Toronto werd in 6,1% van de gevallen de diagnose RV gesteld.³ In Apeldoorn was in het jaar 2002 bij 7,4% van de patiënten met duizeligheid, die het multidisciplinaire duizeligheidspreekuur bezochten, sprake van RV. Bij het merendeel van deze patiënten was door de huisarts de diagnose ziekte van Ménière gesteld. Dit in tegenstelling tot het Apeldoorns Duizeligheid Centrum waar de diagnose ziekte van Ménière veel minder vaak werd gesteld (4,8% van de patiënten).⁴

Klachtenpatroon

Leliever en Barber introduceerden het begrip RV toen zij een groep van 86 patiënten beschreven met aanvallen van draaiduizeligheid zonder gehoorsymptomen.² De leeftijd waarop de symptomen zich openbaarden was gemiddeld 37 jaar, de gemiddelde klachtenduur circa 4 jaar. Bij 7% van de patiënten kwam migraine voor en bij 22% was sprake van eenzijdige uitval bij calorisch onderzoek.

De duur van de aanvallen varieert van minuten tot maximaal 24 uur. Hierbij treedt een matige tot intense draaiduizeligheid op, al dan niet gepaard gaande met misselijkheid en/of braken. In tegenstelling tot bij BPPD wordt RV niet uitgelokt door positieveranderingen. Per definitie zijn er geen otologische verschijnselen zoals gehoorverlies en/of oorsuizen, als onderscheid met de ziekte van Ménière. De onderlinge verschillen tussen RV, BPPD en de ziekte van Ménière zijn samengevat in *Tabel 1*, op pagina 156).

Tabel 1. Verschillen van 'recurrent vestibulopathy', ziekte van Ménière en benigne paroxismale positieduizeligheid.

	Duur vertigo	Uitgelokt door positieverandering	Gehoorverlies	Oorsuizen
RV	1 minuut – 24 uur	-	-	-
ziekte van Ménière	uren	-	+	+
BPPD	<1 minuut	+	-	-

RV= 'recurrent vestibulopathy', BPPD= benigne paroxismale positieduizeligheid.

Het natuurlijk beloop van de klachten bij deze patiënten werd nagegaan met een follow-uponderzoek na gemiddeld 3,5, 5,5 en 8,5 jaar. De resultaten werden in opeenvolgende artikelen gepubliceerd.^{2,5,6} Tabel 2 geeft een overzicht van de follow-upresultaten.

Opvallend is dat na 8,5 jaar in 70% van de gevallen de diagnose RV ongewijzigd bleef. In een minderheid van de gevallen diende de diagnose echter gewijzigd te worden in BPPD of de ziekte van Ménière. Vergelijkbare resultaten zijn beschreven door Kentala

en Pyykkö.⁷ Zij volgden een groep van 33 RV-patiënten gedurende 2-4 jaar. Uiteindelijk was 60% van de patiënten klachtenvrij, 27% had onveranderd klachten en bij 9% moest de diagnose worden gewijzigd in BPPD.

In het Apeldoorns Duizeligheid Centrum werd een groep van 26 patiënten met RV gevolgd gedurende een periode van gemiddeld 14 maanden. De gemiddelde leeftijd was 52,5 jaar en de gemiddelde klachtenduur 2,5 jaar. Bij 12% van de patiënten kwam migraine voor. Bij 54% van de patiënten waren de klachten verdwenen, 36% had onveranderd

Tabel 2. Resultaten van diverse follow-upstudies naar het natuurlijke beloop van patiënten met 'recurrent vestibulopathy', ziekte van Ménière en benigne paroxismale positieduizeligheid.

	Leliever en Barber, 1981 ²	Wallace en Barber, 1983 ⁵	Rutka en Barber, 1986 ⁶
aantal patienten	63	63	61
duur follow-up (jaren)	3,5	5,5	8,5
RV, geen klachten	70%	53%	63%
RV, klachten idem	14%	23%	8%
BPPD	6%	9%	9%
ziekte van Ménière	10%	11%	14%
onbekend	-	4%	6%

RV= 'recurrent vestibulopathy', BPPD= benigne paroxismale positieduizeligheid.

