

Vestibulaire migraine

Roeland B. van Leeuwen, Tjasse D. Bruintjes en Herman Kingma

Recentelijk zijn de criteria gepubliceerd voor het stellen van de diagnose 'vestibulaire migraine'.

De diagnose is gebaseerd op een voorgeschiedenis van migraine en aanvallen van draaiduizeligheid, die niet gepaard hoeven te gaan met de bekende hoofdpijn.

Als een patiënt tijdens een episode van draaiduizeligheid geen hoofdpijn heeft, wordt de relatie met migraine vaak niet gelegd.

Bij frequente aanvallen van draaiduizeligheid kan profylactische medicatie worden gegeven, net als bij migraine zonder duizeligheid.

Vestibulaire migraine' (VM) is een term voor aanvallen van duizeligheid bij patiënten die bekend zijn met migraine. Dat de combinatie van duizeligheid en migraine frequent voorkomt, is al lang bekend, maar tot voor kort bestond de diagnose 'VM' officieel nog niet.¹

De vraag of 'VM' daadwerkelijk een aparte diagnose is, is al lang een punt van discussie tussen neurologen, neurootologen en kno-artsen.² Zowel duizeligheid als migraine komt immers vaak geïsoleerd voor. De discussie gaat dan ook voortdurend over de vraag of duizeligheid bij een patiënt met migraine moet worden toegeschreven aan het toeval of aan een gezamenlijk pathofysiologisch mechanisme.

Na langdurig en intensief overleg tussen de Bárány Society, de internationale vereniging van medisch specialisten en basiswetenschappers betrokken bij vestibulair onderzoek, en de International Headache Society (IHS), is er recentelijk een consensusdocument gepubliceerd met diagnostische criteria voor VM (tabel).³ Met deze afspraken is er een definitieve erkenning gekomen van de diagnose 'VM'. VM zal in een appendix worden opgenomen van de 3e editie van de International Classification of Headache Disorders (ICHD).

Dit consensusdocument is de aanleiding om het ziektebeeld VM onder de aandacht te brengen in dit artikel. Door het stellen van deze 'nieuwe' diagnose zullen er minder patiënten verwezen worden naar de tweede lijn en kan aanvullend onderzoek beperkt worden.

Selectie van literatuur We zochten in Medline naar Engelstalige publicaties in de periode 1 januari 1980-1 januari 2013 met de termen 'migraine', 'dizziness', 'vertigo' en 'vestibular'. De volgende combinaties werden gezocht: 'vestibulair migraine', 'migraine vertigo' en 'migraine dizziness', en deze werden onderling getoetst

Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn.

Afd. Neurologie: dr. R.B. van Leeuwen, neuroloog (tevens: Apeldoorns Duizeligheidscentrum).

Afd. KNO-heelkunde: dr. Tj.D. Bruintjes, kno-arts (tevens: Apeldoorns Duizeligheidscentrum).

Maastricht Universitair Medisch Centrum, afd. KNO-heelkunde, Maastricht.

Prof.dr. H. Kingma, klinisch fysisch-vestibuloloog.

Contactpersoon: dr. R.B. van Leeuwen (r.b.van.leeuwen@gelre.nl).

TABEL Criteria vestibulaire migraine³**criterium****1 definitieve vestibulaire migraine**

- A minstens 5 perioden van vestibulaire symptomen van matige of ernstige intensiteit, gedurende een periode van 5 minuten tot 72 h
- B bekend met migraine in het heden of verleden met of zonder aura volgens de criteria van de ICHD⁴
- C 1 of meer migrainekenmerken tijdens op zijn minst 50% van de aanvallen:
 - hoofdpijn met minstens 2 van de volgende kenmerken: eenzijdig, kloppend van aard, matig of ernstig van aard, toename bij routinematige lichamelijke activiteiten
 - fotofobie of fonofobie
 - visueel aura
 - gerelateerd aan menstruatie
- D geen verklaring door andere vestibulaire diagnose of ICHD-diagnose

2 waarschijnlijke vestibulaire migraine

- A minstens 5 perioden met vestibulaire symptomen van matige of ernstige intensiteit, gedurende een periode van 5 minuten tot 72 h
- B 1 van de criteria 1B of 1C positief (migraine in anamnese of migrainekenmerken tijdens aanval)
- C geen verklaring door andere vestibulaire diagnose of ICHD-diagnose

ICHD = International Classification of Headache Disorders.

via 'OR'. We includeerden zowel originele publicaties als reviewartikelen.

