Adaptatie van een Duodecimrichtlijn " De Ziekte van Ménière"

Medicamenteuze behandeling, adviezen, verwijzing en beleid

Evelien Herrebosch, Universiteit Antwerpen

In samenwerking met Inne Donné, Universiteit Antwerpen

Promotor: Prof. Dr. Nele Michels, Universiteit Antwerpen

Praktijkopleider: Dr. Robert Poortmans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

INLEIDING

Deze masterproef heeft als doel de Finse Duodecimrichtlijn ´De Ziekte van Ménière´ aan te passen aan de huidige evidentie en de Belgische zorgcontext. Het resultaat beoogt een geadapteerde richtlijn die de Vlaamse huisarts kan gebruiken voor de diagnostiek en behandeling van de ziekte van Ménière. Het volledige proces van evaluatie en al dan niet adaptatie wordt hier beschreven. In deze masterproef wordt het onderdeel behandeling, beleid en verwijzing bestudeerd.

METHODOLOGIE

De adaptatie van de Duodecimrichtlijn 'Ziekte van Ménière' gebeurde volgens het stappenplan gebaseerd op een internationaal instrument, de '*Adapte Manual and Resource Kit*', zoals omschreven in het handboek dat door *EBMPracticeNet* ter beschikking werd gesteld. Volgende klinische vragen werden gebruikt voor de richtlijnadaptatie binnen deze masterproef:

1. Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?
2. Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?
3. Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?
4. Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

Tijdens de screeningsfase werd gezocht naar kwalitatieve richtlijnen die vervolgens gescoord werden via het '*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*'(AGREE)-instrument. De aanbevelingen van deze gevonden richtlijnen werden vergeleken met de oorspronkelijke aanbevelingen van de Duodecimrichtlijn. Hieruit ontstonden vervolgens geadapteerde aanbevelingen die werden nagelezen door de leescommissie van *EBMPracticeNet*. Tijdens de implementatiefase werd de aangepaste richtlijn getoetst op toepasbaarheid en validiteit via een peer review. Vervolgens werd een implementatietool ontwikkeld.

RESULTATEN

Na selectie van drie buitenlandse richtlijnen en na het doorlopen van de stappen, werd een majeure adaptatie doorgevoerd van de oorspronkelijke aanbevelingen inzake medicamenteuze behandeling. De aanbevelingen voor adviezen, verwijzing naar de tweede lijn en begeleiding voor patiënten met de ziekte van Ménière, werden behouden en kregen nog enkele aanbevelingen toegevoegd, aangepast aan de Belgische zorgcontext. Aan de hand van de feedback uit de peer reviews werd de richtlijn verder aangepast. Enerzijds kwam het al dan niet gebruiken van betahistine ter discussie, anderzijds bleek er nood te zijn aan handvaten voor informatie, contactgegevens van de beschikbare diensten en informatie over vestibulaire rehabilitatie therapie. Bijgevolg werd een patiënten folder ontwikkeld met evenwichtsoefeningen en referentiecentra ter implementatie van de richtlijn.

CONCLUSIE

Het combineren van dit werk met dat van de richtlijnpartner Inne Donné (die de onderdelen diagnose en differentiaal diagnostiek voor haar rekening nam) levert een gevalideerde en toepasbare richtlijn voor de Vlaamse huisarts over de Ziekte van Ménière. Een update van de richtlijn om de 3 jaar wordt aanbevolen.

Inhoudstafel

Abstract 1

1. Inleiding 4

2. Methodologie 5

Fase 1: Screeningsfase 5

Stap 1 - Definieer de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifieer de PIPOH-elementen 5

Stap 2 - Zoektocht naar relevante richtlijnen 5

Stap 3 - Screening van de gevonden richtlijnen 6

Stap 4 - Waardering van de geselecteerde richtlijnen 6

Stap 5 - Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie 7

Stap 6 - Nazicht door leescommissie 7

Fase 2: Adaptatiefase 7

Stap 7 - Eerste versie opmaken 7

Fase 3: Implementatiefase 9

Stap 8 - Peer review 9

Stap 9 - Formuleren van praktijkconsensus 9

Stap 10 - Finaal nazicht door leescommissie 9

3. Resultaten 10

3.1. Screeningsfase 10

3.1.1. Scope van de aanbeveling en PIPOH-elementen 10

3.1.2. Relevante richtlijnen uit de literatuur 11

3.1.3. Screening van de gevonden richtlijnen 11

3.1.4. Waardering van de geselecteerde richtlijnen 12

3.1.5. Selectie van aanbevelingen voor adaptatie 17

3.1.6. Feedback leescommissie 17

3.2. Adaptatiefase 18

3.2.1. De eerste versie 18

3.2.2. Toekenning van GRADE 20

3.3. Implementatiefase 23

3.3.1. Peer review 23

3.3.2. Formuleren van praktijkconsensus 27

3.3.2.1. Totstandkoming van de folder: 27

4. Discussie 30
5. Conclusie 32
6. Bibliografie 33
7. Dankwoord 35
8. Bijlagen 36
8.1. Protocol Ethische Commissie 36
8.2. Advies ethisch comité 38
8.3. Informatiebrief peer review 39
8.4. Geadapteerde richtlijn 'Ziekte van Ménière' 41
8.5. Folder 48

1. Inleiding

Steeds meer wordt er in de geneeskunde nadruk gelegd op '*evidence based*' handelen. Goed ontwikkelde, toepasbare richtlijnen die op de eerste lijn gericht zijn, zijn dan ook een noodzaak in de huidige huisartsenpraktijk. Via de databank van *EBMPracticeNet*[1] zijn er Duodecimrichtlijnen beschikbaar. Dit zijn *evidence based medicine* (EBM) richtlijnen van de Finse artsenvereniging Duodecim met internationale accreditatie. Dankzij een koppeling tussen deze databank en het elektronisch medisch dossier (EMD) van de huisarts kunnen onmiddellijk en op eenvoudige wijze relevante richtlijnen worden geraadpleegd vanuit het EMD. Een groot deel van deze Duodecimrichtlijnen zijn nog niet aangepast aan de Belgische zorgcontext. De Duodecimrichtlijnen die door de redactie van *EBMPracticeNet* een negatieve beoordeling (op basis van de kwaliteit van de inhoud, de consistentie tussen de aanbeveling en de inhoud en de toepasbaarheid in de Belgische context) kregen, worden herzien. Dit gebeurt volgens een uniform proces aan de hand van de '*Adapte Manual and Resource Kit*' (1). Dankzij deze uniforme procedure en beoordeling door de leescommissie van *EBMPracticeNet,* kan de kwaliteit bewaakt worden.

Momenteel bestaat er geen Belgische richtlijn rond de ziekte van Ménière of rond de klacht duizeligheid in het algemeen. De Duodecimrichtlijn 'Ziekte van Ménière' staat op de lijst voor adaptatie van de richtlijn aan de Belgische context. In de huisartsgeneeskunde worden we frequent geconfronteerd met de klacht 'duizeligheid', en deze klacht wordt vaak als een moeilijk probleem ervaren. Voor patiënten is de klacht vaak beangstigend, terwijl de huisarts weet dat de kans op een ernstige oorzaak klein is (2). Voor de verdere leesbaarheid van de tekst dient men eerst en vooral het onderscheid te maken tussen de termen duizeligheid en vertigo, waar er met de eerstgenoemde het algemene gevoel van instabiliteit bij stilstaan of beweging wordt bedoeld en met vertigo oftewel draaiduizeligheid het gevoel van draaien of tollen wordt bedoeld die wordt ervaren terwijl het lichaam die bewegingen in werkelijkheid niet maakt. Patiënten stellen al snel zelf de diagnose ziekte van Ménière. De ziekte van Ménière wordt gedefinieerd als een aandoening van het binnenoor, dat aanvallen van draaiduizeligheid, tinnitus, doofheid en een volheidsgevoel aan het aangedane oor veroorzaakt (3). Draaiduizeligheid, tinnitus en gehoorverlies zijn de 3 kernsymptomen van de ziekte van Ménière. Aan deze definitie wordt niet bij alle patiënten met duizeligheidsklachten voldaan. Als huisarts staan we dan ook vaak voor een diagnostische en therapeutische uitdaging bij een patiënt met de vage klacht 'duizeligheid'.

Het doel van deze masterproef is het bestuderen van de nood tot aanpassing naar de Belgische zorgcontext voor de richtlijn 'De ziekte van Ménière'. Het volledige proces van evaluatie en al dan niet adaptatie wordt hier beschreven. In deze masterproef wordt het onderdeel behandeling, beleid en verwijzing bestudeerd. Voor het onderdeel diagnostiek en differentiaal diagnostiek, verwijs ik graag naar de masterproef van co-auteur Inne Donné.

[1] Initiatief van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), dat evidence-based praktijk richtlijnen voorziet voor zorgverleners.

2. Methodologie

De adaptatie van de Duodecimrichtlijn gebeurde volgens het stappenplan uit het handboek (1) dat door *EBMPracticeNet* ter beschikking werd gesteld. De procedure die in het handboek wordt beschreven is gebaseerd op de '*Adapte Manual and Resource Kit*'(4), een internationaal instrument voor de aanpassing van een aanbeveling aan de lokale context. De adaptatie bestond uit drie fases: de screeningsfase, de adaptatiefase en de implementatiefase.

Fase 1: Screeningsfase

De screeningsfase bestaat uit zes stappen:

- Stap 1 - Definieer de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifieer de PIPOH-elementen
- Stap 2 - Zoektocht naar relevante richtlijnen
- Stap 3 - Screening van de gevonden richtlijnen
- Stap 4 - Waardering van de geselecteerde richtlijnen
- Stap 5 - Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie
- Stap 6 - Nazicht door leescommissie

De resultaten van de volledige screeningsfase werden gedetailleerd gedocumenteerd in de matrix[2]. Stap 2 tot en met 4 gebeurde in samenwerking met Inne Donné.

Stap 1 - Definieer de scope van de aanbevelingen die gescreend/geadapteerd worden en specifieer de PIPOH-elementen

Er werd op zoek gegaan naar klinische vragen waarvoor het zinvol is om een vergelijking met andere richtlijnen te maken. Hiervoor werd de richtlijn eerst opgedeeld in thema's en subthema's. Voor de subthema's werden klinische vragen opgesteld aan de hand van PIPOH-elementen (Patient/Population, Interventions, Professionals, Outcomes, Healtcare setting).

Stap 2 - Zoektocht naar relevante richtlijnen

Voor de opgestelde klinische vragen werd aan de hand van Mesh-termen op een systematische wijze gezocht naar bestaande richtlijnen. Hiervoor werden verschillende internationale databanken geraadpleegd, namelijk Guidelines International Network (GIN), National Guideline Clearinghouse (NGC), National Health Service (NHS) en de Turn research into practice (Trip) Database. Voor Belgische informatie werd gezocht bij het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), de Hogere Gezondheidsraad (HGR), Minerva, Farmaka, het Rijksinstituut voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) en de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid. De richtlijnen werden geselecteerd op basis van publicatiedatum (minder dan 5 jaar oud) en taal (Engels en Nederlands). Inne Donné nam de zoektocht in databases NGC, Trip, HGR, Farmaka en BCFI voor haar rekening. De gebruikte Mesh-termen waren 'Ménière', 'Vertigo' en 'Duizeligheid'.

[2] Het Excel-schema dat door EBMPracticeNet werd opgesteld ter adaptatie van richtlijnen.

Stap 3 - Screening van de gevonden richtlijnen

Er werd nagegaan of de gevonden richtlijnen een antwoord bieden op minimum één van de klinische vragen. In deze stap werd ook een eerste kwaliteitscontrole uitgevoerd op basis van drie vragen uit AGREE II (5), namelijk:

- Zijn er systematische methoden gebruikt voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal?
- Zijn de sterke punten en beperkingen van het wetenschappelijk bewijs beschreven?
- Is de richtlijn voor publicatie door externe experts beoordeeld?

Stap 4 - Waardering van de geselecteerde richtlijnen

Stap 4.1 Evalueer richtlijnen met AGREE II

De gevonden richtlijnen werden geëvalueerd aan de hand van het instrument '*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation'* (AGREE) (5). Hierbij werd een evaluatie gemaakt voor verschillende categorieën: onderwerp en doel, betrokkenheid van belanghebbenden, methodologie, helderheid en presentatie, toepassing en onafhankelijkheid van de opstellers. Op basis van deze categorieën werd aan de richtlijnen een algemene score gegeven, een maatstaf voor de algemene kwaliteit van de richtlijnen. Elke richtlijn werd eveneens op onafhankelijke wijze geëvalueerd en gescoord door beide onderzoekers. Nadien werden beide scores vergeleken. Verschillen in scores van meer dan twee punten werden aangepast nadat consensus werd bereikt. De resultaten van de AGREE II-evaluatie leidden tot verdere selectie van de richtlijnen.

Stap 4.2: Inventariseer inhoud van de aanbevelingen

Van de verschillende geselecteerde richtlijnen werden voor elke klinische vraag de aanbevelingen geïnventariseerd in de matrix. Indien beschikbaar werden ook de '*grade of recommendation*' (GRADE) en het niveau van evidentie genoteerd.

Stap 4.3: Waardeer aanbeveling op courantheid

Voor elke richtlijn werd per klinische vraag nagegaan of recente informatie werd gebruikt. Daarnaast werd gezocht naar aanvullende nieuwe informatie aan de hand van een systematische zoektocht. Hiervoor werd door middel van PICO-elementen (patiënt - intervention - comparison - outcome) gezocht in de database van Cochrane en Medline. Alle aanvullende bronnen werden genoteerd in de matrix.

Stap 4.4: Waardeer aanbevelingen op samenhang

Om de samenhang van de aanbevelingen te beoordelen werden 3 zaken geëvalueerd:

- consistentie van de zoekstrategie en de klinische vraag
- consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs dit interpreteren en samenvatten
- consistentie tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbeveling

Voor de beoordeling van de zoekstrategie werd aandacht besteed aan volgende elementen: zoekperiode, inclusie/exclusiecriteria (vb. taal), onderzochte databases en gebruikte zoektermen. De gebruikte literatuur waarnaar gerefereerd werd in de richtlijnen, werd opgezocht. Vervolgens werd de gevonden informatie vergeleken met de geformuleerde aanbeveling.

Stap 4.5: Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid

Er werd nagekeken of de doelgroep voor de richtlijn overeenstemt met de doelgroep van de geselecteerde richtlijnen. Daarnaast werd nagegaan of de richtlijn tegemoetkomt aan de verwachtingen van de patiënten en de artsen. Ook de toepasbaarheid in de Belgische context is belangrijk, zoals organisatie, terugbetaling en eventuele culturele conflicten.

Stap 5 - Selectie van aanbevelingen voor verdere adaptatie

Voor deze stap werden alle eerdere evaluaties overlopen en beslist of een aanpassing van de aanbevelingen in de Duodecimrichtlijn nodig is. Er werd zorgvuldig in de matrix genoteerd welke richtlijnen werden gebruikt bij de adaptatie, alsook welke nieuwe evidentie in de richtlijn werd opgenomen.

Stap 6 - Nazicht door leescommissie

De matrix met alle verworven informatie uit stap 1 t.e.m. 5 werd voorgelegd aan de leescommissie van *EBMPracticeNet*. De leescommissie vulde hiervoor een feedbackformulier in. Aanpassingen werden gedaan daar waar nodig.

Fase 2: Adaptatiefase

Stap 7 - Eerste versie opmaken

Er werd vertrokken vanuit de oorspronkelijke Duodecimrichtlijn. De aanpassingen die in stap 5 werden weergegeven, worden nu doorgevoerd in de tekst. Voor het opstellen van de richtlijn werd een standaardstructuur gebruikt:

1. Overzicht materiaal
    a. Gestructureerde abstract met publicatiedatum en elektronische bronnen
    b. Auteurs
2. Introductie en achtergrond (facultatief)
3. Doelstelling (facultatief)
4. Doelgroep voor de richtlijn
5. Patiëntenpopulatie
6. Klinische vraag of vragen
7. Kernboodschap
    a. Deze dient geformuleerd als aanbeveling (het is aangewezen…, overweeg …, enz.)
    b. Sterkte van aanbeveling in vorm van Grade
8. Toelichting tot de aanbeveling
    a. Omvat praktische toelichting tot de kernboodschap
    b. Kritische opmerking m.b.t. implementatie
9. Basis voor de aanbeveling
    a. Beschrijving van de evidentie die tot de aanbeveling heeft geleid
    b. Beschrijving van eventuele aanvullende informatie
    c. Beschrijving van eventuele consensus procedures om tot bepaald besluit te komen
10. Peer review proces
    a. Beschrijving van opmerkingen en eventuele aanpassing na peer review
11. Planning voor update
12. Referenties
13. Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Er werd getracht de aanbevelingen zo kort, duidelijk en helder mogelijk weer te geven. Elke aanbeveling kreeg een '*GRADE*' toegekend, een uniforme code voor de kwaliteit van de evidentie, weergegeven door een lettercode, en de sterkte van de aanbeveling, weergegeven door een cijfer. De correcte verwoording werd gebruikt volgens de toegekende '*GRADE*'.