- 1 Bij recidiverende aanvallen van draaiduizeligheid zonder gehoorsymptomen of neurologische verschijnselen past de diagnose 'recurrent vestibulopathy'.
- 2 De oorzaak van 'recurrent vestibulopathy' is onbekend hoewel sommigen een relatie met migraine suggereren.
- 3 De prognose van 'recurrent vestibulopathy' is gunstig. Bij follow-up heeft circa 55-70% van de patiënten geen klachten meer. In 10-20% van de gevallen moet de diagnose gewijzigd worden in ziekte van Ménière of benigne paroxysmale positieduizeligheid.
- 4 Overweeg bij persisterende klachten een behandeling met Ménière- of migrainemedicatie.

klachten en bij 8% werd de uiteindelijke diagnose BPPD gesteld.

Etiologie

De oorzaak van RV is tot op heden onbekend. Op basis van de symptomatologie ligt het voor de hand RV te beschouwen als een voorstadium van de ziekte van Ménière of een Ménière-variant. In de literatuur wordt ook wel gesproken van pseudo-Ménière of vestibulaire Ménière.^{8,9} Bij circa 20% van de patiënten met de ziekte van Ménière is duizeligheid het eerste symptoom.⁹ Toch wordt bij het vervolgen van RV-patiënten gedurende 8,5 jaar maar in 13,5% van de gevallen de diagnose uiteindelijk gewijzigd in ziekte van Ménière.⁶

RV wordt ook wel geassocieerd met migraine. Slater en Moretti *et al.* beschreven een klein aantal patiënten met vertigo zonder gehoorverlies die ook migraine hadden en zij spraken van 'benign recurrent vertigo'.^{10,11} Op basis van deze publicaties beschouwt Brandt dit klinische syndroom (net als 'benign paroxysmal vertigo of childhood') als een bijzondere, monosymptomatische vorm van basilaire migraine.¹² Dieterich en Brandt suggereren hiervoor de term vestibulaire migraine.¹³ Het is onmiskenbaar dat duizeligheidsaanvallen zonder gehoorsymptomen kunnen voorkomen bij migraine.¹⁴⁻¹⁷ In dit geval is echter meestal sprake van een voorgeschiedenis van migraineaanvallen, bewegingsintolerantie (onder andere bewegingsziekte) en een positieve familie-anamnese voor migraine.¹⁶ Als hiervan geen sprake is en er dus alleen maar duizeligheidsaanvallen zonder gehoorsymptomen zijn, is het de vraag of een en ander samenhangt met migraine. In de follow-up-

studie van Rutka en Barber was slechts 7% van de RV-patiënten bekend met migraine.⁶ Bij onze groep was dat percentage 12%. Ten slotte zijn er nog speculaties over een virale origine, vergelijkbaar met de pathogenese van neuritis vestibularis.^{6,18}

Therapie

Omdat de prognose in principe gunstig is, dient de patiënt vooral te worden gerustgesteld. In de eerste plaats dient de patiënt te worden gemeld dat hij niet lijdt aan de ziekte van Ménière. Vaak wordt deze diagnose bij een dergelijk klachtenpatroon ten onrechte gesteld. In de tweede plaats betekent het feit dat de kans op het ontwikkelen van de ziekte van Ménière vrij klein is voor vele patiënten een grote opluchting. Indien de aanvalsfrequentie hoog is, kan worden overwogen de patiënt eerst medicamenteus te behandelen zoals patiënten met de ziekte van Ménière. Bijvoorbeeld met betahistidine omdat dit relatief weinig bijwerkingen heeft. Als dit niet-effectief is, is een behandeling met migraine-medicatie een optie. Dit op basis van de hypothese dat RV in een aantal gevallen een uiting van een migrainevariant zou zijn.

