



rijksuniversiteit
 groningen

Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid
 Universitair Medisch Centrum Groningen



De ziekte van Ménière

De visie van patiënten op: het ontstaan van de ziekte, factoren die de draaiduizeligheid beïnvloeden, behandelingen en het effect daarvan, en kwaliteit van leven

Martijn Marsman
 Student geneeskunde (3^e jaar)
 Begeleiding: dr. G. Dijkstra en dr. J. Bouma
 Maart 2011

VOORWOORD

In het kader van het Keuzeproject Persoonlijke Profilering is dit onderzoek over de ziekte van Ménière uitgevoerd. Hierbij is gebruik gemaakt van een dataset aangeleverd door Psychologie studente M. de Vries. De begeleiding is gedaan door dr. G Dijkstra en dr. J Bouma van de Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid UMCG in Groningen en dr. S Rutgers namens de Nederlandse Vereniging Voor Slechthorenden, NVVS. Voor deze hulp en constructieve feedback wil ik hen bedanken.

INHOUDSOPGAVE

1. SAMENVATTING	4
2. INLEIDING	6
3. METHODE	8
3.1 Dataverzameling.	8
3.2 Vragenlijst.	8
4. RESULTATEN.....	9
4.1 Algemene informatie over de respondenten.	9
4.2 Mogelijke oorzaak van het ontstaan van de ziekte van Ménière.	11
4.3 Medicatie (gebruik) bij draaiduizeligheids aanvallen.	13
4.4 Therapieën om de klachten van de ziekte van Ménière te verminderen.....	15
4.5 Kwaliteit van leven.	17
4.6 Tevredenheid over de behandeling van de ziekte van Ménière.....	18
5. CONCLUSIE	19
6. DISCUSSIE	21
7. REFERENTIES	23
8. BIJLAGEN	24

1. SAMENVATTING

Inleiding

De ziekte van Ménière is een aandoening die gekenmerkt wordt door draaiduizeligheidsaanvallen (vertigo), tinnitus (oorsuizen) en gehoorverlies. Indien voor deze drie symptomen geen oorzaak wordt gevonden mag er gesproken worden van de ziekte van Ménière. De aandoening werd door Prosper Ménière in 1861 voor het eerst beschreven. De pathofysiologie speelt zich af in het slakkenhuis (cochlea). Een ophoping van endolymfe (endolymfatische hydrops) leidt tot een scheur in de membraan van Reissner waardoor endolymfe zich kan vermengen met perilymfe. Dit veroorzaakt veranderingen in de chemische samenstelling van deze vloeistoffen die waarschijnlijk verantwoordelijk zijn voor de vertigo aanvallen bij de ziekte van Ménière.

Beschadiging van de haarcellen in het orgaan van Corti heeft aanvankelijk wisselend en later permanent gehoorverlies tot gevolg.

De hoofdvraag van dit onderzoek luidt als volgt: Welke factoren zijn van invloed op de ziekte van Ménière?

Deelvragen:

1. Wat is, volgens de patiënt, de mogelijke oorzaak voor het ontstaan van de ziekte van Ménière en welke factoren hebben invloed op een draaiduizeligheidsaanval?
2. Welke (medicamenteuze) therapieën gebruiken patiënten met de ziekte van Ménière?
3. Hoe ziet de kwaliteit van leven eruit met en zonder de ziekte van Ménière?
4. Hoe tevreden zijn patiënten over de behandeling van de ziekte van Ménière in het algemeen?

Methode

Op een oproep van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) en verwante organisaties aan Ménière patiënten om mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Ménière hebben 511 mensen gereageerd. Men kon aan het onderzoek meedoen door een elektronische of papieren vragenlijst in te vullen. Uiteindelijk hebben 396 mensen de vragenlijst ingevuld (respons van 78%). Eenennegentig van de 396 respondenten bleken niet te voldoen aan de inclusiecriteria. Zij zijn niet meegenomen in de analyse.

Resultaten

Eenenvijftig procent van de patiënten denkt dat de oorzaak van het ontstaan van de ziekte ligt bij psychische spanning of stress. Daarnaast kan volgens 22% van de patiënten de oorzaak erfelijke aanleg zijn. De belangrijkste factor die volgens de patiënten bijdraagt aan het ontstaan van een draaiduizeligheidsaanval is psychische spanning en stress (57%). Verder zijn, volgens de patiënten, visuele prikkels (53%), inspanning (52%) en akoestische prikkels (46%) triggers voor een duizeligheidsaanval.

Tweehonderdvierenzeventig van de 304 patiënten gebruikt(e) medicatie (90%), met name betahistine en cinnarizine. Betahistine blijkt in 60% effectief tegen draaiduizeligheidsaanvallen en cinnarizine in 50%. Het percentage patiënten, dat gebruik maakt van betahistine blijft in de eerste 15 jaren gelijk, namelijk rond de 80%, en neemt daarna af tot 31%. Ruim een derde van de patiënten gebruikt(e) (ooit) cinnarizine. Dit gebruik neemt na 15 jaar iets toe.

Naast medicatie maken patiënten vooral gebruik van een prismabril (34%) en een hoorapparaat in één (29%) of beide oren (24%). De effectiviteit van de prismabril is 78% en van een hoorapparaat in één oor 53% en in beide oren 80%.

De kwaliteit van leven beoordeelt men, met de ziekte van Ménière, gemiddeld met het cijfer 6,5. Indien er hypothetisch geen Ménière aanwezig is, scoren patiënten gemiddeld het cijfer 8,7. Zevenentwintig procent van de patiënten is tevreden tot erg tevreden over de behandeling van de ziekte van Ménière.

Conclusie en Discussie

In dit onderzoek komt naar voren dat patiënten zelf psychische spanning en stress als mogelijke oorzaak van de ziekte (51%) als ook een initiërende factor voor een draaiduizeligheidsaanval (57%) zien. In eerder onderzoek vond Mateijsen geen bewijs voor stress als causale factor.

Betahistine wordt vaak (78%) gebruikt als medicatie met als doel het verminderen van duizeligheidsklachten. De effectiviteit is 60%. Daarnaast hebben patiënten baat bij het gebruik van andere therapiemogelijkheden zoals bijvoorbeeld een prismabril (34%), met een effectiviteit van 78%.

Ondanks de onduidelijkheid over het ontstaan en de behandeling van de aandoening scoren patiënten gemiddeld een 6,5 op de kwaliteit van leven.

Zevenentwintig procent is tevreden tot erg tevreden over de behandeling.

De beschrijving en interpretatie van factoren in dit onderzoek geven aanwijzingen voor verder onderzoek. Hierbij kan gedacht worden aan het verder uitzoeken van de kwaliteit van leven bij Ménière patiënten. De gebruiksduur van betahistine zou verder uitgezocht kunnen worden.

Ook is het interessant om te kijken naar eventuele co-morbiditeit die invloed heeft op de ziekte van Ménière. Indien een andere ziekte aanwezig is en deze aandoening wel te behandelen is, kan dit wellicht gunstig uitpakken voor de klachten bij Ménière. Men denke hierbij bijvoorbeeld aan benigne paroxysmale bewegingsafhankelijke duizeligheid (BPPD).

2. INLEIDING

De ziekte van Ménière is een aandoening die gekenmerkt wordt door aanvallen van draaiduizeligheid (nu of in het verleden) waarbij 2 of meer episodes zijn opgetreden met een duur van meer dan 20 minuten, tinnitus (oorsuizen) en gehoorverlies. Indien er voor deze combinatie van drie symptomen geen oorzaak wordt gevonden mag er gesproken worden van de ziekte van Ménière¹. De ziekte is vernoemd naar de Franse arts Prosper Ménière (1799-1862). Deze arts heeft in 1861 de aandoening beschreven. Hij vermoedde dat de duizeligheidsaanvallen (vertigo) veroorzaakt werden door een (pathofysiologische) beschadiging in het binnenoor. Dit vermoeden werd pas 40 jaar later aangetoond door Hallpike en Portman².