KWALITEIT VAN HET BEWIJS (≈ niveaus van bewijskracht, evidentie niveau)

- **Hoog** = verder onderzoek zal ons vertrouwen in de schatting van het effect zeer waarschijnlijk niet veranderen = **letter A**
- **Matig** = verder onderzoek zal waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zou deze schatting kunnen veranderen = **letter B**
- **Laag en zeer laag** = verder onderzoek zal zeer waarschijnlijk een belangrijke invloed hebben op ons vertrouwen in de schatting van het effect en zal waarschijnlijk deze schatting veranderen of eender welke schatting van het effect is zeer onzeker = **letter C**

GRAAD VAN AANBEVELING (≈ *strength of recommendation*)

- **Sterke aanbeveling ("1") =** gebaseerd op het beschikbare bewijs, als artsen erg zeker zijn dat de voordelen de nadelen niet / wel waard zijn, formulering : "we bevelen aan of we raden af"
- **Zwakke aanbeveling ("2")** = gebaseerd op het beschikbare bewijs, als artsen geloven dat de voordelen en nadelen (ongeveer) in balans zijn met elkaar en er een redelijke onzekerheid bestaat over de grootte van de voor- en nadelen, formulering : "we suggereren iets te doen of wij suggereren iets niet te doen"

Graden van aanbeveling		**Voordelen vs. nadelen en risico's**	**Methodologische kwaliteit van de studies**	**Implicaties**
1A	Sterke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Voordelen overtreffen duidelijk de nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Sterke aanbeveling, kan toegepast worden bij de meeste patiënten en in de meeste omstandigheden *Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*
1B	Sterke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	
1C	Sterke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht		Observationele studies of case studies	Sterke aanbeveling, maar dit kan veranderen als er hogere bewijskracht beschikbaar komt *'Wij bevelen aan' of 'wij raden af'*

2A	Zwakke aanbeveling Hoog niveau van bewijskracht	Evenwicht tussen voor- en nadelen of risico's	RCT's zonder beperkingen of sterk overtuigende evidentie van observationele studies	Zwakke aanbeveling, de beste actie kan verschillen afhankelijk van de omstandigheden, patiënten of maatschappelijke waarden *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*
2B	Zwakke aanbeveling Matig niveau van bewijskracht		RCT's met beperkingen of sterke evidentie vanuit observationele studies	
2C	Zwakke aanbeveling Laag of zeer laag niveau van bewijskracht	Onzekerheid over voor- of nadelen - evenwicht tussen beide is mogelijk	Observationele studies of case studies	Erg zwakke aanbeveling, alternatieven kunnen evengoed te verantwoorden zijn *'Wij suggereren iets te doen' of 'wij suggereren iets niet te doen'*

Tabel 1: GRADE samenvattende tabel

Fase 3: Implementatiefase

Stap 8 - Peer review

De richtlijn werd voorgelegd aan 2 seminariegroepen van huisartsen in opleiding (HAIO's) en 2 LOK-groepen. Tijdens het seminarie of LOK-vergadering werd een korte presentatie van 5 tot 10 minuten gegeven waarin de vernieuwde aanbevelingen rond de diagnostiek en behandeling van de ziekte van Ménière werden voorgesteld. Nadien volgde een discussie van ongeveer 30 minuten met vragen rond de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk, de mogelijke hinderpalen en bezwaren waarop men stuit en wat men haalbaar vindt als ervaringsdeskundige. Het doel en de verwachtingen van de peer review werden uitgelegd in een informatiebrief aan de deelnemende artsen (zie bijlage 3). Op basis van de informatie verstrekt in de brief, werd door de aanwezige artsen een toestemmingsformulier ondertekend. De artsen beoordeelden de richtlijn op helderheid en toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk. Alle opmerkingen werden opgelijst in een apart document. Nadien werden ze verwerkt in de geadapteerde richtlijn.

Stap 9 - Formuleren van praktijkconsensus

Als implementatieproject voor de praktijk werd een patiënten folder ontwikkeld. De bedoeling hiervan is om de huisarts aanknopingspunten te bieden voor het geven van niet-medicamenteuze adviezen en begeleiding van een patiënt met duizeligheidsklachten te voorzien tussen de aanvallen door.

Stap 10 - Finaal nazicht door leescommissie

Verwerking van de opmerkingen uit de peer review leidden tot de finale versie van de geadapteerde richtlijn. De aangepaste richtlijn wordt opnieuw voorgelegd aan de leescommissie. Dit gebeurt na de verdediging van de thesissen over dit onderwerp. *EBMPracticeNet* zal de publiceerbaarheid van de geadapteerde richtlijn nagaan.

3. Resultaten

3.1.Screeningsfase

3.1.1. Scope van de aanbeveling en PIPOH-elementen

In de Duodecimrichtlijn 'Ziekte van Ménière' (6) komen zeven sub-thema's aan bod. Aan de hand van deze sub-thema's werden zeven klinische vragen opgesteld.

Op basis van welke criteria wordt de diagnose ziekte van Ménière gesteld?
Welke symptomen en verschijnselen komen voor bij ziekte van Ménière?
Wat is de differentiaal diagnose voor de klachten duizeligheid en gehoorverlies?

1) Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?
2) Welke (niet-medicamenteuze) adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?
3) Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?
4) Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

De eerst drie klinische vragen (grijsgedrukt) vallen buiten het bestek van deze masterproef. Deze vragen werden uitgewerkt door Inne Donné. De bespreking ervan is terug te vinden in haar masterproef.

Voor elke klinische vraag werden de PIPOH-elementen gedefinieerd zoals weergegeven in tabel 2 tot en met 4.

PIPOH-elementen	Inclusie criteria
Patient/Population	patiënten met de ziekte van Ménière
Interventions	medicamenteuze behandeling
Professionals	huisartsen (eerste lijn)
Outcomes	symptoomcontrole
Healtcare Setting	eerste lijn

Tabel 2: PIPOH-elementen klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria
Patient/Population	patiënten met de ziekte van Ménière
Interventions	niet medicamenteuze behandeling/adviezen
Professionals	huisartsen
Outcomes	verbeteren kwaliteit van leven
Healtcare Setting	eerste lijn

Tabel 3: PIPOH-elementen klinische vraag 2: Welke (niet medicamenteuze) adviezen kunnen aan de patiënten gegeven worden met de Ziekte van Ménière?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria
Patient/Population	patiënten met kernsymptomen van de ziekte van Ménière
Interventions	/
Professionals	huisartsen
Outcomes	verwijzing naar tweede lijn
Healtcare Setting	eerste lijn

Tabel 4: PIPOH-elementen klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

PIPOH-elementen	Inclusie criteria
Patient/Population	patiënten met de ziekte van Ménière
Interventions	aanbrengen zelfhulpgroepen/oefeningen
Professionals	huisartsen
Outcomes	subjectieve ervaring/patient report
Healtcare Setting	sociaal landschap rond ziekte van Ménière

Tabel 5: PIPOH-elementen klinische vraag 4: 1. Welke patiënten informatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

3.1.2. Relevante richtlijnen uit de literatuur

De zoektocht naar relevante richtlijnen en Belgische EBM-informatie gebeurde zoals beschreven bij methodologie. In tabel 6 wordt het resultaat hiervan weergegeven.

Geconsulteerde databank	Zoektermen	Aantal hits	Datum
G-I-N	Ménière	0	23/dec/15
	Vertigo	5	23/dec/15
Guideline.gov	Ménière	2	8/dec/15
Evidence.nhs.uk	Ménière	55	23/dec/15
Trip Database	Ménière	6	8/dec/15
KCE	Ménière OR Vertigo	1	27/dec/15
HGR-CSS	Ménière	0	8/dec/15
Minerva	Ménière	0	27/dec/15
	Duizeligheid	1	27/dec/15
Farmaka	Ménière OR vertigo	0	8/dec/15
RIZIV	Ménière OR Vertigo OR Duizeligheid	0	27/dec/15
BCFI	Ménière	1	8/dec/15
FOD Volksgezondheid	Ménière	4	27/dec/15

Tabel 6: Zoekresultaten

Voor Evidence.nhs.uk werd gebruik gemaakt van de filters '*Guidance*', *'systematic review'*, '*evidence summaries*', *'commisioning guides*', *'drug/medicines managment*' en *'last 5 years*' om het aantal zoekresultaten te beperken. Voor de 55 gevonden resultaten werd aan de hand van titel en abstract een inschatting gemaakt van de relevantie van de gevonden artikels. Zo werden uiteindelijk 5 artikels geselecteerd.

3.1.3. Screening van de gevonden richtlijnen

Allereerst werd voor de gevonden informatie nagegaan of er een antwoord werd geboden op minimum één van de klinische vragen. Op basis van dit criterium konden slechts 5 richtlijnen of Belgische EBM-informatie weerhouden worden. Een overzicht wordt weergegeven in tabel 7.

Richtlijntitel/titel Belgische EBM-informatie	Organisatie	Land	Publicatie-jaar
Meniere's disease(7)	BMJ	U.K.	2015
Meniere's disease (8)	BMJ	U.K.	2014
Ziekte van Ménière (9)	BCFI	België	2009
ACR Appropriateness Criteria® hearing loss and/or vertigo. (10)	National Guideline Clearinghouse	U.S.	2013
Evaluation of vertigo in the adult patient (11)	National Guideline Clearinghouse	U.S.	2014

Tabel 7: Resultaten screening gevonden richtlijnen

Op basis van de eerste kwaliteitscontrole zoals omschreven bij methodologie werden geen van deze 5 richtlijnen of Belgische EBM-informatie geëxcludeerd.

3.1.4. Waardering van de geselecteerde richtlijnen

3.1.4.1. Evalueer richtlijnen met AGREE II

De 5 bovenstaande richtlijnen werden geëvalueerd aan de hand van het instrument *'Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation'* (AGREE) (5) dat eerder beschreven werd bij methoden (cfr. Stap 4). Elke richtlijn werd op onafhankelijke wijze geëvalueerd en gescoord door 2 onderzoekers. Nadien werden beide scores vergeleken. Het resultaat van deze vergelijking kan men vinden in onderstaande tabel.

Richtlijn	Beoordeling kwaliteit richtlijn		Aanbevelen voor gebruik + opmerkingen
	Beoordelaar 1	Beoordelaar 2	
Meniere's disease (BMJ 2015)	3	4	Ja mits aanpassingen, niet opgesteld volgens de criteria van een goede richtlijn.
Meniere's disease (BMJ 2014)	3	3	Ja mits aanpassingen, niet opgesteld volgens de criteria van een goede richtlijn. Geen duidelijke aanbevelingen, geen methode.
Ziekte van Ménière (BCFI)	2	2	Neen, niet opgesteld volgens de criteria van een goede richtlijn. Geen doel, geen methodologie
ACR Appropriateness Criteria® hearing loss and/or vertigo. (NGC 2013)	4	5	Ja, goede richtlijn
Evaluation of vertigo in the adult patient (NGC 2014)	5	6	Ja, goede richtlijn

Tabel 8: Resultaat evaluatie richtlijn volgens AGREE II
Beoordeling van kwaliteit volgens score van 1-6 waarbij 1 staat voor laagst mogelijke kwaliteit en 6 staat voor hoogst mogelijke kwaliteit

3.1.4.2. Inventariseer inhoud van de aanbevelingen

Met slechts 3 van de 5 richtlijnen werd verder gewerkt. Enkel voor de richtlijn '*Meniere's disease'* (BMJ 2015) (7), '*Meniere's disease'* (BMJ 2014) (8) en '*Evaluation of vertigo in the adult patient*' (NGC 2014) (11) werden aanbevelingen gerangschikt per klinische vraag in de matrix. Indien de *Grade of recommondation* beschikbaar was in de bronrichtlijn, werd deze mee overgenomen. De andere twee

richtlijnen werden niet verder meegenomen in de matrix. 'Ziekte van Ménière' (BCFI) (9) was van onvoldoende kwaliteit voor verder op te nemen. De richtlijn '*ACR Appropriateness Criteria hearing loss and/or vertigo*' (NGC 2013) (10) bevatte geen of onvoldoende specifieke aanbevelingen voor de klinische vragen.

3.1.4.3. Waardeer aanbeveling op courantheid

Voor elke richtlijn werd per klinische vraag nagegaan of recente informatie werd gebruikt voor het formuleren van de aanbeveling. In onderstaande paragraaf wordt beschreven of de gebruikte bronnen courant zijn per aanbeveling per richtlijn. Daarnaast werd gezocht naar aanvullende nieuwe informatie aan de hand van een systematische zoektocht. Deze wordt hieronder weergegeven.

Algemeen geldt voor elke klinische vraag dat in de Duodecimrichtlijn de bronnen niet duidelijk geciteerd worden per aanbeveling. Achteraan was dan ook slechts een beperkte bronnenlijst terug te vinden. De NGC richtlijn (2014) (11) bevat enkel aanbevelingen voor de klinische vraag in verband met verwijzing. Op het einde van deze aanbeveling wordt er een lijst met referenties weergegeven. De auteurs van de BMJ richtlijn (2015) (7) vermelden bij hun aanbevelingen rond medicamenteuze aanpak van de ziekte van Ménière helaas geen specifieke bron. Wel kunnen we een bronvermelding terugvinden voor de aanbevelingen rond niet-medicamenteuze therapie en diensten voor patiënten met de ziekte van Ménière. In de BMJ richtlijn (2014) (8) worden per aanbeveling meerdere referenties geciteerd. De meerderheid van deze referenties zijn echter '*Randomized controlled trials'* (RCT's) van ongeveer 10 tot 15 jaar oud.

3.1.4.3.1. Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?

De bronnen gebruikt in de drie richtlijnen (Duodecimrichtlijn, BMJ richtlijn 2015 en BMJ richtlijn 2014) die aanbevelingen geven voor deze klinische vraag, zijn helaas niet courant per gemaakte aanbeveling. Bij respectievelijk 2 van de 3 richtlijnen worden er geen tot beperkte bronnen vermeld voor een aanbeveling. Bij de laatst vernoemde richtlijn zijn de aanbevelingen gebaseerd op mogelijk gedateerde informatie.

Vervolgens werd er dan ook gezocht naar recente nieuwe informatie in de Cochrane database en op MEDLINE aan de hand van volgende PICO: P: '*Meniere's disease'* - I: '*medication*' - C: '*placebo*' - O: *'symptom control'*.

De zoektocht in de Cochrane database leverde een recente review op van Van Sonsbeek et al. (2015). Hierin worden de verschillende mogelijkheden beschreven voor de behandeling van de ziekte van Ménière, gaande van dieet adviezen, gebruik van medicatie (betahistine) tot heelkundige ingrepen (heelkunde van de endolymfatische zak) (12). Voornamelijk het gebruik van het Meniett-apparaat wordt hier bestudeerd. Dit toestel genereert lage drukpulsen die via een tympanostomie buisje worden doorgeleid naar het vestibulair systeem van het binnenoor. De auteurs van deze review besluiten echter dat er onvoldoende evidentie bestaat voor het gebruik van het Meniett-apparaat voor het verlichten van de symptomen bij de ziekte van Ménière. Het gebruik van dit apparaat wordt eveneens beschreven in de Duodecimrichtlijn. Gezien deze masterproef zich voornamelijk richt op de eerste lijn, zal hier niet verder ingegaan worden op invasieve behandelingen van de ziekte van Ménière.