EPIDEMIOLOGIE

De prevalentie van migraine in een open populatie is ongeveer 12% in de leeftijdscategorie 18-65 jaar;⁵ bij mannen is dit 5% en bij vrouwen 15%. 25% van de patiënten met migraine heeft een aura. De prevalentie van duizeligheid in de gehele populatie is 20-30%, toenemend met de leeftijd en vaker voorkomend bij vrouwen; de man-vrouwratio is 0,37.⁶

De incidentie van duizeligheid bij patiënten met migraine varieert van 25 tot 70%, waarbij alle vormen van duizeligheid zijn meegenomen.¹⁷ Duizeligheid vormt een fors probleem bij 5-8% van de patiënten met hoofdpijn.^{8,9} Diverse studies hebben aangetoond dat duizeligheid veel vaker voorkomt bij patiënten met migraine dan bij controlegroepen.⁸

Op basis van minder stringente criteria voor VM dan recent gepubliceerd, wordt verondersteld dat de prevalentie van vestibulaire migraine 1% van de bevolking betreft.¹⁰ In gespecialiseerde duizeligheidscentra kan de diagnose bij tot 11% van de patiënten worden gesteld.¹¹ In het Apeldoorns Duizeligheidscentrum werd de diagnose

'VM' tot 2013 bij ongeveer 4% van de patiënten gesteld. Dit jaar (tot en met augustus 2013) zijn met de huidige criteria 7% van de patiënten gediagnosticeerd met VM (1300 nieuwe patiënten met duizeligheid per jaar).

KLINISCHE KENMERKEN

Bij VM is er sprake van aanvalsgewijze duizeligheid bij een patiënt die bekend is met migraine volgens de criteria van de ICHD (criterium 1B).⁴ Het kernsymptoom bij migraine is de recidiverende hoofdpijnaanval van matige tot ernstige intensiteit met vaak begeleidende klachten als misselijkheid, braken en overgevoeligheid voor licht en geluid. De duizeligheid bij VM betreft meestal een draaiduizeligheid, die spontaan kan optreden of wordt uitgelokt door hoofdbewegingen of optokinetische stimuli (druk verkeer, drukke winkels). De duur van de duizeligheidsaanvallen is zeer variabel: soms enkele minuten, vaak enkele uren, soms dagen.⁸

Belangrijk is dat de migrainekenmerken zoals omschreven bij criterium 1C in de tabel kunnen optreden vóór, tijdens of na de duizeligheid. Ook kunnen verschillende migrainekenmerken optreden tijdens verschillende duizeligheidsaanvallen. Soms is het interval tussen de laatste aanval van migraine en de eerste duizeligheidsaanval behorend bij migraine vele jaren.¹² Kortom, de relatie met migraine ligt niet altijd voor de hand.

Om te vermijden dat alle vormen van duizeligheid bij patiënten met migraine onder VM worden geschaard, spreekt het voor zich dat andere vestibulaire syndromen moeten worden uitgesloten. We bespreken dit onder het kopje 'Differentiaaldiagnose'.

Los van de criteria is er nog een aantal relaties tussen migraine en duizeligheid. Patiënten met migraine hebben vaak een 'overgevoelig' vestibulair systeem. Ze hebben vaker dan gezonde mensen last van reisziekte of hebben dit als kind gehad; ze houden niet van draaimolens en nog minder van achtbanen.⁸ Bij patiënten met migraine komt de ziekte van Ménière en benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD) significant vaker voor.^{1,13,14}

Neurologisch onderzoek, bestaande uit een beoordeling van de oogbewegingen en van de coördinatie, levert tussen de aanvallen geen bijzonderheden op. Tijdens de aanvallen is er zowel een perifere (meestal horizontale) als centrale (verticale en/of rotatoire) nystagmus beschreven.⁸ Aanvullend onderzoek is in het algemeen niet geïndiceerd, tenzij er twijfel is over de diagnose (zie onder het kopje 'Differentiaaldiagnose'). Feit is dat bij patiënten met migraine, met of zonder duizeligheid, regelmatig een asymmetrie wordt vastgesteld bij het inspuiten van koud en warm water in de gehoorgang (calorische prikkeling) van het labrynt.^{15,16} Dit betekent meestal dat er sprake is van uitval van het labrynt of van de N. vestibularis.