Conclusie

'Recurrent vestibulopathy' kan beschouwd worden als een klinisch syndroom. De diagnose kan worden gesteld als er sprake is van recidiverende aanvallen van draaiduizeligheid zonder gehoorsymptomen of neurologische verschijnselen. Bij vestibulair onderzoek kan calorische uitval worden gevonden. De oorzaak is onbekend hoewel sommigen een relatie

met migraine veronderstellen. In 10-20% van de gevallen moet de diagnose in de loop van de tijd worden gewijzigd in ziekte van Ménière of BPPD. De prognose van RV is in het algemeen gunstig. Bij follow-up heeft circa 55-70% van de patiënten geen klachten meer. Als klachten van draaiduizeligheid persisteren, kan worden overwogen eerst medicamenteus te behandelen als bij de ziekte van Ménière, met bijvoorbeeld betahistidine. Als dit niet-effectief is, is een behandeling met migrainemedicatie een optie.

Referenties

1. Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Meniere's disease. American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Foundation, Inc. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;113:181-5.
2. Leliever WC, Barber HO. Recurrent vestibulopathy. *Laryngoscope* 1981;91:1-6.
3. Nedzelski JM, Barber HO, McIlmoyl L. Diagnoses in a dizziness unit. *J Otolaryngol* 1986;15:101-10.
4. Apeldoorns Duizeligheid Centrum. Jaarverslag 2002.
5. Wallace IR, Barber HO. Recurrent vestibulopathy. *J Otolaryngol* 1983;12:61-3.
6. Rutka JA, Barber HO. Recurrent vestibulopathy: third review. *J Otolaryngol* 1986;15:105-7.
7. Kental E, Pyykkö I. Benign recurrent vertigo-true or artificial diagnosis? *Acta Otolaryngol* 1997;529 (Suppl):101-3.
8. Cawthorne T, Hewlett AB. Meniere's disease. *Proc R Soc Med* 1954;47:663-70.
9. Paparella MM, Mancini F. Vestibular Meniere's disease. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1985;93:148-51.
10. Slater R. Benign recurrent vertigo. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1979;42:363-7.
11. Moretti G, Manzoni GC, Caffara P, Parma M. 'Benign recurrent vertigo' and its connection with migraine. *Headache* 1980;20:344-6.
12. Brandt T. *Vertigo. Its multisensory syndromes.* London: Springer Verlag; 1999.
13. Dieterich M, Brandt T. Episodic vertigo related to migraine (90 cases): vestibular migraine? *J Neurol* 1999;246:883-9.
14. Harker LA, Rassekh C. Migraine equivalent as a cause of epidemic vertigo. *Laryngoscope* 1988;98:160-4.
15. Cutrer F, Baloh RW. Migraine-associated dizziness. *Headache* 1992;32:300-4.
16. Cass SP, Ankerstjerne JK, Yetiser S, Furman JM, Balaban C, Aydogan B. Migraine-related vestibulopathy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997;106:182-9.
17. Neuhauser H, Leopold M, Von Brevern M, Arnold G, Lempert T. The interrelations of migraine, vertigo and migrainous vertigo. *Neurology* 2001;56:436-41.
18. Longridge NS. Recurrent vestibulopathy: support for a viral etiology. *J Otolaryngol* 1989;18:99-100.

Ontvangen 20 augustus 2003, geaccepteerd 19 november 2003.

Correspondentieadres auteurs:

Dr. R.B. van Leeuwen, neuroloog
Dr. Tj.D. Bruintjes, KNO-arts

Gelre ziekenhuizen, locatie Lukas
Postbus 9014
7300 DS Apeldoorn
Tel: 055-5818221
E-mail: r.b.van.leeuwen@gelre.nl

Correspondentie graag richten aan de eerste auteur.

Belangenconflict: geen gemeld.
Financiële vergoeding: geen gemeld.