De zoektocht op PUBMED leverde een recente gerandomiseerde, dubbelblinde en gecontroleerde studie, de BEMED trial (13) op. In deze studie werd nagegaan wat het lange termijn effect is van betahistine ten opzichte van placebo op de incidentie van vertigo aanvallen bij patiënten met de ziekte van Ménière. Men concludeerde dat een profylactische lange termijn behandeling met betahistine (dagelijkse dosis van 2x24mg of 3x48mg) geen significante verandering bracht in de duur en aanvalsfrequentie van vertigo aanvallen bij de ziekte van Ménière ten opzichte van placebo. Zowel de controlegroep die placebo kreeg, als de groep onder behandeling met betahistine, toonden dezelfde daling in aanvalsfrequentie gedurende een behandelingsduur van 9 maanden. Bovenstaande conclusie van deze recente trial ontkracht de aanbeveling die in de Duodecimrichtlijn gemaakt werd voor de behandeling van de ziekte van Ménière, waar men aanbeveelt te starten met 2x24mg betahistine om vervolgens na de aanval af te bouwen naar 2x12mg. In de BMJ richtlijn (2015) (7) wordt ook gesproken over een ongekend effect van diurectica en/of betahistine op de preventie van vertigo aanvallen. Helaas wordt hier niet gerefereerd naar concrete studies. De BMJ richtlijn (2014) (8) is voorzichtig in haar aanbeveling i.v.m. betahistine voor de ziekte van Ménière. De auteurs van deze richtlijn refereren naar een Cochrane review van 2001 (14) die reeds toen al besloot dat er onvoldoende bewijs bestaat voor het gebruik van betahistine bij de ziekte van Ménière.

3.1.4.3.2. Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

Aanbevelingen voor deze klinische vraag werden teruggevonden in de Duodecimrichtlijn, de BMJ richtlijn (2015) en de BMJ richtlijn (2014). De auteurs van de BMJ richtlijn (2015) (7) vermeldden bij hun aanbevelingen over adviezen voor patiënten met de ziekte van Ménière, één referentie in verband met zoutrestrictie. Voor cafeïne restrictie ontbrak het citaat. In de BMJ richtlijn (2014) (8) werden er voor deze klinische vraag per aanbeveling meerdere referenties geciteerd. Echter is de aanbeveling voornamelijk gebaseerd op RCT's van ongeveer 10 tot 15 jaar oud.

Vervolgens werd er gezocht naar recente nieuwe informatie in de Cochrane database en op MEDLINE aan de hand van volgende PICO: P: '*Meniere's disease*' - I: '*non pharmacological intervention*'- C: '*placebo*' - O: '*symptom control*'.

In de Cochrane database werd met deze PICO opnieuw de recente review gevonden over positieve druktherapie van Van Sonsbeek et al. (2015) (12). Deze werd reeds beschreven bij voorgaande klinische vraag. Er werd besloten dat deze techniek niet beschreven zal worden in de geadapteerde richtlijn aangezien dit strikt genomen geen antwoord biedt op de klinische vraag en deze techniek bovendien niet geschikt is voor de eerste lijn.

Op PUBMED leverde de PICO een artikel op van een Amerikaanse onderzoeksgroep. Luxford et al. (2013) onderzochten bij 136 patiënten met de ziekte van Ménière of vermindering van zoutgebruik en het vermijden van cafeïne, invloed heeft op de vertigo klachten (15). Er werd een zoutarm en cafeïnevrij dieet gevolgd. De patiënten die het dieet langer dan 6 maanden volgden, rapporteerden een verbetering van de aanvalsfrequentie. De auteurs concludeerden dat voedingseducatie door een gespecialiseerde diëtiste, de uitkomst van behandeling voor de ziekte van Ménière verbeterd. Er worden echter geen dosissen gehanteerd. De informatie uit deze bron sluit aan op de reeds bestaande aanbevelingen van de Duodecimrichtlijn, dat zout en cafeïne dienen vermeden te worden.

3.1.4.3.3. Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

Aanbevelingen voor deze klinische vraag werden teruggevonden in de Duodecimrichtlijn en de NGC richtlijn (2014). Enkel deze laatste richtlijn gaf duidelijke referenties weer bij de aanbevelingen. De bronnen zijn echter meer algemeen voor de klacht duizeligheid. Het literatuuroverzicht van Hoffman et al. (1999) is zeer relevant voor de eerste lijn, echter is deze bron reeds 18 jaar oud (16). Andere bronnen zijn eerder van lage kwaliteit (bijvoorbeeld een samenvatting van Medscape voor verpleegkundigen).

Een zoektocht aan de hand van volgende PICO: P: '*Meniere's disease*' - I: '*referal*' - C: '*non referal*' - O: *'intervention*', leverde geen bijkomende relevante informatie op.

3.1.4.3.4. Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

Voor deze klinische vraag rond ondersteuning voor patiënten met de ziekte van Ménière werden aanbevelingen gemaakt in drie richtlijnen (Duodecimrichtlijn, BMJ richtlijn (2015) en BMJ richtlijn (2014)). Bij de Duodecim richtlijn (6) werd slechts een beperkte bronnenlijst vermeld, die niet specifiek is voor de gemaakte aanbeveling. In de BMJ richtlijn (2015) (7) werd een aanbeveling rond vestibulaire rehabilitatie gemaakt, gebaseerd op een relevante review van McDonnell et al. (2015) (17). De andere bronnen waarnaar gerefereerd werd, waren minder consistent. De BMJ richtlijn (2014) (8) gebruikte eveneens bovenstaande bron voor de aanbeveling. Verder werden nog enkele reviews gebruikt van 10 jaar geleden.

Een nieuwe literatuurzoektocht werd dan ook uitgevoerd ten einde het bekomen van nieuwe recente informatie aan de hand van volgende PICO: P: '*Meniere's disease'* - I: '*support groups'* - C: / - O: '*coping*'.

Op PUBMED leverde de PICO een recent artikel van Porter et al. (2015) (18) op in verband met coping en zelfhulpgroepen. De auteurs onderzochten de kwaliteit van leven bij patiënten met de ziekte van Ménière in relatie met de ernst van de symptomen, sociale hulp en copingmechanismen. De ernst van de symptomen werd negatief geassocieerd met de kwaliteit van leven. Sociale ondersteuning werd positief geassocieerd met kwaliteit van leven en het gebruik van negatieve copingmechanismen.

In de TRIP database werd een review van Gottschall et al. (2010) gevonden. Patiënten met de ziekte van Ménière ontwikkelen vaak een instabiliteitsgevoel dat aanhoudt tussen aanvallen door, wat leidt tot een verminderde levenskwaliteit. Vestibulaire rehabilitatie therapie werd vaak gebruikt na vestibulaire ablatie en/of patiënten die stabiel zijn onder medicatie. De auteurs van deze review onderzochten de mogelijkheid de rehabilitatie therapie reeds vroeger bij de ziekte toe te passen, wanneer er nog sprake is van wisselend vestibulair verlies (19). Deze recente bronnen zijn een aanvulling op de reeds bestaande aanbevelingen van de richtlijnen.

3.1.4.4. Waardeer aanbevelingen op samenhang

In deze stap werden voor de 4 richtlijnen (Duodecimrichtlijn, NGC richtlijn (2014), BMJ richtlijn (2015) en BMJ richtlijn (2014)) de aanbevelingen beoordeeld op samenhang (zie methodologie stap 4.4).

Allereerst werd de consistentie van de zoekstrategie met de klinische vraag nagegaan. Zowel in de Duodecimrichtlijn (6) als in de BMJ richtlijn (2014) (8) werd er geen duidelijke zoekstrategie teruggevonden. De NGC richtlijn (2014) (11) is alleen van toepassing voor klinische vraag 3 i.v.m. doorverwijzing. Echter was de zoekstrategie hier niet consistent met de klinische vraag. De zoektermen die de auteurs hier gebruikten zijn '*benign paroxysmal positional vertigo (BPPV)*', '*vertigo*', *'vestibular disorders*' en '*dizziness*'. Nergens werd hier een zoekterm '*referal*' gebruikt. In de BMJ richtlijn (2015) (7) werden geen zoektermen vermeld per klinische vraag, wel werden de bezochte databases, inclusiecriteria en periodes vermeld. De zoektocht ging ver terug tot 1966.

Ten tweede werd nagegaan of er consistentie is tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs dit interpreteren en samenvatten. Bij de Duodecimrichtlijn (6) is dit zeer moeilijk te beoordelen, enerzijds doordat er geen duidelijke zoekstrategie per klinische vraag werd terug gevonden en anderzijds door de eerder summiere bronvermelding. De NGC richtlijn (2014) (11) die enkel een antwoord biedt op klinische vraag 3 (in verband met verwijzing), lijkt weinig consistentie te bevatten tussen de geselecteerde evidentie. De gebruikte bronnen zijn van lage kwaliteit (artikels, samenvattingen,..). Daarnaast werd in de aanbeveling naar informatie gerefereerd die niet terug te vinden is in de bronnen. Enkel het literatuuroverzicht van Lanska et al. (2013) (20) en het artikel van Smith et al. (2012) (21) lijken consistent te zijn, daar deze duidelijk over verwijzing gaan en gericht zijn op de eerste lijn. In de BMJ richtlijn (2015) (7) is er wel consistentie tussen de geselecteerde evidentie en hoe de auteurs deze samenvatten. De RCT's waar de auteurs zich op baseerden, werden uitvoerig beschreven en er werd een algemene conclusie gemaakt. De BMJ richtlijn (2014) (8) lijkt ook consistent te zijn, echter waren er eerder beperkte referenties voor de gegeven informatie.

Als laatste stap wordt de consistentie tussen de samenvatting van de evidentie en de formulering van de aanbeveling beoordeeld. Zowel in de Duodecimrichtlijn (6), de BMJ richtlijn (2014) (8) als in de NGC richtlijn (2014) (11), werd er geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen de samenvatting van de evidentie en de werkelijke aanbeveling. In de BMJ richtlijn (2015) (7) is de samenvatting van de evidentie wel consistent met de aanbeveling. De aanbeveling werd geformuleerd op basis van de gevonden RCT's en er werd in de formulering eveneens rekening gehouden met hun kwaliteit.

3.1.4.5. Stap 4.5: Waardeer aanbevelingen op toepasbaarheid

Da aanbevelingen die geformuleerd worden voor de twee laatste klinische vragen dienen met enige voorzichtigheid te worden geïmplementeerd. Dit omwille van eerder culturele conflicten.

De klinische vraag in verband met verwijzing wordt voornamelijk besproken in de NGC richtlijn (2014) (11) en in de Duodecimrichtlijn (6). Er wordt in de NGC richtlijn (2014) een duidelijke aanbeveling geformuleerd bij welke symptomen men een verwijzing naar de tweede lijn moet overwegen. Echter werd de mogelijkheid om hetzij naar de spoedgevallen hetzij naar een ambulant consult bij een specialist verwezen te worden, in het midden gelaten. Verwijzing is natuurlijk erg afhankelijk van het zorglandschap van een bepaald gebied.

De laatste klinische vraag in verband met informatie en begeleiding voor patiënten met de ziekte van Ménière is erg context gebonden. Zowel de Duodecimrichtlijn (6) als de BMJ richtlijn (2015) (7) formuleren op deze vraag een aanbeveling. De sociale kaart is uniek voor iedere omgeving. Eveneens voor de psychologische ondersteuning waarover sprake is in de BMJ richtlijn (2015) (7) is dit een zeer patiënt- en therapeut-specifiek gebeuren.

Voor de gemaakte aanbevelingen van de BMJ richtlijn (2014) (8) werden er geen bezwaren gevonden om deze toe te passen in de Belgische zorgcontext.

3.1.5. Selectie van aanbevelingen voor adaptatie

Voor de vier klinische vragen werd besloten dat adaptatie van bepaalde aanbevelingen en/of toevoeging van een aanbeveling nodig was. De grootste adaptatie vindt plaats bij de 1ste klinische vraag over medicamenteuze behandeling. Voor de andere klinische vragen gaat het voornamelijk over toevoegingen van aanbevelingen.

De aanbevelingen bij de eerste klinische vraag, betreffende de medicamenteuze therapie voor de ziekte van Ménière, dienen een aanpassing te ondergaan. In de eerste plaats is de BMJ richtlijn (2014) (8) veel uitgebreider en formuleren de auteurs per symptoom specifieke aanbevelingen. Hierdoor zullen dan ook enkele aanbevelingen toegevoegd worden voor de medicamenteuze behandeling van de ziekte van Ménière. Door de recente BEMED trial (13) is de evidentie van de Duodecimrichtlijn rond het gebruik van betahistine mogelijk achterhaald. De aanbevelingen rond het gebruik van betahistine zullen dan ook worden herzien.

De aanbevelingen bij de tweede klinische vraag, betreffende de adviezen bij de ziekte van Ménière, dienen geen grote aanpassing te ondergaan. De BMJ richtlijn (2014) (8) verschaft ook hier weer uitgebreide en specifieke informatie, waardoor enkele aanbevelingen zullen worden toegevoegd.

Bij de klinische vraag betreffende de verwijzing naar de tweede lijn, dienen aanpassingen van de aanbevelingen naar de Belgische zorgcontext te gebeuren. De Duodecimrichtlijn maakt hier een eerder summiere aanbeveling, waardoor aanbevelingen zullen toegevoegd worden vanuit de NGC richtlijn (2014) (11). In deze richtlijn werden ook aanbevelingen over alarmsymptomen gemaakt bij een patiënt met vertigo.

Voor de laatste klinische vraag in verband met begeleiding voor patiënten met de ziekte van Ménière, dienen de aanbevelingen aangepast te worden aan de Belgische zorgcontext. De BMJ richtlijn (2014) (8) beschrijft het gebruik van vestibulaire rehabilitatie therapie. Het recente artikel van Porter et al.(18) benadrukt eveneens het belang van psychosociale ondersteuning en ziekte-inzicht. Deze aanbevelingen zullen dan ook toegevoegd worden.

Voor de klinische vragen betreffende medicamenteuze behandeling (vraag 1) en verwijzing (vraag3), is bij de aanbeveling een *GRADE* (uitleg *GRADE* cfr. Stap 7 methodologie) beschikbaar. Voor deze aanbevelingen kon de '*Graad van aanbeveling'* behouden blijven samen met de aanbeveling. Voor de andere twee klinische vragen in verband met niet-medicamenteuze adviezen en begeleiding voor patiënten met de ziekte van Ménière, zal aan de aanbeveling een *GRADE* toegekend worden volgens een stappenplan dat verderop beschreven wordt (zie 3.2.2).

3.1.6. Feedback leescommissie

Dr. Nicolas Delvaux las in naam van de leescommissie, vervolgens al de resultaten van bovenstaande stappen kritisch na. Zijn feedback bevatte enkel een opmerking in verband met inhoud van de aanbevelingen. Er werd onvoldoende verduidelijking gegeven rond de slechte AGREE score van de BMJ richtlijn (2015) en de BMJ richtlijn (2014) alsook van de beslissing deze richtlijnen toch verder te gebruiken voor adaptatie. Er werd een voorstel aangebracht deze richtlijnen eventueel te citeren, zonder ze te adapteren. Met deze feedback werd verder aan de slag gegaan. Verder kregen de voorgaande stappen een positieve eindevaluatie.

3.2.Adaptatiefase

3.2.1. De eerste versie

Per klinische vraag werd een aangepaste richtlijn geformuleerd.

Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?

Kernboodschap

- Wij suggereren het gebruik van betahistine, diuretica en corticosteroïden eerder niet voor de symptomatische behandeling van de ziekte van Ménière (GRADE 2C)
- Tijdens een aanval van **draaiduizeligheid** bij de ziekte van Ménière, kunnen antihistaminica en benzodiazepines overwogen worden (GRADE 2C)
- Wij suggereren het gebruik van antidepressiva en benzodiazepines eerder niet voor de symptomatische behandeling van **tinnitus** bij de ziekte van Ménière. (GRADE 2C)
- Wij suggereren het gebruik van hoge dosis corticosteroïden voor de symptomatische behandeling van plots **gehoorverlies** bij geselecteerde gevallen van de ziekte van Ménière (GRADE 2C)

Toelichting tot de aanbeveling

Preventieve behandeling

- Betahistine wordt in sommige landen gebruikt om de ernst en de frequentie van de aanvallen met draaiduizeligheid bij Ménière te verminderen. Een Cochrane review kon echter onvoldoende bewijskracht vinden rond de werkzaamheid van het geneesmiddel.
- Corticosteroïden kunnen gebruikt worden voor de behandeling van acute aanvallen van draaiduizeligheid, hoewel er geen RCT's beschikbaar zijn om hun werkzaamheid aan te tonen bij de ziekte van Ménière.
- Evidentie rond de werkzaamheid van diuretica bij Ménière is controversieel en sterke bewijskracht over de ziekteprogressie ontbreekt in de literatuur, hoewel het gebruik van diuretica nog door vele artsen wordt overwogen als eerstelijnsbehandeling voor de ziekte van Ménière.