PATHOFYSIOLOGIE

De pathofysiologie van migraine staat nog steeds ter discussie en dit geldt vanzelfsprekend ook voor VM. Het wijde spectrum van klinische kenmerken bij VM wijst in de richting van een heterogene pathofysiologie, vooral omdat tijdens een aanval zowel een perifere (wijzend op betrokkenheid van het evenwichtsorgaan) als een centrale nystagmus (wijzend op cerebrale invloed) kan worden vastgesteld.⁸

Een aantal mogelijke pathofysiologische mechanismen wordt overwogen. Een daarvan is 'cortical spreading depression', waarbij een golf van depolarisatie gevolgd door hyperpolarisatie over de cortex trekt. Dit fenomeen is verantwoordelijk voor het migraine-aura en mogelijk ook voor de korte vertigoaanvallen.¹⁷

De duur van de duizeligheid kan bij langer durende duizeligheid synchroon lopen met de duur van de hoofdpijn, vaak enkele uren; bij VM hoeft het symptoom hoofdpijn zelf niet op te treden. Bij dit mechanisme is sprake van een stimulatie van het trigeminovasculaire systeem, waarbij vasodilatatie optreedt en inflammatoire neuropeptiden vrijkomen.¹⁵

Tot slot spelen bij VM waarschijnlijk meerdere neurotransmitters een rol zoals serotonine, noradrenaline en dopamine, die zowel perifeer als centraal hun effect kunnen hebben. Het unilateraal vrijkomen van deze transmitters zou kunnen verklaren waarom er aan 1 zijde perifere vestibulaire uitval kan ontstaan.¹⁷

Voor uitgebreide overwegingen over de pathofysiologie bij VM verwijzen wij naar 2 overzichtartikelen.^{8,18}

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Ziekte van Ménière Bij aanvallen van hevige draaiduizeligheid van enkele uren moet men altijd de ziekte van Ménière overwegen. Bij deze diagnose dient er sprake te zijn van een trias van symptomen: aanvallen van draaiduizeligheid, perceptief gehoorverlies en oorsuizen, soms ook een vol gevoel in het aangedane oor. De oorsymptomen kunnen tijdens een duizeligheidsaanval meer of minder ernstig zijn dan tussen de aanvallen door. Voor een definitieve diagnose moet het gehoorverlies audiometrisch geobjectiveerd zijn.¹⁹ De ziekte van Ménière komt zowel uni- als bilateraal voor.

Neuritis vestibularis Tevens zal bij een patiënt met een langdurende aanval van draaiduizeligheid de diagnose 'neuritis vestibularis' moeten worden overwogen. Patiënten met een neuritis hebben vaak zeer intense vertigo en een horizontale nystagmus. Het herstel is een langdurig proces van dagen tot weken.

Labyrinthitis Een labyrinthitis geeft eenzelfde klinisch beeld als een neuritis, maar er is ook gehoorverlies aan de zijde waar het evenwichtsorgaan is aangedaan.

Vertebrobasilaire ischemie of bloeding De diagnose

'vertebrobasilaire TIA' of 'vertebrobasilaire infarct' moet overwogen worden als er andere neurologische uitvalverschijnselen zijn, zoals dubbelzien, articulatiestoornissen of coördinatiestoornissen. Ook een bloeding in het cerebellum of de hersenstam behoort dan tot de mogelijkheden.

BPPD De positioneringsduizeligheid die kan voorkomen bij migraine moet worden onderscheiden van BPPD. Bij VM blijft de duizeligheid vaak langdurig aanhouden bij verandering van de stand van het hoofd, terwijl de duizeligheid bij BPPD meestal seconden duurt. Verder wordt de meest voorkomende BPPD van het posterieure kanaal gekenmerkt door de typische torsionele upbeat-nystagmus tijdens de kiepproof, die bij VM niet voorkomt.