In de tijd van Prosper Ménière dacht men dat de duizeligheidsaanvallen een connectie hadden met epilepsie en beroertes. Dit zou volgens de geleerden destijds komen door overvulling van het hoofd met bloed. De behandeling was toen patiënten flink te laten bloeden zodat de druk in het hoofd zou dalen. De precieze hoeveelheid bloed was lastig te bepalen en vaak liep het slecht af voor de patiënt. Prosper Ménière zag in de kliniek voor dove mensen, waar hij werkte, dat de aanvallen 'goedaardig' waren en besloot dat de therapie, waarbij mensen moesten bloeden om de druk in het hoofd te laten dalen, moest worden afgeraden³.

Tegenwoordig is veel meer bekend over het oor. Het (binnen)oor heeft een belangrijke rol bij horen en heeft tevens een functie bij evenwicht en oriëntatie. De oorzaak van de ziekte van Ménière is (nog) niet bekend. Wat in de loop der jaren bekend is geworden, is dat het bij de ziekte van Ménière gaat om schade in het slakkenhuis (de cochlea). Het slakkenhuis bestaat uit drie verschillende ruimtes namelijk scala vestibuli, scala media en scala tympani. Alle drie de compartimenten zijn gevuld met vloeistof. De buitenste compartimenten (scala vestibuli en scala tympani) bevatten perilymfe en de scala media bevat endolymfe. Door ophoping van endolymfe (endolymfatische hydrops) in de scala media kan de druk op het membraan van Reissner (membraan tussen scala media en scala vestibuli) te groot worden, waardoor deze scheurt. Dit zorgt ervoor dat de endolymfe uit de scala media zich kan vermengen met de perilymfe uit de scala vestibuli. Een aanval van duizeligheid zou hiervan het gevolg zijn.

De ziekte van Ménière manifesteert zich meestal bij mensen tussen de 30 en de 50 jaar. Dit wordt wel de voorkeursleeftijd genoemd. De incidentie en prevalentie bij de ziekte van Ménière is 40-50*10⁻⁵ respectievelijk 300*10⁻⁵ mensen⁴. De ziekte komt voor bij zowel mannen als vrouwen waarbij de vrouwen 1-3 keer vaker zijn aangedaan⁵.

De ziekte van Ménière is een chronische aandoening waarbij de pathofysiologische verandering niet reversibel is en de aandoening niet meer zal genezen. Bij de meeste patiënten kunnen de aanvallen in remissie gaan (ophouden of sterk verminderen). Dit treedt op bij 80% van de patiënten in vijf tot tien jaar na ontstaan van de ziekte⁴.

Uit onderzoek naar de ziekte van Ménière blijkt dat patiënten op zowel fysiek als psychisch niveau problemen ervaren. De vertigo heeft zowel invloed op het lichamelijke domein als op het psychische domein omdat men activiteiten niet meer kan of durft te ondernemen uit angst voor een eventuele duizeligheidsaanval op het werk, familie bezoek of waar dan ook. Omdat de vertigo aanvallen onvoorspelbaar zijn, is het voor patiënten moeilijk lange termijn plannen te maken⁶. Gehoorverlies belemmert de communicatie van patiënten, denk hierbij aan een partner, een deurbel of telefoon die niet gehoord wordt.

De ziekte van Ménière

Indien men de ziekte van Ménière vermoedt, gaat men naar de huisarts. De huisarts kan dit vermoeden bevestigen en zal de patiënt doorsturen naar een Keel-, Neus- & Oorarts (KNO-arts). De KNO-arts onderzoekt bij voorkeur volgens het protocol 'Definitie Ménière Groningen', beschreven door Mateijsen in 2001⁷. Samenvattend gaat het om een algemene KNO anamnese en aanvullend onderzoek zoals een audiometrie, vestibulaire tests, beeldvormend- en laboratoriumonderzoek.

Er bestaat geen causale therapie voor de ziekte van Ménière. De patiënten zijn voornamelijk aangewezen op symptoombestrijding. Meestal wordt betahistine voorgeschreven om de frequentie van de duizeligheidsaanvallen te verminderen⁴. Er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat betahistine effectief is⁸. Voor zowel tinnitus als gehoorverlies zijn er geen werkzame medicamenten. Na verloop van tijd kunnen de duizeligheidsaanvallen (tijdelijk) verdwijnen en zou er gestopt kunnen worden met de betahistine.

Tal van andere therapieën, waaronder chirurgische uitschakeling van de cochlea, zijn ingrijpend en hebben veel bijwerkingen, zoals totale doofheid. Bij therapieresistente ernstige vertigo is intratympanische toediening van aminoglycosiden (bijvoorbeeld gentamycine) effectief⁴. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat deze medicamenten een ototoxische werking hebben. Dit houdt in dat er (ernstig) irreversibel gehoorverlies op kan treden. Deze schade is afhankelijk van het type aminoglycoside, expositieduur en de concentratie in binnenoorvloeistof⁸.

Het is van belang om meer te weten te komen over deze aandoening, omdat deze voor mensen die aan deze ziekte lijden een grote impact op de kwaliteit van het leven kan hebben. De onwetendheid over het ontstaan en het onverwacht optreden van een aanval zal menig Ménière patiënt bezig houden. Ook voor artsen is het van belang om meer informatie over deze ziekte te krijgen. De arts zal door patiënten worden benaderd en kan de patiënt niet goed voorlichten als er weinig informatie beschikbaar is over de ziekte.

Dit heeft geleid tot de volgende vraagstelling: Welke factoren zijn van invloed op de ziekte van Ménière? Om op bovenstaande vraag antwoord te kunnen geven, zijn de volgende deelvragen geformuleerd.

Deelvragen:

1. Wat is, volgens de patiënt, de mogelijke oorzaak voor het ontstaan van de ziekte van Ménière en welke factoren hebben invloed op een draaiduizeligheidsaanval?
2. Welke (medicamenteuze) therapieën gebruiken patiënten met de ziekte van Ménière?
3. Hoe ziet de kwaliteit van leven eruit met en zonder de ziekte van Ménière?
4. Hoe tevreden zijn patiënten over de behandeling van de ziekte van Ménière in het algemeen?

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van data, die in 2010 onder een groep Ménière patiënten verzameld zijn. De opdrachtgever voor de dataverzameling is de commissie Ménière van de Nederlandse vereniging voor slechthorenden (NVVS). Deze heeft de Wetenschapswinkel van het UMCG gevraagd data te verzamelen voor onderzoek.

3. METHODE

3.1 Dataverzameling

In oktober 2009 verscheen op de website en het Ménière forum van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) een oproep aan patiënten om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek naar de ziekte van Ménière. Ook het Fries centrum voor Doven en Slechthorenden en de Belgische zusterorganisatie plaatsten de oproep. Het verzoek tot participatie aan het onderzoek kwam van de commissie Ménière. Dit is een van de elf commissies van de NVVS. Op de oproep reageerden 511 Ménière patiënten. De patiënten konden zich aanmelden voor een elektronische vragenlijst of een papieren versie. Voor de elektronische vragenlijst hadden 410 patiënten een email adres opgegeven; 101 patiënten melden zich met een postadres.

In juni 2010 kregen de patiënten per email een koppeling om de vragenlijst via internet in te vullen.

De patiënten hadden vier weken de tijd om de vragenlijst in te vullen. Hierna verviel de koppeling naar de vragenlijst. De patiënten die zich aangemeld hadden voor de papieren vragenlijst kregen deze ook in juni 2010, zij konden de vragenlijst ingevuld retour sturen. Nadat alle vragenlijsten verstuurd waren, is een week later een herinnering naar alle respondenten verstuurd.