Symptomatische behandeling:

- **Vertigo:**
  - Een veel gebruikte behandeling zijn oa. antihistaminica (meclozine, dimenhydrinate, promethazine), benzodiazepine (diazepam) en anticholinergica (scopolamine (niet in België) en atropine).
- **Tinnitus:**
  - Medicatie zoals antidepressiva (oa. amitriptylinehydrochloride) en benzodiazepines (oa. alprazolam) kunnen helpen bij patiënten met ondraaglijke tinnitus, maar kennen echter de nodige bijwerkingen. Zij kunnen enkel gebruikt worden als niet medicamenteuze behandelingen en adviezen onvoldoende soelaas bieden en de invaliderende tinnitus aanhoudt.
- **Gehoorverlies:**
  - Plots gehoorverlies wordt behandeld met corticosteroïden (oraal of intratympaan).
  - Voor intratympaan gebruik, komen twee producten (corticosteroïden of gentamicine) in aanmerking bij patiënten met de ziekte van Ménière. Afhankelijk van de symptomen die op het moment van een aanval op de voorgrond staan, worden intratympane corticosteroïden meer gebruikt bij een plots opgetreden gehoorverlies. Intratympane gentamicine injecties worden eerder gebruikt bij de behandeling van ondraaglijke draaiduizeligheid.

Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

Kernboodschap

- Ter preventie van een aanval bij de ziekte van Ménière, suggereren wij zoutintake te beperken, alcohol- en cafeïne consumptie te verminderen, rookstop en stress reductie toe te passen. (GRADE 2C)
- Voor de symptoom controle van tinnitus suggereren wij het gebruik van hulpmiddelen en apparaten (bijvoorbeeld tinnitus maskers) (GRADE 2C)
- Voor gehoorverlies ontstaan door de ziekte van Ménière suggereren wij het gebruik van hoorapparaten. (GRADE 2C)

Toelichting tot de aanbeveling

Preventief:

- Er wordt aangeraden om zout intake te beperken tot <1500 a 2000mg/dag. Op die manier wordt gedacht dat men een zout gerelateerde waterretentie en een herverdeling in het endolymfatische systeem kan verhinderen. Hoewel er geen RCT's bestaan om de voordelen van een zoutarm dieet te documenteren voor de behandeling van de Ziekte van Ménière, rapporteren patiënten vaak een exacerbatie van hun symptomen of zelfs een aanval na een zoute maaltijd.
- Beperkte cafeïne-intake, verminderen van alcoholconsumptie, rookstop en aanpak van stress zijn aan te raden, gezien deze een aanval kunnen uitlokken.

Symptoom specifiek

- Tinnitus:
    - Patiënten met ernstige, onbehandelbare tinnitus kunnen verlichting ervaren van hun klacht met een aantal hulpmiddelen zoals: tinnitus maskers, tinnitus retraining therapie, verschillende vormen therapie die op geluid gebaseerd zijn (zoals: neuromonics phase-shift tinnitus reduction, hoorapparaten, biofeedback)
- Gehoorverlies:

  Het gebruik van volledig digitale hoorapparaten met variabele digitale aanpasbare circuits, moeten geëvalueerd worden

Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

Kernboodschap

Indien een van de onderstaande symptomen bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière voorkomt, bevelen wij aan te verwijzen naar de desbetreffende specialist (GRADE 1B)

Toelichting tot de aanbeveling

De onderzoeker moet overgaan tot een tijdige verwijzing bij:

- Neurologische bevindingen zoals niet eerder bestaande ernstige hoofdpijn, abnormale gang, diplopie en zwakte of paresthesie, vragen een verwijzing naar spoedgevallen, beeldvorming en /of consulatie op korte termijn bij een neuroloog.
- Verwijs naar een NKO-arts voor audiometrie en vestibulaire functie-testen bij terugkerende vertigo, als de episode langer dan 2 weken duurt of als de symptomen als invaliderend beschouwd worden.
- Cardiovasculaire bevindingen zoals palpitaties, verdachte ritmestoornissen, hypotensie, hypertensie, retrosternale pijn, pre-syncope of verminderde inspanningscapaciteit, vragen om een ECG, nazicht via spoedgevallen of onmiddellijke verwijzing naar een cardioloog.
- Als de huisarts niet bekend is met posturale manoeuvres zoals voor de behandeling van BPPV, zal men de patiënt verwijzen naar fysiotherapie of een audioloog voor het Epley manoeuvre.
- Een consultatie bij een psycholoog kan zinvol zijn voor patiënten met niet-objectiveerbare bevindingen en mogelijks van psychologische oorsprong.

Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

Kernboodschap

Wij suggereren gebruik te maken van revalidatie training en contact met lotgenoten in een patiëntenvereniging voor patiënten met de Ziekte van Ménière (GRADE 2B).

Toelichting tot de aanbeveling

- Revalidatie en adjustment training worden georganiseerd door publieke en privé-organisaties. Deze vestibulaire en balans rehabilitatie therapie wordt initieel aangeraden voor patiënten die instabiliteit ervaren. De oorspronkelijke doelgroep voor deze vestibulaire rehabilitatie therapie waren patiënten die geen aanvallen van draaiduizeligheid meer vertoonden door destructieve chirurgie of intratympane gentamicine injecties, maar nog hinder ondervonden van een constant instabiliteit gevoel. Studies rapporteren dat patiënten die hun aanvallen gecontroleerd krijgen door medicamenteuze therapie of intratympane corticosteroid injecties, maar nog last hebben van instabiliteit ook baat kunnen hebben van vestibulaire rehabilitatie therapie.
- Patiëntenorganisaties kunnen adviseren en helpen bij het omgaan met de ziekte

3.2.2. Toekenning van GRADE

In tabel 9 en 10 wordt een overzicht gegeven van de informatie op basis waarvan de GRADE voor elke klinische vraag werd bepaald.

	Vermelden de weerhouden richtlijnen het niveau van bewijskracht (level of evidence) van de aanbeveling? Ja/Nee? Zo ja, welk (hoog, laag, matig)?	Zo niet, welke studies onderbouwen de aanbeveling?	Zeg iets over de kwaliteit van het bewijs van deze studies, meer bepaald: - zijn er beperkingen in studiedesign (risico op bias)? - zijn de resultaten inconsistent? - betreft het een indirect bewijs? - zijn de resultaten onnauwkeurig? (o.a. brede BI) - is er vermoeden van publicatiebias? - is het gemeten effect groot of klein? - is er een rechtstreeks verband tussen interventie en respons?	Rekening houdend met de antwoorden op voorgaande vragen, wat is je algemeen oordeel over de kwaliteit van bewijs? (hoog=A, matig=B, laag=C)
Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?	Level of evidence C	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?	Neen	Colletti V. Medical treatment in Ménière's disease: avoiding vestibular neurectomy and facilitating postoperative compensation. Acta Otolaryngol Suppl. 2000;544:27-33. * Newman CW, Weinstein BE, Jacobson GP, et al. The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. Ear Hear. 1990;11:430-433. * Newman CW, Jacobson GP, Spitzer JB. Development of the Tinnitus Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1996;122:143-148. * Newman CW, Sandridge SA, Jacobson GP. Psychometric adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. J Am Acad Audiol. 1998;9:153-160 *Valente M, Mispagel K, Valente LM, et al. Problems and solutions for fitting amplification to patients with Ménière's disease. J Am Acad Audiol. 2006;17:6-15.	Kwaliteit is eerder zwak gezien de onderbouwing vanuit observationele studies. Slechts een review i.v.m. vestibulaire rehabilitatie Ontbrekende referenties Onderbouwing vanuit de richtlijn zelf zoals bronnen rond cafeïne en alcoholconsumptie Beperkingen in studiedesign Indirect bewijs	C
Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?	Level of evidence 2 ++ / GRADE B	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?	Neen	*Hillier SL, Hollohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005397. Abstract *Hansson EE. Vestibular rehabilitation: for whom and how? A systematic review. Adv Physiother. 2007;9:106-116. *Gottshall KR, Hoffer ME, Moore RJ, et al. The role of vestibular rehabilitation in the treatment of Ménière's disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;133:326-328 *Recente evidence over coping: Porter et al. 2015	Studiedesign goed: veelal betreft dit reviews, echter RCTs met beperkingen Indirect bewijs Groot gemeten effect Verband tussen interventie en respons (werd gemeten bij Gottshall et al. met objectieve parameters en autoreport van de patiënt)	B

Tabel 9: Stap 7 toekenning GRADE (deel 1)

	Balans tussen voor- en nadelen van de aanbeveling: - is onzeker? - is in evenwicht? - de voordelen overtreffen de nadelen? *(hoe meer de voordelen de nadelen overtreffen, hoe sterker de aanbeveling*)	Waarden en voorkeuren van de doelgroep (patiëntenpopulatie) zijn onzeker of verschillend? *(hoe kleiner de verschillen, hoe sterker de aanbeveling)*	De aanbevolen interventie is kosteneffectief? *(hoe lager de kosten, hoe sterker de aanbeveling)*	Is de aanbevolen interventie toepasbaar in de Belgische (huisarts)praktijk? (is ze beschikbaar, is de nodige expertise aanwezig, zijn er organisatorische of financiële barrières)? *(hoe beter toepasbaar, hoe sterker de aanbeveling)*	**Doe op basis van de antwoorden op voorgaande vragen een voorstel tot "Grade of recommendation" (gebruik hiervoor de overzichtstabel op blz 11 van je handboek)**
Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?	*Nadelen: er zijn beperkingen in het studie design: geen duidelijk geformuleerde aanbevelingen en geen duidelijke omschrijving methoden (zie stap 4.1) * voordelen: / * Balans: onzekere balans	Doelgroep wordt niet duidelijk omschreven. Bij beide 'patiënten met de ziekte van Ménière' maar dit wordt niet verder gespecifieerd	Geen hoge kosten van medicamenteuze therapie, echter ook geen voldoende bewijs voor effect	Aanbeveling is toepasbaar in de Belgische context	2C
Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?	*Voordelen overtreffen de nadelen. *Therapie kan ook effect hebben op levensstijl in het algemeen	Doelgroep meer gespecifieerd per klacht, maar niet verschillend	Kost van hoorapparaten is hoog gezien de onzekerheid rond het effect en hier nog verdere studies moeten gebeuren. Verder zijn kosten in balans	Aanbeveling is toepasbaar in de Belgische context.	2C
Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?	*Voordelen overtreffen de nadelen. *Tips voor de huisarts *geen nadeel voor patiënt	Doelgroep meer algemeen: mensen met vertigo, BPPV, algemene vestibulaire aandoeningen.	Kosten baten effectief	Aanbeveling is toepasbaar in de Belgische zorgcontext	1B
Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?	Voordelen overtreffen de nadelen	Doelgroep: meestal bij patiënten uitgevoerd met meer algemeen unilaterale perifere vestibulaire dysfunctie. Veelal na medicamenteuze of chirurgische interventie. Nooit exclusief uitgevoerd	Kosten baten effectief	Onduidelijkheid over beschikbaarheid vestibulaire rehabilitatie therapie in de Vlaamse zorgcontext maar mogelijk beschikbaar via daarvoor opgeleide kinesisten en oefenbrochures	2B

Tabel 10: stap 7 toekenning GRADE (deel 2)

3.3.Implementatiefase

3.3.1. Peer review

Tijdens de peer review werd de eerste versie van de aanbevelingen voorgesteld in 2 seminariegroepen met huisartsen-in-opleiding (HAIO's) en in 2 LOK-groepen. In totaal beoordeelden ongeveer 50 artsen de richtlijn op helderheid en toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk. In de eerste seminariegroep uit Turnhout o.l.v. Dr. Luc Seuntjens gaven 10 HAIO's feedback. In de tweede seminariegroep uit Heist op den Berg o.l.v. Dr. Elsbeth Van Herck waren 9 HAIO's aanwezig. De aanbevelingen werden ook voorgesteld aan de LOK-groep van Dr. Geert Cologne te Keerbergen en de LOK-groep van Dr. Marcel Schrijvers te Brecht. Met telkens een 15-tal artsen, tussen 27 en 70 jaar aanwezig.

Onderstaande tabellen 11 t.e.m 14 bevatten de opmerkingen per groep van peer reviewers, telkens gerangschikt per klinische vraag.

Opmerkingen discussie LOK 1

Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?

- Ureumpoeder?
- Wat moeten we nu eigenlijk doen op het acute moment?

Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

- Invloed van stress en spanning meer benadrukken? Relatie met beroep (meer opgemerkt bij leerkrachten en pastoors)?

Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

- Hyperbare zuurstof indicatie?
- Spoedverwijzing NKO bij acuut gehoorverlies?

Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

- Meer info rond nut rehabilitatietherapie

Tabel 11: Resultaat Peer review LOK 1

Opmerkingen discussie Seminariegroep 1

Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?

- Medicatie: specifiëren waarom 'af te raden' versus 'te overwegen' (bewezen geen effect vs. geen bewezen effect)
- Medicatie: wat moeten we concreet doen?
- Medicatie: dosissen bij noteren en welk product meest aan te raden
- 'Patiënten verwachten medicatie' (Moeilijk voor artsen om geen medicatie te geven, ook al is het niet *evidence based*. Artsen verwachten dat geruststelling onvoldoende is.)

Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

- Beperking zoutinname <1.5g: eigenlijk onrealistisch

Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

- Hyperbare zuurstof: nota in richtlijn zetten
- Verwijzing naar NKO indien aanval langer duurt dan 2w: zal patiënt zo lang kunnen afwachten? Dit lijkt voor artsen onrealistisch.

Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

/

Tabel 12: Resultaat Peer Review Seminarie 1

Opmerkingen discussie LOK 2

Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière:

- Worden benzo's voorgesteld voor stressreductie bij een aanval?
- Rond betahistine: "Studies tonen aan dat dit een placebo-effect heeft. Een placebo-effect is ook een effect zou ik zeggen".
    - "Je ziet ook dat NKO-artsen dit voorschrijven"

Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

- "Ik heb een patiënt gehad die een bril had met speciale glazen. Is daar iets rond gekend? De patiënt kreeg dit van een Nederlandse patiëntengroep"
- "Ik had ook een patiënt met de ziekte van Parkinson die ook zo'n bril had"
- "De meeste medicatie die wij gebruiken vb. Phenergan (antihistaminica meer algemeen), werkt voornamelijk op de secundaire symptomen (vb.: braken). Dit zijn voornamelijk symptomatische hulpmiddelen. Waar leidt dan de rehabilitatie training naartoe? Is dit tot een groter zelfvertrouwen bij de patiënt? "

Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

/

Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

- "Is meer duidelijke informatie naar patiënten toe dan niet essentieel? Meer dan er nu naar voorkomt in de richtlijn?" "Ik zou ook duidelijk uitleggen wat de ziekte is en wat er te verwachten is"
    - "Zou een patiënten brochure kunnen helpen? Bijvoorbeeld voor meer ziekte inzicht?"
    - "Ja, ik denk dit wel" "Ik denk dat je vertigo ongelooflijk veel tegenkomt in de praktijk. Je leert hier in de opleiding weinig over.
    - "Het zijn ook patiënten die moeilijk tevreden zijn. Dit is ook te verstaan, want wat biedt je?" "Ze komen naar jou voor een oplossing en die heb je niet. Als je zelf goed weet wat je kan doen/betekenen als arts en het dan duidelijker uitleggen, dan ben je bij sommigen toch hopelijk niet vertrokken voor een meer alternatieve reis"
- "Die revalidatiecentra zijn nog niet 'common'?"

- "Er is een revalidatiecentrum in het Sint Augustinus Ziekenhuis te Antwerpen en er zijn ook enkele kinesisten die het aanbieden"
- "Ja, in Turnhout hebben zit dit ook"

- "Naast patiënten folders zijn misschien ook meer algemene campagnes nuttig? Mensen worden nu ook gesensibiliseerd voor griep, antibiotica, enz. Dat zijn lange termijn projecten. Dit kan misschien ook helpen." "We stoten eveneens op de moeilijkheden van het internet. Patiënten gaan allerlei dingen opzoeken en denken dat ze Ménière hebben"

Tabel 13: Resultaat Peer Review LOK 2

Opmerkingen discussie Seminarie 2

Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière:

Onduidelijkheden:

- Er staat nergens concreet iets over dosering of hoe lang medicatie te gebruiken. Er staat liefst geen betahistine en corticosteroïden te gebruiken, wel eventueel antihistaminica en benzo's. Maar er zijn zoveel klasse benzo's. Welke en hoeveel? Doseringen zouden het makkelijker maken.
- Kan je de antihistamica of benzo's welke je het meest tegenkomt in studies noteren?
- Er staat 'preventieve behandeling' maar eigenlijk bedoel je secundaire preventie en aanvalspreventie. Want dit kan je verkeerd interpreteren.
- Een suggestie: "Veel gebruikte behandelingen zijn:…."
- Bij corticosteroïden ook dosis noteren voor gehoorverlies. Dit zijn zeer hoge dosissen!
- Wij geven Rivotril en corticosteroïden bij plots gehoorverlies. Rivotril 0.5mg 2x1 per dag en hoge dosis corticosteroïden.
- Ik vind dat betahistine vaak wel helpt. Een placebo-effect is ook een effect en het heeft weinig nevenwerkingen. De patiënten krijgen toch ook hoge dosissen betahistine van de NKO artsen?