BEHANDELING

Adviezen over de behandeling van VM berusten op observationele en retrospectieve studies.^{20,21} Door het gebruik van verschillende inclusiecriteria voor VM bij deze studies zijn de resultaten moeilijk te vergelijken en op waarde te schatten. Het beleid in het algemeen is om zo veel mogelijk dezelfde adviezen en uitleg te geven als bij migraine.

Uitleg en adviezen In de eerste plaats dient men een uitleg te geven over de duizeligheidsaanvallen en de mogelijke relatie met migraine. Vooral de angst voor de ziekte van Ménière, met name vanwege het progressieve gehoorverlies dat daarbij optreedt, kan worden weggenomen. Een niet-medicamenteus beleid betreft adviezen over het belang van een regelmatige slaap en het vermijden van overmatige stress.²¹

Aanvalsmedicatie Het medicamenteus beleid bij VM betreft aanvalsmedicatie en profylactische medicatie. Er is slechts 1 studie verricht naar de behandeling van de vertigoaanvallen bij VM die bovendien niet conclusief was.²² De behandeling moet er vooral op gericht zijn om misselijkheid en braken te onderdrukken met antiemetica zoals domperidon- en metoclopramidesuppositoria.

Profylactische medicatie Voor de preventie van aanvallen bij VM zijn observationele studies verricht met verschillende medicamenten waarbij in het algemeen een reductie van de duizeligheid, zowel wat frequentie als intensiteit betreft, werd verkregen van 50-70%; het ging hierbij om bètablokkers als propranolol en metoprolol, en tricyclische antidepressiva als nortriptyline.^{8,23} Ook zijn er studies beschreven naar behandeling met de anti-epileptica lamotrigine en topiramaat.^{24,25} Het werkingsmechanisme van de anti-epileptica bij VM is niet duidelijk. De keuze voor het type profylacticum hangt vooral samen met het bijwerkingenprofiel. Met name topiramaat wordt frequent ingezet bij vrouwen, omdat het ook een gewichtsreducerend effect heeft.

LEERPUNTEN

- Bij vestibulaire migraine (VM) heeft een patiënt die bekend is met migraine ook aanvallen van duizeligheid.
- Recent is de diagnose 'VM' officieel erkend en zijn de diagnostische criteria gepubliceerd.
- Patiënten met migraine hebben vaak een overgevoelig vestibulair systeem: ze zijn snel wagenziek en geen liefhebbers van achtbanen.
- Bij VM kan een lange periode bestaan tussen de laatste migraineaanval en de eerste, vaak geïsoleerde, duizeligheidsaanval.
- Vraag bij patiënten met aanvallen van draaiduizeligheid of ze ook migraine hebben.
- Overweeg profylactische medicatie bij VM met frequente aanvallen van duizeligheid.

Uit het bovenstaande wordt duidelijk dat goed opgezette prospectieve trials noodzakelijk zijn naar zowel de aanvalsbehandeling als de preventieve medicatie. Nu er consensus is over de criteria van VM kunnen deze studies voortvarend ter hand genomen worden.

CONCLUSIE

Het vaststellen van de definitieve criteria voor het stellen van de diagnose 'vestibulaire migraine' heeft belangrijke consequenties. In de eerste plaats krijgt een groep patiënten bij wie voorheen geen duidelijke diagnose werd gesteld nu wel een diagnose met behandeladvies. Ten tweede kunnen patiënten worden gerustgesteld bij wie onterecht de ziekte van Ménière is gediagnosticeerd. Erkenning van de diagnose 'VM' betekent dat aan dit ziektebeeld veel bekendheid moet worden gegeven, vooral bij huisartsen, neurologen en kno-artsen. Mogelijk zullen er minder verwijzingen plaatsvinden naar de tweede lijn. Ook voor verder onderzoek naar medicatie bij aanvallen en als profylaxe zijn eensgezinde criteria voor de inclusie van VM-patiënten van groot belang.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 4 december 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A6310



KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/KLINISCHEPRAKTIJK

LITERATUUR

- Kayan A, Hood JD. Neuro-otological manifestations of migraine. *Brain*. 1984;107:1123-42.
- Phillips J, Longridge N, Mallinson A, Robinson G. Migraine and vertigo: a marriage of convenience? *Headache*. 2010;50:1362-5.
- Lempert T, Olesen J, Furman J, et al. Vestibular migraine: diagnostic criteria. *J Vestib Res*. 2012;22:167-72.
- The International Classification of Headache Disorders. 2nd edition. Headache Classification subcommittee of the International Headache Society. *Cephalalgia*. 2004;24:1-160.
- Hirtz D, Thurman DJ, Gwinn-Hardy K, et al. How common are the 'common' neurologic disorders? *Neurology*. 2007;68:326-37.
- Neuhauser HK, van Brevern M, Radtke A, et al. Epidemiology of vestibular vertigo: a neurotologic survey of the general population. *Neurology*. 2005;65:898-904.
- Kuritzky A, Ziegler DK, Hassanein R. Vertigo, motion sickness and migraine. *Headache*. 1981;21:227-31.
- Strupp M, Versino M, Brandt T. Vestibular migraine. *Handb Clin Neurol*. 2010;97:755-71.
- Müri RM, Meienberg O. Vertigo and migraine. *Schweiz Med Wochenschr*. 1993;123:1331-6.
- Neuhauser HK, Radtke A, von Brevern M, et al. Migrainous vertigo: prevalence and impact on quality of life. *Neurology*. 2006;67:1028-33.
- Neuhauser H, Leopold M, von Brevern M, et al. The interrelations of migraine, vertigo and migrainous vertigo. *Neurology*. 2001;56:436-41.
- Park JH, Viirre E. Vestibulair migraine may be an important cause of dizziness/vertigo in perimenopausal period. *Med Hypotheses*. 2010;75:409-14.
- Radtke A, Lempert T, Gresty MA, et al. Migraine and Ménière's disease: is there a link? *Neurology*. 2002;59:1700-4.
- Ishiyama A, Jacobson KM, Baloh RW. Migraine and benign positional vertigo. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000;109:377-80.
- Cutrer FM, Baloh RW. Migraine-associated dizziness. *Headache*. 1992;32:300-4.
- Teggi R, Colombo B, Bernasconi L, et al. Migrainous vertigo: results of caloric testing and stabilometric findings. *Headache*. 2009;49:435-44.
- Lempert T, Neuhauser H, Daroff RB. Vertigo as a symptom of migraine. *Ann N Y Acad Sci*. 2009;1164:242-51.
- Furman JM, Marcus DA, Balaban CD. Vestibular migraine: clinical aspects and pathophysiology. *Lancet Neurol*. 2013;12:706-15.
- Committee on Hearing and Equilibrium guidelines for the diagnosis and evaluation of therapy in Ménière's Disease. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995;113:181-5.
- Reploeg MD, Goebel JA. Migraine-associated dizziness: patients characteristics and management options. *Otol Neurotol*. 2002;23:364-71.
- Fotuhi M, Glaun B, Quan S, Sofare T. Vestibular migraine: a critical review of treatment trials. *J Neurol*. 2009;256:711-6.
- Neuhauser H, Radtke A, von Brevern M, Lempert T. Zolmitriptan for treatment of migrainous vertigo. A pilot randomized placebo-controlled trial. *Neurology*. 2003;60:882-3.
- Mikulec AA, Faraji F, Kinsella LJ. Evaluation of the efficacy of caffeine cessation, nortriptyline and topiramate therapy in vestibular migraine and complex dizziness of unknown etiology. *Am J Otolaryngol*. 2012;33:121-7.

- 24 Bisdorff AR. Treatment of migraine related vertigo with lamotrigine. An observational study. Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb. 2004;2:103-8.
- 25 Carmona S, Settecasse N. Use of topiramate (topamax) in a subgroup of migraine-vertigo patients with auditory symptoms. Ann N Y Acad Sci. 2005;1039:517-20.