Totaal hebben 396 van de 511 patiënten (78%) de vragenlijst ingevuld. Driehonderdzeven patiënten beantwoordden de digitale vragenlijst en 89 de papierenversie. Uiteindelijk zijn er na de exclusie 305 geschikte patiënten overgebleven. Van de 91 patiënten die niet geschikt waren, bleken 51 niet de diagnose Ménière te hebben. Zesendertig patiënten hebben wel de diagnose Ménière gekregen maar voldeden niet aan de definitie Ménière. Vier patiënten hebben wel de ziekte van Ménière maar retourneerden de vragenlijst met teveel missende waarden.

3.2 Vragenlijst

De vragenlijst bestaat uit elf onderdelen waarin op verschillende aspecten (socio-demografische gegevens, ziekte kenmerken, therapie en kwaliteit van leven) van de ziekte van Ménière wordt ingegaan. De vragenlijst bestaat uit meerkeuze vragen. Wanneer het antwoord dat van toepassing was op de patiënt er niet tussen stond, kon de patiënt een zelf geformuleerd antwoord invullen bij de categorie 'Anders'. Deze antwoorden staan in de bijlage (8.1.1 tot en met 8.1.15) vermeld. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van gegevens uit onderdeel 1 (kenmerken van de ziekte), 2 (oorzaak en therapie), 10 (kwaliteit van leven) en 11 (algemene gegevens).

4. RESULTATEN

4.1 Algemene informatie over de respondenten

Onderzoeksgroep

De onderzoeksgroep bestaat uit Ménière patiënten die de vragenlijst over de ziekte van Ménière hebben ingevuld. Het gaat in deze steekproef om 305 personen waarvan 132 mannen (43%) en 173 vrouwen (57%). Niet elke respondent heeft de vragenlijst volledig ingevuld, waardoor het totaal aantal patiënten per vraag kan variëren.

Leeftijd

De gemiddelde leeftijd in de totale groep is 60.6 jaar en de mediaan is 61.0 jaar. In de onderzoeksgroep is de jongste persoon 29 jaar en de oudste persoon 89 jaar. In tabel 1 zijn de verschillen in leeftijd tussen mannen en vrouwen te vinden.

Tabel 1: leeftijd (in jaren) per geslacht

	Gemiddelde (SD)	Mediaan	Range
Totaal	60,6 (11)	61,0	29-89
Man	61,8 (10)	61,8	34-88
Vrouw	59,7 (11)	59,7	29-89

SD= standaarddeviatie, Range= laagste-hoogste waarneming

Burgerlijke staat en opleiding

Aan de 305 patiënten is gevraagd om aan te geven wat de huidige burgerlijke staat is. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in tabel 2. Daarnaast is gevraagd naar het hoogst voltooide opleiding niveau van de patiënten. Deze resultaten staan in tabel 3 vermeld.

Tabel 2: Burgerlijke staat

	N	(%)
Gehuwd	227	(74)
Samenwonend	18	(6)
Partner, niet samenwonend	5	(2)
Geen partner	21	(7)
Gescheiden	14	(4)
Weduwe/weduwnaar	20	(7)

N= aantal patiënten

Tabel 3: Hoogst voltooide opleiding

	N	(%)
Geen	1	(1)
Lager algemeen onderwijs, basisonderwijs	8	(3)
Lager beroeps onderwijs: huishoudschool, LTS, LEAO en LHNO	43	(14)
Middelbaar algemeen onderwijs: MAVO, IVO en (M)ULO	67	(22)
Middelbaar beroeps onderwijs: MTS, UTS, MBA en MEAO	50	(16)
Voortgezet algemeen onderwijs: HAVO, VWO, Gymnasium en HBS	30	(10)
Hoger beroeps onderwijs: HTS, HEAO en HBO	78	(25)
Wetenschappelijk onderwijs	28	(9)

N= aantal patiënten

Uit tabel 2 blijkt dat 74% van de Ménière patiënten in deze steekproef aangeeft getrouwd te zijn. Daarnaast heeft 14% van de patiënten geen partner of is de partner overleden. Zes procent van de patiënten is niet getrouwd maar wel samenwonend. Vier procent van de patiënten is gescheiden en 2% van de patiënten heeft een partner maar woont hier niet mee samen.

De ziekte van Ménière

De meeste patiënten (25%) hebben, als hoogste voltooide opleiding, het hoger beroepsonderwijs afgerond. Er is 1 persoon die geen opleiding heeft afgerond. Daarnaast heeft 55% lager of middelbaar (beroeps)onderwijs met goed gevolg afgerond. Tien procent van de ondervraagden heeft het voortgezet algemeen onderwijs afgerond en 9% heeft wetenschappelijk onderwijs gevolgd.

Duur duizeligheidsaanvallen

Gemiddeld hebben patiënten in deze steekproef 13 jaar (SD=11, range 0-58) last van draaiduizeligheidsaanvallen. Om te kijken of men in de loop der jaren geen last meer heeft van duizeligheidsaanvallen is een nieuwe variabele aangemaakt. De duur van draaiduizeligheidsaanvallen is daarbij verdeeld in groepen. Er zijn vier groepen: 0-5 jaar, 6-10 jaar, 11-15 en meer dan 15 jaar last van draaiduizeligheid. In tabel 4 is te zien hoe lang patiënten last hebben van draaiduizeligheidsaanvallen.

Tabel 4: Duur duizeligheidsaanvallen

	N Totaal	(%)	N Man	(%)	N Vrouw	(%)
0-5 Jaar	95	(31)	46	(48)	49	(52)
6-10 Jaar	63	(21)	30	(48)	33	(52)
11-15 Jaar	42	(14)	20	(48)	22	(52)
>15 Jaar	103	(34)	35	(34)	68	(66)
Totaal	303	(100)	131		172	

N= Frequentie patiënten

Uit tabel 4 blijkt dat 31% van de patiënten 0-5 jaar last heeft van duizeligheidsklachten. Dit betekent dat de overige 69% van de patiënten meer dan 5 jaar last heeft van duizeligheidsklachten. Volgens de literatuur treedt bij 80% van de patiënten spontaan remissie op in 5 tot 10 jaar⁴. Uit Tabel 4 blijkt dat 48% van de patiënten in deze steekproef 11 jaar of langer last heeft van duizeligheidsaanvallen.

4.2 Mogelijke oorzaak van het ontstaan van de ziekte van Ménière.

Wat is volgens de patiënt de oorzaak van het ontstaan van de ziekte van Ménière?

Wetenschappers hebben nog geen oorzaak gevonden voor het ontstaan van de ziekte van Ménière. In de enquête werd de patiënten gevraagd, wat zij dachten dat de oorzaak van het ontstaan van de ziekte zou kunnen zijn. In tabel 5 staan de antwoordfrequenties in een overzicht weergegeven.

Tabel 5: Mogelijke oorzaak van het ontstaan van de ziekte van Ménière

	N Totaal (%)	N Man (%)	N Vrouw (%)	P
Psychische spanning of stress	154 (51)	74 (56)	80 (46)	0,062
Geen idee	98 (32)	36 (27)	62 (36)	0,067
Erfelijk, de ziekte van Ménière komt voor in uw familie	66 (22)	32 (24)	34 (20)	0,212
Anders	66 (22)	32 (24)	34 (20)	0,212
Een nog onbekende infectie (bijvoorbeeld virus of bacterie)	37 (12)	15 (11)	22 (13)	0,423
Andere (nog onbekende) ziekte	17 (6)	3 (2)	14 (8)	0,022
Klap op of tegen het hoofd	18 (6)	7 (5)	11 (6)	0,442

N= antwoordfrequentie, P=overschrijdingskans, Cursieve vette waarden zijn significant (<0,05)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat 51% van de respondenten denkt dat de oorzaak van het ontstaan van de ziekte van Ménière psychische spanning of stress is. Totaal is er 456 keer door patiënten een mogelijke oorzaak aangegeven. Het totaal aantal patiënten is minder, dit betekent dat men denkt dat er meer dan één oorzaak kan zijn voor het ontstaan van de ziekte van Ménière.