Klinische vraag 2: Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

Onduidelijkheden:

- Kader iets uitbreiden, net zoals ppt
- Zout intake is moeilijk. Wat zeg je i.v.m. hoeveelheden? Dat is al bijna zoutloos. Zoutbeperking kan je vermelden, dan kan je je GRADE houden of je kan zeggen: 'expert opinion 2000mg zout'
- Ook hier kan je best zeggen secundaire preventie i.p.v. preventie.
- Schrijffoutje bij hoorapparaten 'moet geëvalueerd worden'

Toepasbaarheid

- Intratympane CS is niet huisarts gericht

Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

Onduidelijkheden

- In kernboodschap enkele symptomen zetten om het gebruiksvriendelijk te houden. Eventueel ook kader met alarmsymptomen toevoegen.

- Misschien bij neurologische bevindingen differentiëren: wat moet naar consultatie neurologie en wat naar spoed?
- Wat als de episode langer dan twee weken duurt? Twee weken, is dat een criterium? Je kan dit toch niet 2 weken volhouden met een patiënt?

<u>Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en -begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?</u>
Onduidelijkheden

- In kader zetten: 'er bestaan revalidatie en patiënten trainingen'
- Je mag best de website van de patiëntenvereniging hieraan toevoegen, eventueel ook waar de gespecialiseerde centra zijn.
    - Je kan bv naar elk diensthoofd van NKO bellen om te vragen waar deze centra zijn bv per provincie. Ik zou dit heel nuttig vinden. Richtlijnen moeten een handig instrument zijn om te gebruiken.
- Informatie voor de patiënt kan nuttig zijn, maar dan eerder onder de vorm van een handige website om naar te verwijzen, een youtube video, lijst met expertise centra,…
- Is er een NHG patiënten brief?

Tabel 14: Resultaat Peer review Seminarie 2

Conclusie peer review:

Bij de aanbevelingen rond medicamenteuze therapie werd in de vier groepen de vraag gesteld welke medicatie er nu concreet gegeven kan worden tijdens een aanval. Beide seminariegroepen zouden het interessant vinden om posologie in de aanbevelingen terug te vinden en een voorbeeld van een product te zien. Voornamelijk bij de jonge artsen is er nood om 'iets' te geven aan de patiënt. Twee artsen uit de LOK-groep verwachtten dat geruststelling en informatie onvoldoende zou zijn voor de patiënt. De nood om iets te geven aan de patiënt, zien we ook terugkomen in de discussie rond het gebruik van betahistine. Dat er weinig evidentie rond dit product bestaat, was bij de meerderheid van de artsen gekend. Onafhankelijk van elkaar heerst binnen de verschillende groepen bij enkele artsen de overtuiging dat een placebo-effect ook een effect is. Er werd opgemerkt dat NKO-specialisten dit ook voor hun patiënten voorschrijven.

Bij de aanbevelingen rond niet-medicamenteuze adviezen en hulpmiddelen werden in 2 groepen door artsen moeilijkheden met implementatie ingeschat in verband met de beperking van zoutintake. De streefwaarde van minder dan 1,5g werd als onrealistisch ervaren. In één van de LOK-groepen vermeldde een arts het gebruik van een prismabril. Dit is voornamelijk in Nederland gekend en ontwikkeld door Dr. Vente, echter wordt hier weinig evidentie rond gevonden. In één seminariegroep werd de suggestie gedaan door een HAIO om meer nadruk te leggen op het verminderen van stress en spanning.

Over de aanbevelingen voor de klinische vraag rond doorverwijzing naar de tweede lijn, werden enkele losse opmerkingen gemaakt. In één LOK- en één seminariegroep kwamen vragen rond de indicatie van hyperbare zuurstof voor tinnitus. Het criterium van verwijzing naar NKO indien de symptomen langer als twee weken aanhouden, werd voornamelijk als een struikelblok ervaren door enkele HAIO's uit beide seminariegroepen. Één arts gaf de suggestie en kader met alarmsymptomen toe te voegen.

De laatste klinische vraag behandelde de diensten en oefenprogramma's beschikbaar voor de patiënten met de ziekte van Ménière. Algemeen over de 4 groepen heen, was er vraag naar meer

duidelijke informatie voor patiënten. Dit zou kunnen helpen om het ziekte-inzicht te verbeteren. De suggestie voor een patiënten folder met deze informatie werd door enkele artsen geopperd. De vraag naar duidelijke handvaten en concrete tools kwam in alle groepen naar boven. In de laatste seminariegroep werd een suggestie gedaan om de website van de patiëntenvereniging en gespecialiseerde centra toe te voegen aan de folder.

Bovenstaande opmerkingen werden verwerkt in de eerste versie van de aangepaste richtlijn. Voor de eerste klinische vraag in verband met medicamenteuze behandeling, werden stofnamen toegevoegd en posologie in de toelichting tot de aanbeveling vermeld. Bij de klinische vraag rond verwijzing naar de tweede lijn, werd een kader met alarmsymptomen toegevoegd aan de aanbeveling. Aan de aanbevelingen van de laatste klinische vraag werden concrete oefeningen van Cawthorn and Cooksey toegevoegd en gegevens van de patiëntenvereniging voor Ménière-patiënten. De vragen van de artsen uit de LOK- en seminariegroepen naar bijkomende informatie, werden beantwoord in de nota's bij elke vraag. Vervolgens kwam een finale versie tot stand. Voor de uiteindelijke aangepaste richtlijn, verwijzen wij naar bijlage 4 achteraan deze masterproef.

3.3.2. Formuleren van praktijkconsensus

Voor de toetsing in de eigen praktijk, werd gekozen om implementatiemateriaal uit te werken rond het beleid bij de ziekte van Ménière. Uit bovenstaande peer review bleek dat er onder huisartsen heel wat onzekerheid is bij een patiënt met de ziekte van Ménière enerzijds betreffende diagnostiek en anderzijds betreffende beleid. Door de beperkte evidentie van de medicamenteuze therapie, komt al snel de vraag naar boven wat we de patiënt wel kunnen bieden? Een patiënt met een eerste aanval komt vaak in de 2e lijn terecht. Bijgevolg zal een aanvalsbehandeling voor Ménière vaak plaats vinden bij de specialist. Echter tussen aanvallen door heerst er vaak een gevoel van instabiliteit en angst voor opnieuw een aanval door te maken. Als huisarts hebben we de taak de patiënt te informeren, te adviseren en ondersteuning te bieden. Hieruit groeide de idee voor het ontwikkelen van een brochure met advies, informatie en oefeningen die de patiënt thuis kan uitvoeren. De folder bevat eveneens praktische links met correcte elektronische informatiebronnen en centra voor professionele hulp.

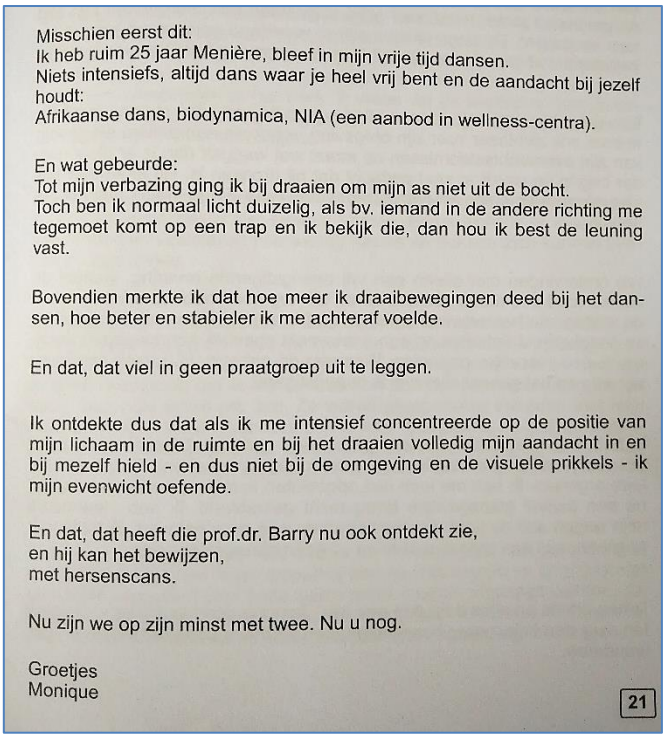
3.3.2.1. Totstandkoming van de folder:

Er werd gekozen om de focus te leggen op vestibulaire rehabilitatie therapie. Dit soort oefeningen kan voor de patiënt een hulp zijn om de continue instabiliteit te verlichten, die men ervaart bij de ziekte van Ménière in een aanvalvrije periode. In Minerva verscheen een bespreking door Dr. Paul De Cort over een studie van Yardley et al. (2004) (22). De auteurs onderzochten de doeltreffendheid van vestibulaire rehabilitatie in de huisartsenpraktijk bij patiënten die lijden aan chronische duizeligheid. Meermaals wordt aangetoond dat niet-medicamenteuze behandelingen effectiever en duurzamer zijn dan medicamenteuze. In deze studie combineert men rehabilitatieoefeningen met cognitieve gedragstherapie. Kinesisten en/of verpleegkundigen werden speciaal opgeleid om deze patiënten te begeleiden in het uitvoeren van de oefeningen (23).

Voor het ontwikkelen van de folder werd er contact opgenomen met ervaringsdeskundigen. Er werd nagegaan of er in de praktijk reeds vestibulaire rehabilitatie therapie wordt toegepast, hun ervaring hiermee en de rol van de huisarts hierin. Naast de patiëntenvereniging voor Ménière werd het evenwichtscentrum van Sint Augustinus Ziekenhuis te Wilrijk gecontacteerd via e-mail.

Samenvatting gesprek met Monique en Herbert van de Vereniging voor Ménière-patiënten:

Door een gesprek met ervaringsdeskundigen Monique en Herbert, werd er meer inzicht in het verloop van de ziekte van Ménière verkregen. Tijdens het gesprek werd de praktische ondersteuning die de omgeving, de huisarts en de specialist kan bieden, besproken. Als rode draad doorheen het gesprek liep 'het gevoel serieus genomen te worden als patiënt'. Monique benadrukte het belang om de patiënt te informeren en een houvast aan te bieden. "Een patiënt die instabiliteit ervaart moet terug vertrouwen opbouwen in zijn of haar eigen mogelijkheden. Het is een proces van geloven in jezelf en aanvaarden" vertelde ze. Het is op die momenten belangrijk dat er hulp aangeboden wordt, om een negatieve spiraal van angst en onzekerheid te doorbreken. Herbert vermeldde dat tijdens een aanval de omgeving best al steun aanwezig kan zijn, doch op de achtergrond. Tijdens zo'n aanval wordt van de hulpverlener verwacht dat er voornamelijk gefocust wordt op symptoombestrijding. Zowel Monique als Herbert waren van mening dat er eerder weinig aandacht is voor 'het dagelijks leven' tussen de aanvallen door. Monique vertelde dat nieuwe 'Ménière patiënten' en hun omgeving vaak niet weten wat ze kunnen verwachten of wat 'normaal' is in een aanvalvrije periode. Informatie van de hulpverlener hierover is dan ook zeer belangrijk en zou zeer nuttig kunnen zijn. Ze vertelde eveneens hoe ze met haar instabiliteit omgaat die ze dagelijks ervaart. Voor Monique helpt bewegen, dansen en yoga. "Mensen moeten eerst over hun angst heen om te vallen" vertelde ze. "Ze zouden moeten beginnen met een cursus vallen". Door de dansoefeningen kreeg Monique terug meer vertrouwen in haar lichaam. "Voor tinnitus en gehoorverlies werkt dit net zo" gaat ze verder. Ze gaat bijvoorbeeld bewust geluid opzoeken en gehooroefeningen doen. Voor tinnitus probeert ze de focus te verleggen en neemt ze geluid waar volgens het mindfulness principe.



Misschien eerst dit:
Ik heb ruim 25 jaar Menière, bleef in mijn vrije tijd dansen.
Niets intensiefs, altijd dans waar je heel vrij bent en de aandacht bij jezelf houdt:
Afrikaanse dans, biodynamica, NIA (een aanbod in wellness-centra).

En wat gebeurde:
Tot mijn verbazing ging ik bij draaien om mijn as niet uit de bocht.
Toch ben ik normaal licht duizelig, als bv. iemand in de andere richting me tegemoet komt op een trap en ik bekijk die, dan hou ik best de leuning vast.

Bovendien merkte ik dat hoe meer ik draaibewegingen deed bij het dansen, hoe beter en stabieler ik me achteraf voelde.

En dat, dat viel in geen praatgroep uit te leggen.

Ik ontdekte dus dat als ik me intensief concentreerde op de positie van mijn lichaam in de ruimte en bij het draaien volledig mijn aandacht in en bij mezelf hield - en dus niet bij de omgeving en de visuele prikkels - ik mijn evenwicht oefende.

En dat, dat heeft die prof.dr. Barry nu ook ontdekt zie,
en hij kan het bewijzen,
met hersenscans.

Nu zijn we op zijn minst met twee. Nu u nog.

Groetjes
Monique

21

Figuur 1: Getuigenis uit Vereniging voor Ménière-patiënten vzw jaarg 32. -nr 2 - mei 2016

De huisarts heeft de belangrijke taak de patiënt te informeren, ondersteunen en te motiveren tot beweging. Dit kan aan de hand van evenwichtsoefeningen zoals in het boekje dat door de vereniging aangeboden wordt en ontwikkeld werd door Dr. Bernard Ars. Met deze oefeningen kan de patiënt zelf aan de slag. Eventueel kan er verwezen worden naar kinesisten of referentie centra voor de oefeningen onder begeleiding uit te voeren.

Samenvatting gesprek met manager evenwichtsteam Sint Augustinus Ziekenhuis:

Ik had een gesprek over vestibulaire rehabilitatie en de rol van de huisarts met Robby Van Spauwen, manager van het evenwichtsteam te Sint Augustinus Wilrijk. Volgens Meneer Van Spauwen is het eerste probleem de patiënten aanvalsvrij krijgen. "Zolang patiënten nog zeer regelmatig aanvallen doen, kan geen revalidatie therapie opgestart worden" vertelde hij. In hun centrum wordt een aanval behandeld met hoge dosissen betahistine (3x48mg per dag) en alprazolam. Hij was zich bewust van de

lage evidentie van deze behandeling, maar op basis van ‘expert opinie’ krijgt deze behandeling toch een belangrijke plaats in het beleid. Vaak worden er secundair angststoornissen gezien, waardoor anxiolytica zoals alprazolam en diazepam ook hun plaats hebben. Meneer Van Spauwen had eveneens de ervaring dat het informeren van de patiënt en zijn omgeving zeer belangrijk is. Volgens hem bestaat er geen revalidatie protocol ‘Ménière’. De kinesisten van hun evenwichtsteam gaan individuele oefeningen uitwerken afhankelijk van de klacht. Bijvoorbeeld blikstabilisatie oefeningen die ook thuis toegepast kunnen worden. Hij gaf enkele eenvoudige voorbeelden zoals een krant tegen de muur hangen en vanop een afstand dit (zittend) proberen te lezen of bijvoorbeeld de patiënt op een kussen laten staan om zo zijn evenwicht vinden, enz. De oefeningen zijn gebaseerd op de Cawthorn en Cooksey oefeningen. De huisarts kan deze oefeningen ook aan de patiënt meegeven.

Conclusie:

De patiënt voldoende informeren over de ziekte en hierbij ondersteunen, zijn elementen die in beide gesprekken naar boven komen en centraal staan. De huisarts heeft hierin de belangrijke taak om samen met de patiënt op weg te gaan en kleine uitdagingen op maat samen te stellen. Dankzij het advies en de expertise van de patiëntengroep voor de ziekte van Ménière en het evenwichtsteam van Sint Augustinus ziekenhuis, werd een folder ontwikkeld. Deze brochure is gebaseerd op de bestaande folder met evenwichtsoefeningen van Prof. Dr. Lucy Yardley en de folder van Dr. Bernard Ars. Het resultaat kan men terugvinden in bijlage 5.

