

Zakkaartje BPPD

1. Wat is BPPD?	2. Anamnese / klachtenpatroon	3. Eerst uitsluiten (alarmsignalen)
• Meest voorkomende oorzaak van draaiduizeligheid (~1 op 5 duizeligheids-patiënten). • Korte aanvallen van échte vertigo / draaiduizeligheid door ‘gruis’ dat losraakt en rondzweeft in een halfcirkelvormig kanaal – meestal het posterieure kanaal. • Benigne: onschuldig, gaat vaak vanzelf over (dagen tot ~1 maand). • Aanvallen worden uitgelokt door hoofdbewegingen.	• Typisch: korte aanvallen (< 1 min) van draaiduizeligheid, uitgelokt door hoofd-bewegingen: omdraaien of gaan liggen in bed, bukken, omhoog kijken. Vaak 's ochtends in bed. • Soms misselijk/braken. Tussen aanvallen klachtenvrij (soms licht onvast gevoel). • Geén gehoorverlies, oorsuizen of continue duizeligheid → denk dan aan een andere diagnose. • Vraag naar valrisico en angst om te vallen.	• Sluit eerst een centrale oorzaak en een behandelbare middenoor-afwijking uit (anamnese + LO). • Geén BPPD – onderzoek verder / verwijs bij: ○ continue of langdurige duizeligheid; ○ neurologische uitval (dubbelzien, spraak-/slikstoornis, krachtsverlies, ataxie); ○ ernstige hoofdpijn; eenzijdig gehoorverlies/oorsuizen (→ Ménière); afwijkende otoscopie.
4. Lichamelijk onderzoek	5. Dix-Hallpike uitvoeren	6. Diagnose & varianten
• Otoscopie – beoordeel het middenoor. • Eventueel nystagmusonderzoek. • Kern: de Dix-Hallpike-kanteltest = gouden standaard voor posterieure BPPD. • Let bij ouderen ook op mobiliteit, bewegings-onzekerheid en valrisico.	• Patiënt zit op de bank; draai het hoofd 45° naar de te testen zijde. • Leg de patiënt snel achterover tot liggend, hoofd iets over rand (nek licht in extensie), ogen open. • Positief: na korte latentie draaiduizeligheid + rotatoire nystagmus die toeneemt en binnen ~60 sec verdwijnt (uitputbaar). • Test beide zijden. Voorzichtig bij neklachten (bv. ernstige RA, cervicale radiculopathie).	• Posterieur kanaal (verreweg meest): Dix-Hallpike positief. • Horizontaal kanaal: typische anamnese maar Dix-Hallpike negatief → supine roll test. • Anterieur kanaal (zeldzaam): downbeat nystagmus bij Dix-Hallpike. • Diagnose is klinisch: anamnese + provocatietest.
7. Differentiaaldiagnose	8. Aanvullend onderzoek	9. Behandeling: Epley (kern)
• Orthostatische hypotensie: licht gevoel in het hoofd, niet draaiend. • Neuritis vestibularis: duizeligheid houdt dagen-weeken aan; evt. bedrust. • Ziekte van Ménière: aanvallen van uren + oorsuizen + eenzijdig gehoorverlies. • Overig: reisziekte, bewegingsonzekerheid (ouderen) en centrale oorzaken (zie alarmsignalen).	• Bij een typische BPPD geen beeldvorming, audiometrie of vestibulaire functietesten nodig. • Alleen overwegen of verwijzen bij: • twijfel over de diagnose of neurologische uitval; • atypische nystagmus; • therapieresistentie of frequent recidief.	• Behandelen voorkeur boven afwachten. • Epleymanoeuvre (of Semont) bij posterieure BPPD: verplaatst het gruis terug. 60-95% klachtenvrij na 1-2 behandelingen; veilig en effectief. • Specifiek voor het aangedane oor. Bijwerking: braken (16-32%). Vergt oefening van de behandelaar. • Geén medicijnen tegen draaiduizeligheid.
10. Zelf oefenen & voorlichting	11. Medicatie & andere kanalen	12. Controle & verwijzen
• Geruststelling is het belangrijkste: hinderlijk maar onschuldig, gaat meestal vanzelf over. • Patiënt kan na instructie de oefening zelf thuis doen, bv. 3x/dag gedurende één week → thuisarts.nl/bppd. • NB: de KNO-richtlijn is terughoudender met zélf uitvoeren; laat de manoeuvre bij voorkeur door een geschoolde behandelaar doen. • Bij twijfel of valrisico: fysiotherapeut.	• Medicatie tégen de duizeligheid: afgeraden – van geen middel is werkzaamheid aangetoond. • Anti-emetica kunnen wél zinvol zijn bij misselijkheid/braken. • Horizontaal kanaal: Gufoni-/barbecuemanoeuvre (door ervaren behandelaar). • Anterieur kanaal of apogeotrope variant → verwijs naar ervaren collega/centrum.	• Herevalueer het effect binnen 1 maand. • Bij falen: is er persisterende/andere BPPD, een co-existente vestibulaire aandoening, of een centrale oorzaak? • Verwijs (KNO/neuroloog) bij: therapieresistentie, atypisch beeld, frequent recidief, horizontaal/anterieur kanaal of alarmsignalen. • Chirurgie (canal plugging) alleen bij zeer ernstige, therapieresistente BPPD.