Percentueel gezien is er weinig verschil tussen wat mannen en vrouwen denken met betrekking tot de veroorzaker van de ziekte van Ménière. Middels een Chi-kwadraattoets is gekeken of er een significant verschil bestaat tussen wat mannen en vrouwen denken wat de veroorzaker van de ziekte van Ménière is. De nul hypothese was dat er geen verschil is tussen wat mannen en vrouwen denken. Uit de analyse bleek dat mannen en vrouwen significant (P=0,022) verschillend denken over de oorzaak 'Andere (nog onbekende) ziekte'. Voor alle andere genoemde oorzaken is er geen significant verschil aan te tonen.

De ziekte van Ménière

Welke factoren dragen naar de mening van de patiënt bij aan een duizeligheidsaanval?

Er is de patiënten gevraagd welke factoren, naar de mening van de patiënt, het meest bijdragen aan het ontstaan van een duizeligheidsaanval. In tabel 6 staat per factor het aantal patiënten dat aangeeft dat deze factor bijdraagt aan een duizeligheidsaanval.

Tabel 6: factoren die naar de mening van de patiënt bijdragen aan een duizeligheidsaanval

	N Totaal	(%)	N Man	(%)	N Vrouw	(%)
Psychische spanning en stress	173	(57)	67	(22)	106	(35)
Bepaalde visuele prikkels	160	(53)	52	(17)	108	(36)
Inspanning (bukken/ omhoog kijken)	157	(52)	66	(22)	91	(30)
Bepaalde akoestische prikkels	139	(46)	50	(16)	89	(29)
Locatie (tram/vliegtuig)	71	(23)	23	(8)	48	(16)
Andere lichamelijke aandoening	62	(20)	17	(6)	45	(15)
Weersgesteldheid (luchtdruk)	61	(20)	17	(6)	44	(14)
Voeding	54	(18)	22	(7)	32	(11)
Anders	48	(16)	16	(5)	32	(11)
Jaargetijde (4 seizoenen)	39	(13)	13	(4)	26	(9)
Geen relatie	36	(12)	24	(8)	12	(4)
Tijdstippen (dagdelen)	26	(9)	8	(3)	18	(6)
Menstruatiecyclus	17	(6)	0	(0)	17	(6)
Deel v/d week (midweek/weekeinde)	10	(3)	6	(2)	4	(1)
Allergie (bijv. voedselallergie)	9	(3)	1	(0)	8	(3)

N= antwoordfrequentie, Man = aantal keren beschreven door mannen, Vrouw = aantal keren beschreven door vrouwen

Uit de data komt naar voren dat 173 keer (57%) wordt aangegeven dat het hebben van psychische stress bijdraagt aan het ontstaan van een duizeligheidsaanval. Psychische stress is de factor waarvan het vaakst gedacht wordt dat dit een mogelijke oorzaak van de duizeligheidsaanvallen is. Daarnaast kan volgens de patiënten inspanning (52%), waaronder bukken en omhoog kijken, bijdragen aan een duizeligheidsaanval. Dit is een punt van aandacht (bukken en omhoog kijken), omdat hier mogelijk sprake zou kunnen zijn van benigne paroxysmale bewegingsafhankelijke duizeligheid (BPPD), die behandelbaar is en ook vanzelf na enige tijd verdwijnt. BPPD kan tegelijk met Ménière voorkomen. In 53% van de patiënten dragen visuele prikkels bij aan een duizeligheidsaanval en in 46% akoestische prikkels. Van allergieën (3%) wordt het minst vaak gedacht dat dit bijdraagt aan een duizeligheidsaanval.

Totaal is er 1062 keer geantwoord op een of meer van bovenstaande factoren door 304 patiënten. Dit betekent dat, volgens de patiënt gemiddeld 3,5 factoren een relatie kunnen hebben met een duizeligheidsaanval. In bijlage 8.1.1 tot en met 8.1.15 staan de factoren uit tabel 5 verder uitgewerkt.

4.3 Medicatiegebruik bij draaiduizeligheidsaanvallen

Hoeveel patiënten gebruiken of hebben medicatie gebruikt?

De draaiduizeligheidsaanvallen die optreden bij de ziekte van Ménière zijn voor veel patiënten invaliderend. Er is patiënten gevraagd of zij ook medicatie gebruiken of hebben gebruikt om de klachten te verminderen. In tabel 7 is beschreven hoeveel patiënten gebruik maken of gebruikt gemaakt hebben van medicatie.

Tabel 7: Medicatiegebruik bij klachten van de ziekte van Ménière per geslacht

	Wel medicatie (%)	Geen medicatie (%)	N (%)
Totaal	274 (90)	30 (10)	304 (100)
Man	117 (89)	14 (11)	131 (43)
Vrouw	157 (91)	16 (9)	173 (57)

Wel medicatie= aantal patiënten dat medicatie gebruikt, geen medicatie= aantal patiënten dat geen medicatie gebruikt, %= percentage patiënten binnen het geslacht dat wel of geen medicatie gebruikt, N= aantal patiënten.

Uit de tabel hierboven blijkt dat 90% van de patiënten medicatie gebruikt of heeft gebruikt om de klachten van de ziekte van Ménière te verminderen. Percentueel zijn er iets meer vrouwen dan mannen die medicatie gebruiken of hebben gebruikt. Verder is gekeken of het medicatiegebruik significant verschilt tussen mannen en vrouwen. De nul hypothese hierbij was dat er geen verschil is tussen het gebruik van medicatie bij mannen en vrouwen. Om op deze vraag antwoord te geven is gebruik gemaakt van de Chi-kwadraattoets. De P waarde ($P=0,410$) is niet kleiner dan α (0,05) waardoor de nul hypothese niet wordt verworpen: er is geen verschil tussen mannen en vrouwen in medicatiegebruik.

Welke medicatie gebruik(t)en de Ménière patiënten voor aanvallen van draaiduizeligheid?

Indien men medicatie (heeft) gebruikt kon men dit aangeven. In tabel 8 staan alle medicamenten waaruit de respondent kon kiezen, die mogelijk voorgeschreven worden tegen draaiduizeligheid. Acetylleucine is hierbij niet opgenomen in de tabel omdat dit niet gebruikt is door de patiënten in de steekproef.

Tabel 8: Type medicatie en het effect ervan bij mannen en vrouwen

	Medicatie die gebruikt (is)			Waargenomen effectiviteit van de medicatie		
	N Totaal (%)	N Man (%)	N Vrouw (%)	N Totaal (%)	N Man (%)	N Vrouw (%)
Betahistine	237 (78)	99 (76)	138 (80)	142 (60)	64 (65)	78 (57)
Cinnarizine	116 (38)	44 (34)	72 (42)	58 (50)	22 (50)	36 (50)
Flunarizine	5 (2)	4 (3)	1 (1)	2 (40)	1 (25)	1 (100)
Piracetam	4 (1)	2 (2)	2 (1)	3 (75)	1 (50)	2 (100)
Sulpiride	3 (1)	2 (2)	1 (1)	2 (67)	2 (100)	0 (0)
Diuretica	14 (5)	4 (3)	10 (6)	7 (50)	3 (75)	4 (4)

N= antwoordfrequentie, meer dan een antwoord mogelijk

Uit tabel 8 blijkt dat het merendeel van de medicatiegebruikers betahistine (heeft) gebruikt. Van de mensen die betahistine gebruiken is dit voor 65% van de mannelijke gebruikers effectief (geweest) en voor 57% van de vrouwen. Daarnaast wordt of werd cinnarizine door een derde van de respondenten gebruikt en dit heeft voor de helft van de gebruikers een positief effect (gehad).