Deze folder werd toegevoegd in het EMD van twee praktijken (Huisartsenpraktijk Dulft te Itegem en Huisartenpraktijk dr. Geysenbergh te Brecht). Echter omwille van de beperkte tijd voor de implementatiefase van deze masterproef, werd deze tool nog niet geëvalueerd. Verder onderzoek dient te gebeuren naar de implementatie van deze tool in de huisartsenpraktijk.

4. Discussie

Deze masterproef kwam tot stand door de samenwerking van twee onderzoekers. Bepaalde stappen werden afzonderlijk doorlopen, om nadien tot een gezamenlijk besluit te komen. Dit gebeurde bijvoorbeeld bij de zoektocht naar relevante richtlijnen (stap 2) en bij de evaluatie van richtlijnen met AGREE II (5) (stap 4.1). Door deze resultaten te bundelen werd een sterker besluit verkregen, wat het gehele onderzoek sterker maakt.

Tijdens de zoektocht naar relevante richtlijnen werd een internationaal gestandaardiseerd stappenplan gebruikt. Dit stappenplan adviseert om maximum 5 tot 7 richtlijnen te selecteren om mee verder te werken. We moeten hierbij opmerken dat richtlijnen die niet geïncludeerd werden ook belangrijke en kwalitatief goede informatie kunnen bevatten. Er werd geprobeerd deze belangrijke informatie niet over het hoofd te zien door ook richtlijnen te includeren die niet op alle klinische vragen een antwoord bieden. Door het gebruik van het gestandaardiseerde stappenplan werd de kans dat belangrijke informatie werd gemist kleiner.

Om de noodzaak tot aanpassing van de richtlijn te onderzoeken, werd voor elke aanbeveling nagegaan welke *evidence based* informatie hiervoor werd gebruikt. Men stootte hierdoor echter op de methodologische beperkingen van de gebruikte richtlijnen. Vaak werd er niet duidelijk weergegeven welke bronnen per topic werden geraadpleegd. Ook voor de Duodecimrichtlijn (6) zelf was dit niet duidelijk. De aanbevelingen die op basis van deze richtlijnen werden aangepast, werden daarom ook nog eens vergeleken met recente literatuur. De schaarste van recent kwaliteitsvol onderzoek uit zich ook in de GRADE van de aanbevelingen. Hierdoor zijn de aanbevelingen minder sterk en bijgevolg is de GRADE van de aanbeveling ook laag.

De aanbeveling rond medicamenteuze therapie werd op deze manier aangepast op basis van recentere informatie. De BEMED trial toonde hier nogmaals, met een groot aantal proefpersonen, geen significant verschil aan voor het gebruik van betahistine ten opzichte van placebo voor de ziekte van Ménière. In NICE werd als reactie hierop een editoriaal gepubliceerd (24). Hierin wordt beschreven dat ondanks meerdere bronnen het twijfelachtige effect van betahistine naar voorbrengen, er nog vaak betahistine wordt voorgeschreven. Vermoedelijk doordat het geneesmiddel relatief goed verdragen wordt, het laag risico op nevenwerkingen en bij gebrek aan alternatieven. Patiënten die het geneesmiddel innemen, rapporteren wel degelijk een effect. Voor de aanbeveling rond adviezen, verwijzing en patiëntenbegeleiding werden aanvullende aanbevelingen gemaakt, maar geen aanpassingen aan de bestaande richtlijn doorgevoerd.

Bij het opstellen van de aanbevelingen werd er veel belang gehecht aan de toepasbaarheid in de huisartsenpraktijk. Hierdoor werden bepaalde behandelingen, adviezen, apparaten beschikbaar voor patiënten met de ziekte van ménière niet verder besproken. Bijvoorbeeld de toepassing van heelkundige ingrepen, Meniett-apparaten, intratympane injecties enz. Hierdoor is er geen volledig beeld van wat er beschikbaar is, maar werd er reeds een huisarts gerichte selectie gemaakt.

De evidentie waarop de aanbevelingen gebaseerd zijn geraakt snel verouderd. Goede, recente EBM-informatie rond behandeling van de ziekte van Ménière is eerder schaars. Tot op heden is de behandeling conservatief en is er nog geen curatieve medicamenteuze behandeling voor de ziekte van

Ménière. Verder onderzoek hieromtrent is nodig en bijgevolg dient dus ook een 3-jaarlijkse update te gebeuren van de aanbevelingen, aangepast aan de meest recente inzichten.

De toepasbaarheid van de uiteindelijke aangepaste richtlijn alsook de opgestelde folder met evenwichtsoefeningen zou verder onderzocht moeten worden. De aangepaste richtlijn en de folder zouden opnieuw aan een peer review onderworpen moeten worden. Het omvormen van de eerder theoretische aanbevelingen naar een praktijkaanbeveling of steekkaart, zou het gebruik in de huisartsenpraktijk vereenvoudigen. De folder zou na enkele maanden gebruik, geëvalueerd kunnen worden door patiënten met de ziekte van Ménière. Echter dient men hier in het achterhoofd te houden dat de prevalentie van de ziekte van Ménière laag is in de huisartsenpraktijk. Wel kan de folder voor evenwichtsoefeningen breder gebruikt worden voor patiënten met evenwichtsstoornissen om het evenwichtssysteem in balans te krijgen. Bovenstaande conclusies bieden mogelijkheden voor een nieuw praktisch implementatie project.

5. Conclusie

Volgens de gestandaardiseerde procedure van ADAPTE werd er getracht de huidige Duodecimrichtlijn ‘De ziekte van Ménière’ aan te passen aan de Belgische zorgcontext op basis van de meest recente inzichten beschikbaar voor de huisartsenpraktijk. Dit adaptatie proces verliep in samenwerking met onderzoekpartner Inne Donné. De aanbevelingen rond medicamenteuze behandeling werden grondig herzien. Recente literatuur stelde het gebruik van betahistine in vraag. Dit werd ook meegenomen in de aangepaste aanbevelingen. Voor de aanbevelingen in verband met adviezen, verwijzing en begeleiding voor patiënten met de ziekte van Ménière werden er aanbevelingen toegevoegd. De huidige aanbevelingen van de Duodecimrichtlijn voor deze klinische vragen werden niet aangepast. Een eerste versie werd voorgesteld aan een groep gebruikers en gecontroleerd op toepasbaarheid en helderheid van de aanbevelingen. Na peer review werden voornamelijk nog praktische aanknopingspunten en verduidelijkingen toegevoegd aan de richtlijn. Het gebruik van betahistine kwam onder discussie te staan. Desondanks het gebruik op weinig evidentie steunt, wensen veel artsen het product toch voor te schrijven voor de behandeling van de ziekte van Ménière, mede door het relatief veilige profiel van het geneesmiddel en het belangrijke placebo-effect. De nood van de Vlaamse huisarts om iets concreet van advies of oefeningen mee te geven aan de patiënt is groot. Dit bleek uit de interesse voor vestibulaire rehabilitatie oefeningen. Als implementatieproject werd dan ook een folder ontwikkeld met evenwichtsoefeningen. Aan de ontwikkeling van de folder ging een bevraging van ervaringsdeskundigen vooraf. Een bijkomend praktijkproject zou nuttig zijn om de implementatie van de richtlijnen en de folder te evalueren.

6. Bibliografie

1. Delvaux N VdVS, Philips H, Van Royen P, Vanschoenbeek J, Goossens M. Adaptatie Duodecim Richtlijnen: Handboek voor Haio's over de inhoudelijke en contextuele aanpassing van Duodecim Richtlijnen op EBMPracticeNet.be. . In: EBMPracticeNet, editor. 2013.

2. Verheij AAA VWH, Lubbers WJ, Van Sluisveld ILL, Saes GAF, Eizenga WH, Boukes FS, Van Lieshout J. NHG-Standaard Duizeligheid Huisarts & Wetenschap 2002;45:601-9.

3. Goebel JA. 2015 Equilibrium Committee Amendment to the 1995 AAO-HNS Guidelines for the Definition of Meniere's Disease. Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2016;154(3):403-4.

4. Amer YS, Elzalabany MM, Omar TI, Ibrahim AG, Dowidar NL. The 'Adapted ADAPTE': an approach to improve utilization of the ADAPTE guideline adaptation resource toolkit in the Alexandria Center for Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. J Eval Clin Pract. 2015;21(6):1095-106.

5. Brouwers M.C. ea. AGREE II: Instrument voor beoordeling van richtlijnen http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Dutch.pdf2009 [

6. Kotimaki J. [Diagnostic criteria for Meniere's disease]. Duodecim. 2004;120(17):2079-83.

7. Wright T. Meniere's disease. BMJ Clin Evid. 2015;2015.

8. Soha N.Ghossaini MHM. Meniere's disease. BMJ Best Practice. 2014.

9. BCFI. De ziekte van Ménière. Folia Pharmacotherapeutica 2009;36:19-20.

10. Clearinghouse NG. ACR Appropriateness Criteria; hearing loss and/or vertigo. 2013.

11. Clearinghouse NG. Guideline Summary: Evaluation of vertigo in the adult patient. 2014.

12. van Sonsbeek S, Pullens B, van Benthem PP. Positive pressure therapy for Ménière's disease or syndrome. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015(3).

13. Adrion C, Fischer CS, Wagner J, Gurkov R, Mansmann U, Strupp M, et al. Efficacy and safety of betahistine treatment in patients with Meniere's disease: primary results of a long term, multicentre, double blind, randomised, placebo controlled, dose defining trial (BEMED trial). BMJ. 2016;352:h6816.

14. James AL, Burton MJ. Betahistine for Meniere's disease or syndrome. The Cochrane database of systematic reviews. 2001(1):Cd001873.

15. Luxford E, Berliner KI, Lee J, Luxford WM. Dietary modification as adjunct treatment in Meniere's disease: patient willingness and ability to comply. Otol Neurotol. 2013;34(8):1438-43.

16. Hoffman RM, Einstadter D, Kroenke K. Evaluating dizziness. The American journal of medicine. 1999;107(5):468-78.

17. McDonnell MN, Hillier SL. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. The Cochrane database of systematic reviews. 2015;1:CD005397.

18. Porter M, Boothroyd RA. Symptom severity, social supports, coping styles, and quality of life among individuals' diagnosed with Meniere's disease. Chronic Illn. 2015;11(4):256-66.

19. Gottshall KR, Topp SG, Hoffer ME. Early vestibular physical therapy rehabilitation for Meniere's disease. Otolaryngologic clinics of North America. 2010;43(5):1113-9.

20. Lanska D. Dizziness: step-by-step through the workup. Consultant. 2013;53(4):240-9.

21. Smith A PM, Bahner C, Beck DL. In the trenches, part 1: screening for patients with dizziness: twelve efficient screening methods for initial assessment of vestibular function. The Hearing Review. 2012.

22. De Cort P. Vestibulaire rehabilitatie bij duizeligheid. Minerva Med. 2006;5 (1):14-6.

23. Yardley L, Donovan-Hall M, Smith HE, Walsh BM, Mullee M, Bronstein AM. Effectiveness of primary care-based vestibular rehabilitation for chronic dizziness. Ann Intern Med. 2004;141(8):598-605.

24. Medicines Evidence Commentary: Meniere's disease: betahistine not shown to be superior to placebo. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2016.

7. Dankwoord

Met dit woordje van dank wil ik graag mijn thesispartner Inne Donné bedanken voor de fijne samenwerking en de steun die we bij elkaar mochten vinden. Verder zou ik graag onze promotor Prof. Dr. Nele Michels bedanken voor de brainstorm momenten, de ondersteuning, de tips en de feedback zodat dit werk tot stand kwam. Hierbij zou ik ook graag Dr. Nicolas Delvaux en Martine Goossens van het *EBMPracticeNet*-team willen bedanken voor het regelmatig nalezen van de matrix en de feedbackmomenten steeds na het doorlopen van bepaalde stappen. Bedankt om ons hierin bij te sturen. Eveneens wil ik graag mijn praktijkopleider Dr. Robert Poortmans bedanken voor het geduld, het begrip en de tijd die ik kreeg om dit werk te vervolledigen. Tenslotte wil ik graag mijn partner Benjamin bedanken voor het luisterend oor, zijn begripvolle houding en het nalezen van deze masterproef.

8. Bijlagen

8.1.Protocol Ethische Commissie

Protocol: onderzoeksproject MANAMA

De adaptatie van een duodecimrichtlijn[3]: 'de Ziekte van Ménière'.

Afgerond Literatuuronderzoek:

Tijdens fase 1 van dit onderzoeksproject werd een literatuuronderzoek opgezet. Er werd gezocht naar relevante internationale richtlijnen en Belgische EBM- informatie rond de ziekte van Ménière aan de hand van volgende klinische vragen:

1. Op basis van welke criteria wordt de diagnose ziekte van Ménière gesteld?
2. Welke symptomen en verschijnselen komen voor bij ziekte van Ménière?
3. Wat is de differentiaal diagnose voor de klachten duizeligheid en gehoorverlies?
4. Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?
5. Welke adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?
6. Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?
7. Welke diensten (patiëntengroepen/-verenigingen) zijn er beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

De gevonden informatie werd vervolgens gescreend en gewaardeerd op accuraatheid d.m.v. AGREE II instrument. Op basis hiervan werd beslist de aanbeveling te adapteren.

In Fase 2 vindt het adaptatie proces plaats. Hierin worden de bestaande aanbevelingen geformuleerd door Duodecim elk vergeleken met de weerhouden aanbevelingen uit het literatuuronderzoek. Indien de aanbevelingen uit de matrix met hun toelichting en basis overeenkomen met de aanbevelingen van Duodecim met hun "evidence summaries" dan mag deze tekst ongewijzigd blijven. Indien er belangrijke afwijkingen zijn dan wordt de tekst van Duodecim herschreven. Onze matrix[4] werd eveneens op het einde van het adaptatieproces voorgelegd aan de leescommissie van EBM Practice.net. Een eerste versie werd reeds door hen beoordeeld. In de laatste fase van onze MANAMA thesis zal opnieuw ons definitief voorstel tot adaptatie voorgelegd worden aan de leescommissie, die al dan niet de richtlijn definitief aanpassen.

Fase die deel uitmaakt van de aanvraag:

In de derde en laatste fase volgt het implementatie project. Hierbij zullen de aanbevelingen rond diagnostiek en behandeling van de ziekte van Ménière eerst ter beoordeling voorgelegd worden aan een groep van gebruikers (1). De aanbevelingen zullen naast 2 LOK-groepen(LOK-groep van Dr. Cologne en LOK-groep van Dr. Schrijvers), eveneens getest worden in 2 seminiariegroepen van huisartsen-in-opleiding (Seminariegroep o.l.v. STACO Dr. Van Herck en seminariegroep o.l.v. Dr. Seuntjens). In totaal zullen de aanbevelingen voorgelegd worden aan +/- 40 huisartsen waarvan de helft ervaren artsen en de andere helft jonge huisartsen in opleiding. In alle vier groepen zullen de aanbevelingen getest worden op haalbaarheid in de praktijk en bevattelijkheid. Volgende vragen worden per aanbeveling voorgelegd:

[3] Duodecimrichtlijn: De duodecim richtlijnen zijn Finse richtlijnen voor de eerste lijn beschikbaar via EBMPractice.net

[4] Matrix duodecim is een exel file waarin alle stappen van de literatuurzoektocht werden bijgehouden volgens een bepaald protocol (uitgewerkt volgens het handboek: " adaptatie van een duodecimrichtlijn"). Deze procedure werd nauw gevolgd onder supervisie van de leescommissie EBMPractice.net.

- Welke aspecten van de richtlijn vragen meer duidelijkheid
- Welke aanpassingen/hulpmiddelen zouden meer duidelijkheid kunnen brengen?
- Welke moeilijkheden verwacht u als arts bij het toepassen van de richtlijn?
- Wat zou kunnen helpen om het toepassen van de richtlijn te vergemakkelijken?

De opmerkingen van deze groepen worden elk afzonderlijk genoteerd en opgenomen, om nadien gecodeerd te worden verwerkt. De desbetreffende groepen zullen een verslag met antwoorden op alle opmerkingen toegestuurd krijgen.

Als laatste stap van de implementatiefase volgt een toetsing in de eigen praktijk. Aan de hand van de voorgaande peer review kan een handig algoritme uitgewerkt worden rond differentiaal diagnostiek bij de klacht duizeligheid. Eveneens zal rond behandeling een bestaande patiëntenbrochure voorgelegd worden aan enkele patiënten (ongeveer 10 patiënten tot verzadiging bereikt) met de ziekte van Ménière en kunnen hierin eventuele aanvullingen opgenomen worden (2). De patiënten worden opgespoord aan de hand van het EMD met zoektermen ‘Ménière’ en ‘Duizeligheid’ in de voorgeschiedenis. Vervolgens worden deze patiënten uitgenodigd per brief om de patiëntenbrochure te lezen en hierrond een vragenlijst in de vullen.