Hoe ziet medicatiegebruik (betahistine en cinnarizine) eruit per 5 jaren duizeligheidsaanvallen?

In tabel 9 staat voor de meest gebruikte medicatie tegen draaiduizeligheidsaanvallen vermeld hoeveel patiënten hier gebruik van maken. Tevens is het gebruik van de medicatie vergeleken met de duur van de duizeligheidsaanvallen.

Tabel 9: Gebruik betahistine en cinnarizine

Duur duizeligheidsaanvallen	Betahistine		Cinnarizine	
	N Totaal	(%)	N Totaal	(%)
0-5 Jaar N= 95	76	(80)	35	(37)
6-10 Jaar N= 63	52	(83)	21	(33)
11-15 Jaar N= 42	34	(81)	15	(36)
>15 Jaar N= 103	75	(31)	44	(43)
Totaal N=303	237	(78)	115	(38)

N= aantal patiënten (heeft) gebruikt,
%=percentage dat medicatie gebruikt binnen een groep

Uit tabel 9 blijkt dat het gebruik van betahistine in de verschillende groepen gelijk is, namelijk rond de 80%. Pas na 15 of meer jaren draaiduizeligheid neemt het percentage gebruikers af. Ruim een derde van de patiënten gebruikt cinnarizine. Dit gebruik neemt na 15 jaar iets toe tot ruim 40%. Vijftien procent (47/305) van de ondervraagden gebruikt beide medicijnen.

4.4 Therapieën om de klachten van de ziekte van Ménière te verminderen.

Welke therapieën gebruikt men om de klachten van de ziekte van Ménière te verminderen?

Naast medicatiegebruik zijn er ook andere therapieën die bij de ziekte van Ménière voor vermindering van de klachten kunnen zorgen. Tabel 10 beschrijft welke therapieën beschreven stonden in de vragenlijst.

Tabel 10: Therapieën om de klachten van de ziekte van Ménière te verminderen

	Therapie die gebruikt wordt/ is			Waargenomen effectiviteit van de therapie		
	N Totaal (%)	N Man (%)	N vrouw (%)	N Totaal (%)	N Man (%)	N Vrouw (%)
Ik heb niets geprobeerd of ik probeer niets	30 (10)	14 11	16 9	21 (70)	10 (71)	11 (69)
Gehoorapparaat in één oor	88 (29)	45 34	43 25	47 (53)	28 (62)	19 (44)
Gehoorapparaat in beide oren	74 (24)	35 27	39 23	59 (80)	26 (74)	33 (85)
Soloapparatuur	23 (8)	9 7	14 8	12 (52)	4 (44)	8 (57)
Prismabril	103 (34)	46 35	57 33	80 (78)	36 (78)	44 (77)
Zoutarm dieet	46 (15)	21 16	25 15	24 (52)	12 (57)	12 (48)
Meniett-apparaat	8 (3)	3 2	5 3	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Intratympanische gentamicine	12 (4)	4 3	8 5	9 (75)	4 (100)	5 (63)
Vestibulaire neurotomie	1 (0)	0 0	1 1	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Labyrinthectomie	0 (0)	0 0	0 0	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Saccus endolymphaticus drainage	1 (0)	1 1	0 0	0 (-)	0 (-)	0 (-)
Maatschappelijk werk	31 (10)	12 9	19 11	14 (45)	5 (42)	9 (47)
(cognitieve) gedragstherapie	28 (9)	11 8	17 10	13 (46)	4 (36)	9 (53)
Alternatieve hulpverlening	79 (26)	25 19	54 31	45 (57)	14 (56)	31 (57)
“Anders”	122 (40)	56 43	66 38	101 (83)	46 (82)	55 (83)
Totaal	646 (100)	282 (100)	364 (100)	425	189	236

N= antwoordfrequentie, meer dan een antwoord mogelijk

Uit bovenstaande gegevens komt naar voren dat patiënten vooral gebruik maken van een prismabril (34%), gehoorapparaat in één (29%) of beide oren (24%) en van de categorie ‘anders’ (40%). Deze categorie bevat antwoorden die door de patiënten zelf zijn geformuleerd. Al deze genoemde therapieën hebben volgens de patiënt ook een waarneembaar effect. Achtentwintig procent van de patiënten noemt de prismabril effectief en een hoorapparaat in één (53%) of beide oren (80%).

De ziekte van Ménière

Wat ook opvalt in tabel 10 is dat de (meer) ingrijpende therapieën; vestibulaire neurotomie (N=1), labyrinthectomie (N=0) en saccus endolymphaticus drainage (N=1) niet of nauwelijks worden toegepast. Indien het wel gebeurde, had het volgens de patiënt geen effect. Alle overige therapieën, uitgezonderd maatschappelijk werk en (cognitieve) gedragstherapie, hebben voor meer dan 50% van de patiënten effect.

In tabel 10 werden therapieën beschreven die door de patiënt (zijn) gebruikt. Uit de gegevens kwam naar voren dat de categorie 'Anders' voor 83% van de 122 patiënten effectief is. Om meer inzicht in deze categorie te verkrijgen is in tabel 11 beschreven welk zelfgekozen antwoord de 107/122 respondenten hadden ingevuld.

Tabel 11: Welke therapie gebruikt(e) de patiënt binnen de categorie 'Anders' in Tabel 10

	Gebruikt(e) therapie		Waargenomen effectiviteit van de therapie	
	N	(%)	N	(%)
Ziekte acceptatie	4	(1)	3	(75)
Ontspanning/stress reductie/meditatie/yoga	17	(6)	17	(100)
Voedingsverandering	18	(6)	13	(72)
Rust	28	(9)	27	(96)
Beweging/ Sporten	6	(2)	2	(33)
Medicatie	4	(1)	3	(75)
Lotgenoten contact	3	(1)	2	(67)
Andere leefwijze	3	(1)	0	(-)
Stoppen met roken	1	(-)	1	(100)
Tril therapie achter het oor	1	(-)	0	(-)
Fysiotherapie	6	(2)	4	(67)
Ander werk of stoppen met werk	5	(2)	5	(100)
Regelmaat aanbrengen in leven	4	(1)	4	(100)
Lawaai vermijden	5	(2)	2	(40)
Psycholoog	4	(1)	2	(50)
Totaal	107		86	

N= antwoordfrequentie. In de noemer het totaal aantal patiënten (305)

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat rust nemen (9%), aanpassing van voeding (6%) en ontspanning (6%) voor patiënten gebruikte therapieën zijn. Uit de waargenomen effectiviteit blijkt ook dat deze therapieën daadwerkelijk patiënten helpen de klachten van Ménière te verminderen. Ontspanning werkt voor 100% van de patiënten. Rust en aanpassing van de voeding werkt voor 96% respectievelijk 72% van de patiënten.

4.5 Kwaliteit van leven

Wat is het verschil in kwaliteit van leven nu en wat zou het zijn als de patiënt geen Ménière zou hebben?

Er werd gevraagd naar de kwaliteit van leven op dit moment en wat de kwaliteit van leven volgens de patiënt zou zijn als er geen Ménière meespeelde. Op deze vraag kon worden geantwoord door middel van een rapportcijfer. Het cijfer 1 staat voor de slechtst mogelijke kwaliteit van leven en het cijfer 10 staat voor de best mogelijke kwaliteit van leven. De tussenliggende cijfers hadden geen beschrijving.

Uit de data is gebleken dat de gemiddelde kwaliteit van leven op dit moment (met de ziekte van Ménière) het cijfer 6.5 (SD 1,7) is. De mediaan is 7 en zowel het cijfer 1 als 10 is als antwoord door de patiënten gegeven. Één van de respondenten heeft niet aangegeven wat de kwaliteit van leven zonder Ménière zou zijn geweest.

Tabel 12: Kwaliteit van leven met en zonder de ziekte van Ménière.

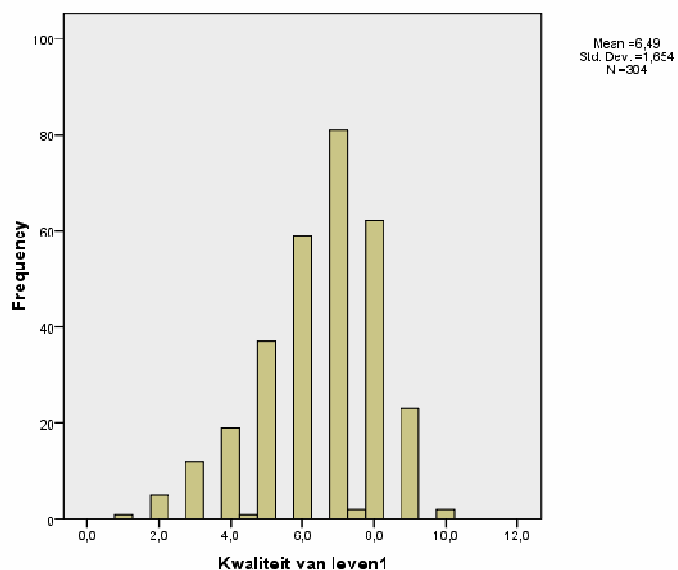
	Kwaliteit van leven met Ménière					Kwaliteit van leven zonder Ménière				
	N	Gemiddelde (SD)		Range	%≥6	N	Gemiddelde (SD)		Range	%≥6
Totaal	304	6,49	(1,65)	1-10	75%	303	8,72	(1,16)	4-10	97%
Man	132	6,46	(1,58)	2-10	77%	132	8,69	(1,25)	4-10	96%
Vrouw	172	6,51	(1,71)	1-10	74%	171	8,74	(1,08)	5-10	98%

N=aantal respondenten, SD= standaarddeviatie, Range= laagste cijfer-hoogste cijfer dat gegeven is, %≥6=percentage respondenten dat een 6 of hoger antwoordde

Indien men, hypothetisch gesteld, geen Ménière zou hebben ligt het gemiddelde cijfer ruim twee punten hoger dan wanneer de patiënten wel Ménière hebben. Het gemiddelde cijfer is dan namelijk een 8,7 (SD 1,16). De mannelijke patiënt scoort, indien de ziekte van Ménière gediagnosticeerd is, procentueel vaker een 6 of hoger op de kwaliteit van leven dan vrouwelijke patiënten met de ziekte van Ménière. Indien men, hypothetisch gesteld, geen Ménière zou hebben scoren de vrouwen procentueel vaker een 6 of hoger op kwaliteit van leven dan de mannen.

In figuur 1 staan de cijfers van de kwaliteit van leven met de ziekte van Ménière nogmaals beschreven. Zoals ook al uit tabel 12 naar voren kwam, geeft het merendeel van de patiënten een voldoende voor de kwaliteit van leven met de ziekte van Ménière.

Figuur 1. Kwaliteit van leven met Ménière



4.6 Tevredenheid over de behandeling van de ziekte van Ménière

Hoe tevreden zijn patiënten over de behandeling van de ziekte van Ménière in het algemeen?

In de onderstaande tabel wordt de tevredenheid over de behandeling van de ziekte van Ménière weergegeven. Per categorie is de frequentie en het percentage mannen of vrouwen beschreven.

Tabel 13: aantallen patiënten per categorie over de tevredenheid van de behandeling.

	N	Erg tevreden	Tevreden	Noch tevreden, noch ontevreden	Ontevreden	Erg ontevreden
Totaal	304	12 (4%)	72 (23%)	115 (38%)	81 (27%)	24 (8%)
Man	131	7 (5%)	33 (25%)	49 (38%)	33 (25%)	9 (7%)
Vrouw	173	5 (3%)	39 (21%)	66 (38%)	48 (28%)	15 (9%)

In tabel 13 is te zien dat 32% van de mannen en 37% van de vrouwen (totaal 35%) ontevreden tot erg ontevreden is over de behandeling. Het hoogste percentage is de groep patiënten die zowel niet tevreden is, maar ook niet ontevreden (38%). Zevenentwintig procent is tevreden tot erg tevreden. Er is geen significant ($P=0,230$) verschil tussen de mate van tevredenheid van mannen en vrouwen over de behandeling van de ziekte van Ménière.

5. CONCLUSIE

Om de hoofdvraag 'Welke factoren zijn van invloed op de ziekte van Ménière?' te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van deelvragen. Deze deelvragen zullen worden toegelicht waarna aan het einde antwoord gegeven wordt op de hoofdvraag.

Een groot deel van de patiënten kan niet duidelijk aangeven wat de precieze oorzaak is voor het ontstaan van de ziekte van Ménière. Tweeënvijftig procent van de patiënten denkt dat de oorzaak van het ontstaan van de ziekte ligt bij psychische spanning of stress. Daarnaast kan volgens 22% van de patiënten de oorzaak erfelijk zijn.

De belangrijkste factor die volgens de patiënten bijdragen aan het ontstaan van een draaiduizeligheidsaanval is psychische spanning en stress (51%). Verder zijn, volgens de patiënten, visuele prikkels (53%), inspanning (52%) en akoestische prikkels (46%) triggers voor een duizeligheidsaanval.

Naast de oorzakelijke en verergerende factoren is er gevraagd naar de therapie. Negentig procent van de 304 patiënten geeft aan medicatie te gebruiken of gebruikt te hebben. Betahistine blijkt in 60% effectief tegen draaiduizeligheid, wat vaker voor mannen (65%) dan voor vrouwen (57%). Cinnarizine heeft een nog lager effectief percentage van 50%.

Beide medicamenten hebben invloed op de duizeligheidsklachten. Bij zowel betahistine als cinnarizine is gekeken naar het gebruik per duur van duizeligheidsaanvallen. Het gebruik van betahistine blijft vrijwel constant op 80%. Pas na > 15 jaar draaiduizeligheid neemt het gebruik van betahistine af naar 31%.

Ruim een derde van de patiënten gebruikt cinnarizine en dit gebruik neemt na 15 jaar iets toe tot ruim 40%.

Naast medicatie tegen draaiduizeligheidsaanvallen zijn er andere therapiemogelijkheden die de klachten bij de ziekte van Ménière kunnen verminderen. Het gaat hier dan om hulpmiddelen, alternatieve therapie of chirurgische ingrepen. Patiënten maken vooral gebruik van een prismabril (34%), gehoorapparaat in één (29%) of beide oren (24%) en van de categorie 'Anders' (40%). Deze categorie bevat antwoorden die door de patiënten zelf zijn geformuleerd en zijn terug te vinden in tabel 11. Al deze genoemde therapieën hebben volgens de patiënt ook een waarneembaar effect. Achtenzeventig procent van de patiënten noemt de prismabril effectief, evenals een hoorapparaat in één (53%) of beide oren (80%).

De kwaliteit van leven beoordeelt men, met de ziekte van Ménière, gemiddeld met het cijfer 6,5, waarbij 75% van de patiënten een 6 of hoger scoorde. Tevens werd gevraagd naar de kwaliteit van leven indien de patiënt, hypothetisch, geen Ménière zou hebben. Dan werd de kwaliteit van leven gemiddeld met het cijfer 8,7 beoordeeld. Vrouwen scoren, met of zonder de ziekte van Ménière, gemiddeld wat hoger op kwaliteit van leven dan mannen.