8.2.Advies ethisch comité

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

ETHISCH COMITE

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44

Dr. N. Michels
Universiteit Antwerpen
ELIZA (Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg Antwerpen)
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Adaptatie van duodecim-richtlijn: ziekte van Ménière (manama huisartsgeneeskunde Evelien Herrebosch)

datum	ons kenmerk	contactpersoon
6/02/2017	16/50/552	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 6/02/2017.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- CV onderzoeker
  Evelien Herrebosch
- Informatie- en toestemmingsformulier NL
  - informatiebrief patiënten, dd. 001/02/2017
  - informatiebrief, dd. 01/02/2017
- Protocol aangepaste versie dd. 15/01/2017
  versie 2

UZA / Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Parking via Drie Eikenstraat 655
Tel +32 3 821 30 00
www.uza.be / BE0874.619.603

Universiteit Antwerpen

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZA 16/50/552

datum	ons kenmerk	contactpersoon
6/02/2017	16/50/552	Annelies Van Looy Anniek Leeraert Marleen Bolens ethisch.comite@uza.be

Tenslotte verzoeken wij u ons volgende data te melden:
-Startdatum inclusie patiënten
-Datum waarop de studie wordt afgesloten en de reden hiervoor:
  o Nooit opgestart
  o Vroegtijdig stopgezet
  o Einde studie

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. Cras
Voorzitter Ethisch Comité

cc: Prof. dr. R. Remmen, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk
Dr. E. Herrebosch, NVT, Werftsesteenweg 7C bus 5 - 2220 Heist op den Berg

8.3.Informatiebrief peer review

Informatiebrief

MANAMA thesis: Adaptatie van een Duodecimrichtlijn:

De Ziekte van Ménière

Inleiding

Wij, Inne Donné en Evelien Herrebosch, twee HAIO's (Huisartsen In Opleiding), zijn momenteel bezig met de adapatie van de Duodecim-richtlijn: 'de ziekte van Ménière' voor onze Master-na-Masterthesis. De richtlijn zal ter beoordeling worden voorgelegd aan een groep van gebruikers. Daarom vragen we voor dit onderzoek uw medewerking. De opmerkingen van deze groep worden elk afzonderlijk behandeld en indien van toepassing worden er aanpassingen aan de tekst aangebracht. De uitslag zal alleen ten behoeve van dit onderzoek gebruikt worden.
We willen u daarom vragen de onderstaande punten goed door te lezen en als u ermee akkoord bent het toestemmingsformulier te dateren en te ondertekenen.

1. Wat is het doel van het onderzoek?

We willen met dit onderzoek nagaan of de geformuleerde aanbevelingen voor huisartsen toepasbaar zijn en werkbaar in de praktijk aangaande patiënten met de klachten vertigo, tinnitus en gehoorverlies.

2. Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?

Praktisch houdt dit in dat we tijdens het seminarie of LOK-groep een korte presentatie van 5 -10 min geven waarin we onze aanbevelingen rond de diagnostiek en behandeling van de ziekte van Ménière voorstellen. Nadien kan een discussie volgen van ongeveer 30 minuten rond de implementatie van de aanbevelingen in de praktijk, de mogelijke hinderpalen en bezwaren waarop we stoten, wat jullie haalbaar vinden als ervaringsdeskundigen, enz.

3. Wat zijn mogelijke voor- en nadelen van deelname aan dit onderzoek?

Strikt gezien zijn er voor u persoonlijk geen voor- of nadelen verbonden aan dit onderzoek.
Dit onderzoek kan uiteraard wel voor een verbetering zorgen rond diagnostiek en behandeling van patiënten met symptomen van de ziekte van ménière.

4. Wat gebeurt er als u niet wenst deel te nemen aan dit onderzoek?

U beslist volledig zelf of u meedoet aan het onderzoek. Als u besluit niet mee te doen, hoeft u verder niets te doen. U hoeft ook niet te zeggen waarom u niet wilt meedoen. Als u wel meedoet, kunt u zich altijd, ook tijdens het onderzoek, bedenken en stoppen. De reeds verkregen gegevens zullen dan vernietigd worden.

5. Wat gebeurt er met uw gegevens?

Na afloop van dit onderzoek worden uw gegevens nog maximaal 15 jaar bewaard. Het gesprek tijdens het seminarie of LOK-groep zal opgenomen worden en beluisterd worden door de onderzoekers zelf. Wij garanderen u dat de gegevens, afgeleid uit de opnames, gecodeerd zullen worden door de hoofdonderzoekers, die in een aparte Excel-sheet de sleutel tot de codes bewaren. De gegevens blijven steeds bewaard in gecodeerde vorm en er zal nooit herleidbaar naar individuen gerapporteerd worden.

6. Heeft de ethische toetsingscommissie van medisch onderwijsonderzoek dit onderzoek goedgekeurd?

Voor dit onderzoek werd een aanvraag tot goedkeuring *ingediend* bij de ethische commissie.

7. Wilt u verder nog iets weten?

Het is steeds mogelijk verdere informatie op te vragen. Dit kan u doen door contact op te nemen met

Evelien Herrebosch
Dulft 5C
2222 Itegem
015/241829
evelienherrebosch@hotmail.com

Inne Donné
Bethovenstraat 5
2960 Brecht
03/605 54 09
innedonne@outlook.com

8.4.Geadapteerde richtlijn 'Ziekte van Ménière'

Ziekte van Ménière

1. Doelgroep voor de richtlijn

Huisartsen, Huisartsen in Opleiding, Studenten geneeskunde

2. Patiëntenpopulatie

Patiënten met duizeligheidsklachten waarbij de diagnose Ziekte van Ménière werd gesteld, of waarbij deze diagnose wordt overwogen.

3. Aanbevelingen

3.1. Klinische vraag 1: Welke medicamenteuze behandeling kan opgestart worden voor de ziekte van Ménière?

3.1.1.Kernboodschap

1a Wij suggereren het gebruik van betahistine, diuretica (chloorthiazide-amiloride) en corticosteroïden eerder niet voor de symptomatische behandeling voor de ziekte van Ménière (GRADE 2C)
1b Tijdens een aanval van **draaiduizeligheid** bij de ziekte van Ménière, kunnen antihistaminica (meclozine,dimenhydrinate,promethazine) en benzodiazepines (alprazolam) overwogen worden (GRADE 2C)
1c Wij suggereren het gebruik van antidepressiva en benzodiazepines (alpazolam) eerder niet voor de symptomatische behandeling van **tinnitus** bij de ziekte van Ménière. (GRADE 2C)
1d Wij suggereren het gebruik van hoge dosis corticosteroïden voor de symptomatische behandeling van plots **gehoorverlies** bij geselecteerde gevallen van de ziekte van Ménière (GRADE 2C)

3.1.2.Toelichting tot de aanbeveling

1a

- Betahistine is het enige geneesmiddel dat geregistreerd is voor het gebruik bij de ziekte van Ménière. Het wordt in sommige landen gebruikt om de ernst en de frequentie van de aanvallen met draaiduizeligheid bij Ménière te verminderen. Een Cochrane review kon echter onvoldoende bewijskracht vinden rond de werkzaamheid van het geneesmiddel. In een recente trial werden verschillende dosissen betahistine (2x24mg en 3x48 mg) vergeleken ten opzichte van elkaar en ten opzichte van placebo. Er kon geen significant verschil aangetoond worden voor het verminderen van de aanvalsfrequentie of duur van de aanval.

Nota 1: Het definiëren van de plaats van medicatie in de aanpak van de ziekte van Ménière wordt beperkt door de schaarste aan degelijke studies en het belangrijke placebo-effect. Dit wordt reeds vermeld in de Folia Farmacotherapeutica in maart 2009. Expert opinie verwijst naar het placebo effect als behandeling. Specialistische centra gebruiken hoge dosissen betahistine (3x48mg) tijdens een aanval. Hiervoor ligt weinig wetenschappelijke evidentie aan de basis. Door de lage kwaliteit van de studies met betahistine, dit voornamelijk door de onzekerheid qua diagnose en qua meting van de eindpunten, is het onmogelijk om een uitspraak te doen over de doeltreffendheid van betahistine.

- Corticosteroïden kunnen gebruikt worden voor de behandeling van acute aanvallen van draaiduizeligheid, hoewel er geen RCT"s beschikbaar zijn om hun werkzaamheid aan te tonen bij de ziekte van Ménière
- Evidentie rond de werkzaamheid van diuretica bij Ménière is controversieel en sterke bewijskracht over de ziekteprogressie ontbreekt in de literatuur. Hoewel, het gebruik van diuretica nog door vele artsen wordt overwogen als eerstelijns behandeling voor de ziekte van Ménière.

Symptomatische behandeling:

1b Een veel gebruikte symptomatische behandeling voor een aanval van draaiduizeligheid zijn oa. antihistaminica (meclozine, dimenhydrinate, promethazine), benzodiazepine (alprazolam, diazepam) en anticholinergica (scopolamine (niet in België) en atropine).

Nota 2: Benzodiazepines, meer bepaald alprazolam worden eerder gebruikt in het kader van stress reductie bij een aanval. Vaak treden secundair aan de ziekte van Ménière angststoornissen op. Naast psychotherapie in de eerste plaats kan een medicamenteuze aanpak ter ondersteuning aangeboden worden in geselecteerde gevallen.

Nota 3: De antihistaminica die het meest gebruikt worden bij een aanval van draaiduizeligheid zijn meclozine, dimenhydrinate en promethazine. Deze H1-receptorantagonsten hebben ook een anticholinerg effect dat het meest aanwezig is bij promethazine. Doordat ze de bloed-hersenbarrière kruisen, zijn ze bruikbaar voor vestibulaire vertigo(1) maar is er meer risico op anticholinerge bijwerkingen zoals sedatie, monddroogte en droogheid van de ogen, accommodatiestoornissen, urineretentie,enz.

1c Medicatie zoals antidepressiva (oa. amitriptylinehydrochloride) en benzodiazepines (oa. alprazolam) kunnen helpen bij patiënten met ondraaglijke tinnitus, maar kennen echter de nodige bijwerkingen. Zij kunnen enkel gebruikt worden als niet medicamenteuze behandelingen en adviezen onvoldoende soelaas bieden en de invaliderende tinnitus aanhoudt.

1d Plots gehoorverlies wordt behandeld met corticosteroïden (oraal of intratympaan) in hoge dosissen. Voor intratympaan gebruik, komen twee producten (corticosteroïden of gentamicine) in aanmerking bij patiënten met de ziekte van Ménière. Afhankelijk van de symptomen die op het moment van een aanval op de voorgrond staan, worden intratympane corticosteroïden meer gebruikt bij een plots opgetreden gehoorverlies. Intratympane gentamicine injecties worden eerder gebruikt bij de behandeling van ondraaglijke draaiduizeligheid

Nota 4: Voor plots gehoorverlies worden zeer hoge dosissen corticosteroïden gebruikt. De literatuur is niet eenduidig over dosering en duur van de behandeling van orale corticosteroïden in de praktijk. De Duodecim richtlijn van plots gehoorverlies geeft een aanbeveling van 60mg prednisolone per dag gedurende een week. De behandeling dient individueel overwogen te worden, rekening houden met het bijwerkingenprofiel. Meer onderzocht is het gebruik van intratympane corticosteroïden, echter is dit niet toepasbaar in de huisartsenpraktijk.

Nota 5: Hyperbare zuurstoftherapie heeft enkel een plaats voor plots gehoorverlies door geluid- of druk geïnduceerd trauma.

3.1.3.Basis voor de aanbeveling

1a De aanbeveling geformuleerd in de Duodecimrichtlijn rond de symptomatische behandeling van vertigo bij de ziekte van Ménière, werd tegen gesproken door een grote recente RCT ('BEMED trail') door Adrion et al. (2016). De Cochrane review van James et al. (2001) (2) waarop de aanbeveling van de BMJ 2014 richtlijn is gebaseerd, kon eveneens geen evidentie aantonen voor het gebruik van betahistine. In de Folia Farmacotherapeutica van maart 2009 werd er toen al gerefereerd naar het ontbreken van kwalitatief onderzoek.

1b De aanbeveling is gebaseerd op de richtlijn van BMJ 2014. Het gebruik van de sederende H1-antihistaminica wordt eveneens ondersteund door de Folia Pharmacotherapeutica van mei 2011.

1c De basis voor de aanbeveling komt uit de richtlijn van BMJ 2014 die steunt op de clinical trail van Johnson RM, Brummett R, Schleuning A. Use of alprazolam for relief of tinnitus. A double-blind study. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;119:842-845

1d De evidentie is gebaseerd op de richtlijn van BMJ 2014. De auteurs van deze richtlijn steunen voor de aanbeveling op evidentie uit Silverstein H, Isaacson JE, Olds MJ, et al. Dexamethasone inner

ear perfusion for the treatment of Meniere's disease: a prospective, randomized, double-blind, crossover trial. Am J Otol. 1998;19:196-201"

3.2. Klinische vraag 2: Welke niet-medicamenteuze therapie/adviezen kunnen aan de patiënt gegeven worden met de ziekte van Ménière?

3.2.1. Kernboodschap

2a Ter preventie van een aanval bij de ziekte van Ménière, suggereren wij zoutintake te beperken, alcohol- en cafeïneconsumptie te verminderen, rookstop en stress reductie toe te passen. (GRADE 2C) 2b Voor de symptoom controle van tinnitus suggereren wij het gebruik van hulpmiddelen en apparaten (bijvoorbeeld tinnitus maskers) (GRADE 2C) 2c Voor gehoorverlies ontstaan door de ziekte van Ménière suggereren wij het gebruik van hoorapparaten. (GRADE 2C)

3.2.2. Toelichting tot de aanbeveling

Preventief:

2a

- Er wordt aangeraden om zout intake te beperken tot <1500 a 2000mg/dag. Op die manier wordt gedacht dat men een zout gerelateerde waterretentie en een herverdeling in het endolymfatische systeem kan verhinderen. Hoewel er geen RCT's bestaan om de voordelen van een zoutarm dieet te documenteren voor de behandeling van de Ziekte van Ménière, rapporteren patiënten vaak een exacerbatie van hun symptomen of zelfs een aanval na een zoute maaltijd.

Nota 6: De zoutintake beperken tot 1,5g is quasi zoutloos eten. Er is echter weinig evidentie voor een zoutloos dieet bij de ziekte van Ménière. Er dient meer onderzoek te gebeuren om deze aanbeveling te onderbouwen.

- Beperkte cafeïne-intake, verminderen van alcoholconsumptie, rookstop, aanpak van stress en een regelmatige levensstijl zijn aan te raden, gezien deze een aanval kunnen uitlokken.

Nota 7: De ziekte van Ménière vraagt een aanpassing van levensstijl. Patiënten ervaren meer risico op een aanval bij episodes van stress, vermoeidheid, psychische stress, ziekte, *enz… Degelijk* onderbouwd onderzoek ontbreekt hier.

Symptoom specifiek

2b Patiënten met ernstige, onbehandelbare tinnitus kunnen verlichting ervaren van hun klacht met een aantal hulpmiddelen zoals tinnitus maskers, tinnitus retraining therapie, verschillende vormen therapie die op geluid gebaseerd zijn zoals neuromonics phase-shift tinnitus reduction, hoorapparaten, en biofeedback.

Nota 8: Tinnitus maskers worden gebruikt voor de aandacht van het oorsuizen af te leiden met een ander geluid. Dit kan op twee manieren waarbij er ofwel wordt gekozen om de tinnitus te overstemmen (volledige maskering) ofwel het tinnitus geluid te laten interfereren met een maskeergeluid.

2c Het gebruik van volledig digitale hoorapparaten met variabele digitale aanpasbare circuits, moeten geëvalueerd worden voor gehoorverlies.

Nota 9: In de jaren veertig van de vorige eeuw ontdekte Utermöhlen dat de duizeligheid bij zijn vrouw (een patiënte met de ziekte van Ménière) afnam als zij een bril droeg met asymmetrische, prismatische glazen. De prismabril werd verder ontwikkeld voor de ziekte van Ménière door de Nederlandse huisarts Dr. Vente. De prismabril wordt voornamelijk in Nederland gebruikt. Andere bronnen en bijgevolg evidentie hierrond ontbreekt.