De tevredenheid van patiënten over de behandeling van de ziekte van Ménière is voor het grootste deel neutraal. Achtendertig procent van de patiënten is noch tevreden noch ontevreden waarbij 27% tevreden tot erg tevreden is en 35% ontevreden tot erg ontevreden is. Er is geen significant ($P=0,230$) verschil tussen de tevredenheid van mannen en vrouwen over de behandeling van de ziekte van Ménière.

De ziekte van Ménière

Samenvattend kan worden gesteld dat volgens de patiënten psychische spanning en stress een belangrijke rol spelen bij het ontstaan van de ziekte van Ménière en een trigger zijn voor een exacerbatie (verergering) van de draaiduizeligheidsaanvallen. Hiervoor is overigens in eerdere wetenschappelijke onderzoeken nooit bewijs gevonden.

Wat betreft medicatie gebruiken patiënten vooral betahistine en cinnarizine, waarvan het effect niet erg groot is, en passen zij andere therapiemogelijkheden toe zoals bijvoorbeeld een prismabril en gehoorapparaten.

Ondanks de onduidelijkheid over het ontstaan en de beperkte behandelingsmogelijkheden van de aandoening zijn de patiënten niet allemaal ontevreden over de behandeling.

6. DISCUSSIE

Voor dit onderzoek is een vragenlijst afgenomen onder een populatie Ménière patiënten. Er is zowel gebruik gemaakt van papieren- als van elektronische vragenlijsten. Het voordeel van de elektronische vragenlijsten was dat indien er geen (volledig) antwoord op een vraag gegeven werd, de respondent hierop geattendeerd werd, waardoor de patiënt aangemoedigd werd de vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Na de oproep van de NVVS hebben 511 mensen gereageerd waarvan 396 de vragenlijst invulden. Deze cijfers geven een respons van 78%. Dit is vergeleken met andere onderzoeken (respons 55%, 66,5% en 68%) waarin ook patiënten met de ziekte Ménière participeerden hoog^{9,10,11}.

De patiënten die meegedaan hebben aan dit onderzoek zijn niet representatief voor de totale populatie Ménière patiënten. Het gaat hier om patiënten die een reden hebben en de mogelijkheid om het internet op te gaan of patiënten die contact hebben met de NVVS of zusterorganisaties, die zich met de ziekte van Ménière bezighouden. Ook blijkt een groot deel van deze patiënten vaker dan verwacht op grond van de literatuur langdurig last te hebben van duizeligheidsaanvallen.

De pathofysiologische beschadiging in het binnenoor van een Ménière patiënt is al ruim een eeuw bekend. Toch is men er nog niet in geslaagd om een duidelijk verklarende oorzaak aan te geven voor de veranderingen in het binnenoor bij de ziekte van Ménière. De patiënten in dit onderzoek geven psychische spanning/ stress aan als de belangrijkste mogelijke oorzaak aan van de duizeligheidsaanvallen. Hiervoor is echter in medisch onderzoek geen bewijs gevonden¹².

Daarnaast denkt 22% van de patiënten dat de oorzaak erfelijk zou kunnen zijn. Indien er een erfelijke component bestaat, erft het waarschijnlijk autosomaal dominant over. De penetrantie (tot uiting komen van de aandoening) wordt geschat op 60%¹³.

De beschrijving van factoren die bijdragen aan het ontstaan van draaiduizeligheidsaanvallen komt overeen met wat in eerdere literatuur ook te vinden is. Men ondervindt exacerbaties bij stress, alcohol/koffie/zoutgebruik, vermoeidheid. Sinds de jaren dertig van de vorige eeuw zijn er onderzoeken gedaan met natrium (zout)restricties. Hieruit kwam naar voren dat door een laag natrium dieet amper verandering optreedt in het plasma natrium. Daarnaast werd aangetoond dat in een histologisch bewezen hydrops de endolymfatische concentratie van natrium normaal bleef².

Van de patiënten die medicatie gebruik(t)en, gebruikt(e) bijna 80% van de patiënten betahistine en geeft 60% aan dat dit effectief is. Daarnaast wordt cinnarizine (38%), ook voorgeschreven bij vertigo, gebruikt. Dit is voor de helft van de gebruikers effectief gebleken. Voor deze medicamenten geldt, dat er wel een indicatie voor is bij draaiduizeligheidsaanvallen, maar onvoldoende bewijs voor de effectiviteit van deze medicatie. Er moet dan ook regelmatig worden gekeken of voortzetting van de medicatie noodzakelijk is¹⁴.

De ziekte van Ménière

Naast medicatie is er gekeken naar andere therapieën die patiënten gebruiken om de klachten bij de ziekte van Ménière te verminderen. Elke in tabel 10 genoemde therapie is voor meer dan 50% van de patiënten effectief gebleken (met uitzondering van vestibulaire neurtomie, labyrinthectomie en saccus endolymphaticus drainage). Drieëntachtig procent van de patiënten geeft aan de categorie “Anders” effectief te vinden. Een mogelijke verklaring voor dit hoge percentage is dat men de vragen achter elkaar heeft beantwoord. Mensen bedenken wat ze gebruikt hebben, vullen dit antwoord in. De volgende vraag gaat gelijk over de effectiviteit van de gebruikte therapie. Beter zou zijn geweest om te vragen wat patiënten gebruiken en na een jaar opnieuw een vragenlijst af nemen. Dan worden de genoemde therapieën op een rij gezet en becijferd.

In dit onderzoek is gekeken naar kwaliteit van leven bij Ménière patiënten. In de literatuur is gezocht naar vergelijkend materiaal maar er kon niet eenzelfde methode gevonden worden als in dit onderzoek gebruikt is. In andere onderzoeken wordt gebruik gemaakt van een Visueel Analoge Schaal-score (VAS) of een SF-36 vragen lijst. Een SF-36 vragenlijst beschrijft meerdere domeinen binnen de kwaliteit van leven terwijl een VAS-score een cijfer oplevert van 0 tot en met 100 mm. De VAS-score wordt bepaald zonder dat de cijfers te zien zijn. Omdat in dit onderzoek gebruik wordt gemaakt van een 0-10 schaal, is een vergelijking gemaakt met een VAS-score. Uit een onlangs verschenen artikel over de kwaliteit van leven bij Finse patiënten met de ziekte van Ménière, gemeten met behulp van de VAS-score, blijkt de gemiddelde kwaliteit van leven 70,2 mm te zijn¹⁰. Op een 0-10 schaal zou dit overeenkomen met een score van 7,02. In ons onderzoek scoorden de patiënten gemiddeld een 6,5. Of er daadwerkelijk verschil zit tussen beide patiënten groepen is niet te zeggen.

De beschrijving en interpretatie van factoren in dit onderzoek geven aanwijzingen voor verder onderzoek. Hierbij kan gedacht worden aan het verder uitzoeken van de kwaliteit van leven bij Ménière patiënten. Ditmaal middels een SF-36 vragenlijst. De uitkomsten zijn dan beter te vergelijken met de literatuur.

De gebruiksduur van betahistine zou verder uitgezocht kunnen worden.

Verder zijn er aanwijzingen dat mensen met de ziekte van Ménière ook last kunnen hebben van comorbiditeit die soortgelijke klachten veroorzaken als de ziekte van Ménière. Kortdurende draaiduizeligheid komt ook voor bij benigne paroxysmale positieveranderingsduizeligheid (BPPD). Hierbij ondervindt de patiënt acuut optredende draaisensaties nadat er van positie wordt veranderd (bijvoorbeeld bukken en omhoog kijken). Kanttekening hierbij is wel dat BPPD self-limiting is. De aanvallen verdwijnen vrijwel altijd, ook zonder therapie, na weken tot maanden⁴.