3.2.3. Basis voor de aanbeveling

2a De adviezen voor patiënten met de ziekte van Ménière zijn gebaseerd op de bestaande Duodecimrichtlijn voor de ziekte van Ménière en richtlijn Meniere's disease (2014, BMJ). De auteurs

baseerden hun aanbeveling op de evidentie uit het artikel van Colletti V. Medical treatment in Meniere's disease: avoiding vestibular neurectomy and facilitating postoperative compensation. Acta Otolaryngol Suppl. 2000;544:27-33."

2b De basis van de aanbeveling komt uit de richtlijn BMJ2014. Die steunt op enkele artikels uit de jaren 90. Deze studies bestudeerden voornamelijk een meetinstrument voor tinnitus behandeling te evalueren namelijk de Tinnitus Handicap Inventory (3, 4).

2c. De evidentie is voornamelijk gebaseerd op de richtlijn BMJ2014. De auteurs baseren zich echter op eerder oudere studies die een meetinstrument ontwikkelden voor het evalueren van het gehoorverlies (5). Anderzijds wordt ook een studie (Valente et al. 2006) aangehaald die de mogelijke problemen onderzoekt voor het aanmeten van een hoortoestel bij Ménière (6).

3.3. Klinische vraag 3: Wanneer verwijzen als huisarts bij een patiënt met kernsymptomen van de ziekte van Ménière?

3.3.1. Kernboodschap

3a Indien een van de onderstaande neurologische of cardiale symptomen bij een patiënt met kernsymptomen (tinnitus, draaiduizeligheid en gehoorverlies) van de ziekte van Ménière voorkomt, bevelen wij aan te verwijzen naar de desbetreffende specialist (GRADE 1B) 3b De diagnose kan vaak pas na follow-up van enkele maanden gesteld worden Een raadpleging door een NKO-arts is ten laatste in dit stadiumaangewezen.

3.3.2. Toelichting tot de aanbeveling

3a De onderzoeker moet overgaan tot een tijdige verwijzing bij:

- Neurologische bevindingen zoals niet eerder bestaande ernstige hoofdpijn, abnormale gang, diplopie of zwakte of paresthesie en vragen een verwijzing naar spoedgevallen, beeldvorming en /of consulatie op korte termijn bij een neuroloog.
- Verwijs naar een NKO-arts voor audiometrie en vestibulaire functie-testen bij terugkerende vertigo, als de episode van duizeligheid langer dan 2 weken duurt of als de symptomen als invaliderend beschouwd worden.

Nota 10: De periode van 2 weken is een richtlijn. Als een episode van draaiduizeligheid langer aanhoudt, wordt aanbevolen te verwijzen naar een NKO-arts ter revaluatie van de diagnose.

- Cardiovasculaire bevindingen zoals palpitaties, verdachte ritmestoornissen, hypotensie, hypertensie, retrosternale pijn, pre-syncope of verminderde inspanningscapaciteit, vragen een ECG, nazicht via spoedgevallen of onmiddellijke verwijzing naar een cardioloog.
- Als de huisarts niet bekend is met posturale manoeuvres zoals voor de behandeling van BPPV, zal men de patiënt verwijzen naar fysiotherapie of een audioloog voor het Epley manoeuvre.
- Een consultatie bij een psycholoog kan zinvol zijn voor patiënten met niet-objectiveerbare bevindingen en mogelijks van psychologische oorsprong.

Nota 11: Alarmsymptomen bij duizeligheid



Figuur 1: Alarmsymptomen

3b De diagnose kan vaak pas na follow-up van enkele maanden gesteld worden Een raadpleging door een NKO-arts is ten laatste in dit stadium aangewezen.
Nota 12: Verwijzing naar een NKO arts voor de werkelijke diagnose van Ménière is noodzakelijk. Indien er een vermoeden is van de diagnose ziekte van Ménière, dient verwezen te worden naar de NKO-arts om diagnostische twijfel weg te nemen.

3.3.3. Basis voor de aanbeveling

3a Bovenstaande informatie werd verkregen uit de richtlijn 'evaluation of vertigo in the adult patiënt' Deze richtlijn gebruikte hiervoor volgende artikels en evidence summaries: Cherian, 2010; Hoffman, Einstadter, & Kroenke, 1999; Lanska, 2013; Lynch, 2002; Smith et al., 2012. Daarnaast werd nog literatuuronderzoek verricht voor deze klinische vraag waaruit geen recente nieuwe informatie kon weerhouden worden.

3b. Deze aanbeveling is gebaseerd op de Duodecimrichtlijn. Echter werd de evidentie waarop de auteurs zich baseerden niet terug gevonden. Daarom werd geen graad van evidentie aan de richtlijn toegekend.

3.4. Klinische vraag 4: Welke patiënteninformatie en begeleiding is beschikbaar voor patiënten met de ziekte van Ménière?

3.4.1. Kernboodschap

4a Wij suggereren gebruik te maken van vestibulaire rehabilitatie training bij aanhoudende instabiliteit tussen de aanvallen (GARDE 2B)
4b Wij suggereren contact op te nemen met lotgenoten in een patiëntenvereniging voor patiënten met de Ziekte van Ménière (GRADE 2B).

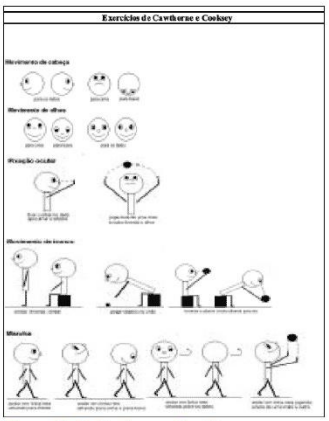
3.4.2. Toelichting tot de aanbeveling

4a Revalidatie en adjustment training worden georganiseerd door publieke en privé-organisaties. Deze vestibulaire en balans rehabilitatie therapie wordt initieel aangeraden voor patiënten die instabiliteit ervaren. De oorspronkelijke doelgroep voor deze vestibulaire rehabilitatie therapie waren patiënten die geen aanvallen van draaiduizeligheid meer vertoonden door destructieve chirurgie of

intratympane gentamicine injecties[1], maar nog hinder ondervonden van een constant instabiliteit gevoel. Studies rapporteren dat patiënten die hun aanvallen gecontroleerd krijgen door medicamenteuze therapie of intratympane corticosteroïd injecties, maar nog last hebben van instabiliteit ook baat kunnen hebben van vestibulaire rehabilitatie therapie.

Nota 13: De rehabilitatietherapie is gebaseerd op oefeningen van Cooksey and Cawthorne. Deze oefeningen werden ontwikkeld in 1940 voor patiënten met unilaterale vestibulaire aandoeningen. De oefeningen zijn eenvoudig door de patiënt zelf uit te voeren. Ze worden gedurende minstens 1 minuut uitgevoerd, meermaals per dag zodat adaptatie kan optreden. De laatste jaren wordt hier veel onderzoek naar gedaan. Recente reviews tonen een gunstig effect op de instabiliteit. De oefeningen geven eveneens meer zelfvertrouwen en een hulp voor coping met de ziekte.

Nota 14: Er bestaan eveneens gespecialiseerde de centra die met een multidisciplinair team van NKO-artsen, kinesisten en psychologen de patiënt ondersteuning kunnen bieden. Deze gespecialiseerde evenwichtsteams vindt men voornamelijk terug in tertiaire centra. Kinesisten kunnen ook vestibulaire oefeningen aanbieden en uitvoeren met de patiënt.



Figuur 2: Oefeningen Cawthorn en Cooksey

4b

Patiëntenorganisaties kunnen adviseren en helpen bij het omgaan met de ziekte.

Nota 15: In Vlaanderen bestaat een patiëntenvereniging voor de Ziekte van Ménière. Ze organiseren voordrachten en contact met lotgenoten via praatgroepen. www.meniere.be , e-mail: meniere.vlaanderen@telenet.be

3.4.3. Basis voor de aanbeveling

4a De aanbeveling is gebaseerd op de richtlijn van BMJ2014 die steunt op de evidentie uit 2 reviews en een artikel rond vestibulaire rehabilitatie. "Hillier SL, Hollohan V. Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(4):CD005397. Abstract. Deze laatste kreeg nog een update in 2015.
Hansson EE. Vestibular rehabilitation: for whom and how? A systematic review. Adv Physiother. 2007;9:106-116.
Gottshall KR, Hoffer ME, Moore RJ, et al. The role of vestibular rehabilitation in the treatment of Meniere's disease. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;133:326-328"

4b Bovenstaande informatie werd verkregen uit de bestaande Duodecimrichtlijn 'de ziekte van Ménière'.

4. Peer review proces

De richtlijn werd voorgelegd aan 2 seminariegroepen van huisartsen in opleiding (HAIO's) en 2 LOK-groepen. Er werd bij deze groepen van gebruikers feedback gevraagd over de duidelijkheid van de inhoud en de toepasbaarheid van de richtlijn in de praktijk. Dit gebeurde aan de hand van een discussie na presentatie van de richtlijn. Alle opmerkingen werden opgelijst in een apart document. Nadien werden ze verwerkt in de geadapteerde richtlijn. De vraag naar bijkomende informatie werd beantwoord in de nota's bij elke klinische vraag.

5. Planning voor update

Bij nieuwe belangrijke evidentie en vijfjaarlijks.

[1] Oud antibioticum dat toxisch is voor het vestibulair en cochleair apparaat

6. Referenties

Zie masterproef '7. Bibliografie'

1. Soto E, Vega R. Neuropharmacology of Vestibular System Disorders. Current Neuropharmacology. 2010;8(1):26-40.
2. James AL, Burton MJ. Betahistine for Meniere's disease or syndrome. The Cochrane database of systematic reviews. 2001(1):CD001873.
3. Newman CW, Sandridge SA, Jacobson GP. Psychometric adequacy of the Tinnitus Handicap Inventory (THI) for evaluating treatment outcome. J Am Acad Audiol. 1998;9(2):153-60.
4. Newman CW, Jacobson GP, Spitzer JB. Development of the Tinnitus Handicap Inventory. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1996;122(2):143-8.
5. Newman CW, Weinstein BE, Jacobson GP, Hug GA. The Hearing Handicap Inventory for Adults: psychometric adequacy and audiometric correlates. Ear Hear. 1990;11(6):430-3.
6. Valente M, Mispagel K, Valente LM, Hullar T. Problems and solutions for fitting amplification to patients with Meniere's disease. J Am Acad Audiol. 2006;17(1):6-15.

7. Lijst van auteurs en belangenvermengingen

Auteurs: Donné Inne en Herrebosch Evelien

Belangenvermenging:

Er werd op geen enkele invloed uitgeoefend op de totstandkoming van de richtlijn.

8.5.Folder

Wat is de ziekte van Ménière?

Bij Ménière komt duizeligheid in aanvallen en is deze zeer hinderlijk. Er is dan ook éénzijdig gehoorverlies en/of oorsuizen. Het beloop in de tijd is wisselend: sommige patiënten hebben sporadisch een aanval, anderen één keer per week tot één keer per maand. De frequentie van de aanvallen neemt na jaren in het algemeen af. Aanvankelijk herstelt het gehoorverlies zich na de aanval, later ontstaat blijvend gehoorverlies. Medicatie kan de frequentie van de aanvallen niet verminderen of het gehoorverlies beperken, wel kan medicatie misselijkheid en braken verminderen. Als gevolg van de beschadiging van het evenwichtsorgaan ontstaat er vaak tussen de aanvallen door een gevoel van instabiliteit en duizeligheid, waarvoor de volgende oefeningen geschikt zijn

Uit. NHG Standaard Duizeligheid

Nota's

Oefenpagina

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Deze brochure kwam tot stand in het kader van de MANAMA thesis van Dr. Herrebosch Evelien. De oefeningen zijn gebaseerd op Cawthorn en Cooksey oefeningen voor vertigo. Deze folder werd ontwikkeld op basis van de Nederlandse versie 'balance retraining' van NVVS (Prof Lucy Yardley©) en de folder met 16 evenwichtsoefeningen van dr. Bernard Ars©

Evenwichts-oefeningen

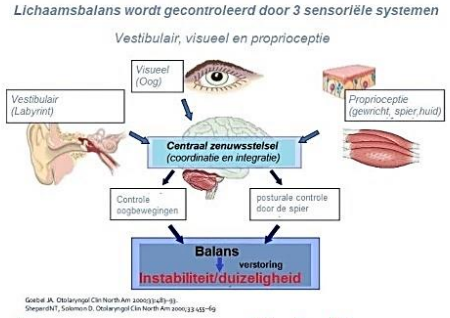


Voor mensen die last hebben van onbalans, evenwichtsstoornissen of duizeligheid bij de ziekte van Ménière.

Om het evenwichtssysteem weer in balans te krijgen, hebben de oefeningen een aanlooptijd van enkele weken nodig. Het betekent vooral hard werk! In het begin kan het lijken dat de duizeligheid erger wordt. Oefening baart kunst
Start met de basisoefeningen, vervolgens kan u het oefenprogramma uitbreiden naar algemene activiteiten. Er worden reeds enkele suggesties gegeven. U kan op de notitie pagina speciale oefeningen noteren gebaseerd op activiteiten die u graag opnieuw zou willen hervatten en omwille van de duizeligheidsklachten bent gestaakt.

Waardoor ben ik duizelig

Uw evenwichtssysteem is gerelateerd aan drie zintuigen. Met uw ogen ziet u waar u bent en waar u heen gaat. Met uw lichaamssensoren voelt u waar u bent en hoe u beweegt en het evenwichtsorgaan in uw binnenoor neemt waar wanneer u uw hoofd beweegt



Algemene activiteiten

Het is belangrijk om eventuele activiteiten weer op te pakken als u deze door de duizeligheidsklachten had opgegeven. Bekijk de onderstaande tips voor het kiezen van een activiteit.

- **Bal vangen:**

Een bal vangen heeft snelle oog-, hoofd- en lichaamsbewegingen. Neem een zachte bal en oefen het omhoog gooien en opvangen. U kunt beginnen in zit, vervolgens staand en lopend.

- **Wandelen:**

5-10minuten dagelijks wandelen is prima. Als dit goed lukt, kan u oefenen op oneffen terrein of de trap of een helling. Oefen geleidelijk het lopen in een druk stadscentrum, door eerst in u straat, vervolgens op een drukke weg, enz.

- **Sport, dansen, yoga:**

Is de duizeligheid al een stuk minder, dan kan sport, dansen, yoga... er verder toe bijdragen uw evenwichtssysteem op normaal niveau te krijgen

Basis Oefeningen



Liggend:
Draai uw hoofd van rechts naar links. Doet dit 10x gedurende 10 seconden. Buig vervolgens voorover en achterover (eveneens 10x). Herhaal na 10 seconden.



Staand:
Spreid de benen. Breng de voeten beetje bij beetje dichter bij elkaar. Voor zover mogelijk probeert u ze tegen elkaar te brengen. Probeer met open ogen, daarna met gesloten ogen.



Steunen op één voet:
Steun afwisselend op de linker- en op de rechtervoet. Herhaal de oefening eerst met en daarna zonder schoenen, met de ogen open en met de ogen gesloten.



Steunen op een zacht oppervlak:
Neem een kussen en ga er op staan. Hou uzelf in evenwicht door met de ogen een bepaald punt te fixeren. Probeer daarna om uw evenwicht te bewaren met de ogen toe.



Zittende houding:
Ga op een stoel zitten. Buig naar voren en raap een voorwerp van de grond op. Kijk voor u uit terwijl u terug rechtop komt.



Controle van het zicht:
Neem een balpen/potlood in elke hand. Strek een arm boven het hoofd en laat de andere langs het lichaam hangen. Beweeg u hoofd telkens naar omhoog en naar beneden zodat u telkens een van beide potloden kunt zien. Strek de armen nu naar opzij en draai het hoofd naar links en rechts om de potloden te kunnen zien



Ga met uw gezicht naar de hoek van de kamer staan. Op de twee muren die de hoek vormen, zijn vooraf twee grote krantenpagina's bevestigd. Draai het hoofd naar links en lees de grote titels in de krant. Doe hetzelfde naar rechts.

Oefenprogramma aanpassen aan herstel stadium:

In het begin zullen de oefeningen u duizelig maken. Wanneer u dit te fel hindert in uw dagelijks functioneren, doe de oefeningen dan wat langzamer, maar sla ze niet over. Alleen door regelmatig te oefenen kunt u uw evenwichtssysteem herstellen.

Nuttige links

- Patiënten vereniging voor Ménière: www.meniere.be, email: meniere.vlaanderen@telenet.be
- Evenwichtscentrum Sint Augustinus Wilrijk: www.neus-keel-oor.be
- www.thuisarts.nl
- www.stichtinghoormij.nl