7. REFERENTIES

- 1: Mateijsen DJM, Van Hengel PWJ, Van Huffelen WM, Wit HP, Albers FWJ. Pure-tone and speech audiometry in patients with Ménière's disease. Clin. Otolaryngol. 2001,26:379-387
- 2: Coelho DH, Lalwani AK. Medical Management Of Meniere's Disease. Laryngoscope 2008, 118:1099-1108
- 3: Baloh RW. Prosper Meniere and His Disease. Arch Neurol. 2001,58:1151-1156
- 4: Kuks JBM, Snoek JW. Klinische Neurologie 2007, (16):237-238
- 5: Sajjadi H, Paparella MM. Ménière's disease. Lancet. 2008, 372: 406–14
- 6: Green JD, Verrall A, Gates GA. Quality of Life Instruments in Ménière's disease. Laryngoscope 2007, 117:1622-1628
- 7: Mateijsen DJM. Definition Ménière Groningen. 2001
- 8: College voor zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch Kompas 2007, 719-721
- 9: Yardley L, Dibb B, Osborne G. Factors associated with quality of life in Ménière's disease. Clin. Otolaryngol. 2003,28:436-441
- 10: Stephens D, Kentala E, Varpa K, Pyykkö I. Positive Experiences Associated With Ménière's Disorder. Otology & Neurotology 2007, 28:982-987
- 11: Stephens D, Pyykkö I, Levo H, Poe D, Kentala E, Auramo Y . Positive experiences and quality of life in Ménière's disorder. International Journal of Audiology 2010, 49: 839–843
- 12: van Crujisen N, Dullaart RP, Wit HP, Albers FW. Analysis of Cortisol and Other Stress-Related Hormones in Patients with Ménière's Disease. Otology & Neurotology 2005,26(6): 1214-1219
- 13: Morrison AW, Bailey MES, Morrison GAJ. Familial Ménière's disease: clinical and genetic aspects. The Journal of Laryngology & Otology 2009, 123:29–37
- 14: Preparaatteksten Farmacotherapeutisch Kompas
 - <http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=betahistine>
 - <http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=cinnarizine>
 - <http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=flunarizine>
 - <http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=piracetam>
 - [http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=sulpiride%20\(verwijzing\)](http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=sulpiride%20(verwijzing))
 - http://www.fk.cvz.nl/preparaattekstFrameset.asp?bestandsnaam=fosinopril_hydrochloorthiazide

8. BIJLAGEN

In deze bijlage staan de zelf gedefinieerde antwoorden van de patiënt in categorieën verdeeld. In Bijlage 8.1.1 staat de algemene beschrijving van alle categorieën. In bijlage 8.1.2 tot en met 8.1.15 is te zien uit welke factoren een categorie bestaat. De getallen (N) geven aan hoe vaak een factor binnen een categorie van invloed is.

Bijlage 8.1.1

	N Totaal	(%)	N Man	(%)	N Vrouw	(%)
Psychische spanning en stress	173	(57)	67	(22)	106	(35)
Bepaalde visuele prikkels	160	(53)	52	(17)	108	(36)
Inspanning (bukken/ omhoog kijken)	157	(52)	66	(22)	91	(30)
Bepaalde akoestische prikkels	139	(46)	50	(16)	89	(29)
Locatie (tram/vliegtuig)	71	(23)	23	(8)	48	(16)
Andere lichamelijke aandoening	62	(20)	17	(6)	45	(15)
Weersgesteldheid (luchtdruk)	61	(20)	17	(6)	44	(14)
Voeding	54	(18)	22	(7)	32	(11)
Anders	48	(16)	16	(5)	32	(11)
Jaargetijde (4 seizoenen)	39	(13)	13	(4)	26	(9)
Geen relatie	36	(12)	24	(8)	12	(4)
Tijdstippen (dagdelen)	26	(9)	8	(3)	18	(6)
Menstruatiecyclus	17	(6)	0	(0)	17	(6)
Deel v/d week (midweek/weekeinde)	10	(3)	6	(2)	4	(1)
Allergie (bijv. voedselallergie)	9	(3)	1	(0)	8	(3)

De ziekte van Ménière

Bijlage 8.1.2

Voeding	N
Alcohol gebruik	20
Zout inname	9
Koffie inname	8
Gekruid eten (ve-tsin)	8
Kalium inname	4
Zoetigheid (suiker)	2
(Franse) kaas	2
Drop	1
Chocolade	1
Gebrek aan voeding	1
Citrusvruchten	1
Walnoten	1
Coffeïne	1
Vet	1
Zoute drop (verlichting)	1

Bijlage 8.1.3

Andere lichamelijke aandoening	N
Verkouden	20
Migraine	17
Griep	8
Lagere weerstand	6
Verstopte bijholtes	5
Allergie	2
Oorontsteking	1
Hoge koorts	1
Wind en koude op hoofd en oren	1
Vermoeidheid.	1

Bijlage 8.1.4

Bepaalde visuele prikkels	N
Flitsende (snel wisselende) beelden.	33
Snelle (draai)bewegingen	16
Computeren	16
Tv kijken	13
Laagstaande zon	7
Verkeer	6
Stromend golvend water	3
Lezen	2
Drukke tegelvloer	2

Bijlage 8.1.5

Bepaalde akoestische prikkels	N
(hard)Lawaai	30
Veel pratende mensen	22
Harde muziek	19
Verkeerslawaaai	10
Gillende kinderen	5
Lage tonen	5
Continu lawaai	4
Rinkelende spullen/ borden	3
Tv/radio	2
Wind	1

Bijlage 8.1.6

Bepaalde tijdstippen (dagdelen)	N
Ochtend	8
Avond	8
Middag	4
's Nachts	4
Niet bekend	1

Bijlage 8.1.7

Bepaald deel van de week	N
Vrijdag (einde v/d week)	4
Weekeinde	3
Maandag	1
Dagelijks	1

Bijlage 8.1.8

Bepaald jaargetijde	N
Voorjaar	9
Zomer	8
Najaar	8
Herfst	7
Winter	5
Lente	4
Verandering van het getijde	2

Bijlage 8.1.9

Bepaalde weersgesteldheid	N
Lage druk gebied	9
Hoge temperatuur	8
Regen	7
(Harde) wind	6
Hoge druk gebied	5
Verandering in luchtdruk	4
Onweer	2

De ziekte van Ménière

Bijlage 8.1.10

Bepaalde locatie	N
Openbaar vervoer	19
Vliegtuig	15
Auto	9
Boot	7
Supermarkt	6
Veel (onverwachte) bewegingen	4
Fiets	1
Musea	1

Bijlage 8.1.11

Bepaalde inspanningen	N
Omhoog kijken	54
Bukken	38
(snelle) Draaibewegingen	26
(snel) Overeind komen	6
Fysieke inspanning	4
Traplopen	3
Fietsen	1
Gaan liggen	1

Bijlage 8.1.12

Bepaalde allergie	N
Smaakversterkers	4
Glutenallergie	2
Hooikoorts	1

Bijlage 8.1.13

Menstruatiecyclus	N
Voor de menstruatie	6
Tijdens menstruatie	3
Tijdens ovulatie	2
Overgang	2
Voor de overgang	2

Bijlage 8.1.14

Psychische spanning of stress	N
Stress	29
Pressie/hoge werkdruk	24
Psychische (in)spanning	17
Drukke	15
Vermoeidheid	4

Bijlage 8.1.15

Anders	N
Vermoeidheid	8
Stress	4
Andere aandoeningen	3
Medicatie	3
Ongelijke (bewegende) ondergrond	3
Veel pratende mensen	2
Weer	2
Rust	2
Lezen	1
Laag zuurstof	1
Musea	1