

Integrale weergave van de lezing van de heer P.E.M. Vente in oktober 2007, georganiseerd door het Fries Centrum voor Doven en Slechthorenden, nu Hoor Friesland.

Hulpmiddelen bij Ménière - de Utermöhlen Prismabril



De heer P.E.M. Vente is arts in Alphen aan den Rijn, gespecialiseerd in de ziekte van Ménière en de Utermöhlen prismabril. Samen met professor dr G. de Wit, kno-arts, deed hij mee aan een onderzoek om het succes van de Utermöhlen prismabril bij Ménière-patiënten te verklaren. Al vijftig jaar wordt ter bestrijding van de duizeligheid bij de Ziekte van Ménière deze bril voorgeschreven. De heer Vente zal het in zijn lezing hebben over de geschiedenis van G. P. Utermöhlen en over de studies die zijn gedaan naar dit onderwerp. Hij vertelt ook over de Utermöhlenprocedure, ofwel hoe het onderzoek in zijn werk gaat.

Beter een bril dan een pil

Dat is niet altijd waar natuurlijk. Er zijn verschillende mogelijkheden voor de behandeling van patiënten met duizeligheidsklachten, en met name voor de patiënten die de ziekte van Ménière hebben. In zijn eerste publicatie in 1941 schreef Utermöhlen over het effect van deze bril, die hij ontwikkeld had. In de jaren daarna zijn er verschillende artsen geweest die deze methode hebben toegepast bij patiënten met de ziekte van Ménière. In deze inleiding komen de volgende punten aan de orde:

- Hoe denkt een huisarts over de klacht duizeligheid/vertigo?
- Een overzicht over behandelingsmogelijkheden
- Historische achtergrond over Utermöhlen
- Uitleg over een onderzoek; data
- Mogelijke uitleg
- Een overzicht van mogelijke behandelingen

Het evenwichtsorgaan is maar een klein deel van ons lichaam met zijn half vormige kanaaltjes. Dat zit in het hardste bot van het lichaam; daar zit mogelijk de oorzaak van de ellende bij de ziekte van Ménière. Ik zeg mogelijk, want na al die jaren van wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak van de ziekte, weten we nog steeds niets met zekerheid.

Het is niet altijd duidelijk wat patiënten verstaan onder duizeligheid. Van licht in het hoofd, wankel in de benen, tot draaisensaties etc. Daarom moet men heel gestructureerd vragen stellen aan de patiënt om erachter te komen welke type duizeligheid hij heeft. In feite is het zo dat van mensen boven de 60 jaar meer dan 60% wel eens of vaker duizeligheid ervaart. Tussen de 25 en 44 jaar zijn het 6 op de 1000 patiënten; is men eenmaal de 75 gepasseerd dan zijn het er maar liefst 34 op de 1000. Naarmate we ouder worden, neemt de kans dus toe. De continue morbiditeitsregistratie (CMR) laat zien dat er 8 per duizend patiënten per jaar bijkomen. Een huisartsenpraktijk ziet bijna 16 patiënten per jaar met duizeligheidsklachten. Dat is niet veel.

Er zijn twee typen duizeligheid. Ten eerste is er draaiduizeligheid, die is aanvalsgewijs. Het andere type is: licht in het hoofd. Vaak komt een patiënt op het spreekuur met de klacht dat hij duizelig is, terwijl hij eigenlijk bedoelt dat hij licht in het hoofd is. Het is continu aanwezig, en verergert bij bepaalde bewegingen zoals bukken. Dat moet je goed uit elkaar houden.

- BPPD is een duizeligheid die in een bepaalde positie ontstaat en die wordt veroorzaakt door losgeraakte kalkfragmentjes in het oor die verkeerd terechtkomen in de vloeistoffen van de halfcirkelvormige kanalen. Hierdoor krijg je bij bepaalde bewegingen een draaiduizeligheidsgevoel.
- De neuritis vestibularis is een ontsteking naar de zenuwbanen, waardoor verkeerde signalen naar de hersenen worden gestuurd; dat gaat na een aantal maanden over.
- Slechts een kleine groep mensen heeft de ziekte van Ménière.
- Hersenbloedingen (CVA); kleine propjes in de hersenen kunnen ook draaiduizeligheid veroorzaken.
- De huisarts moet deze groep onmiddellijk kunnen uitsluiten.

Bij een derde van de patiënten met duizeligheidsklachten kunnen we geen diagnose stellen. De huisarts kan een paar provocatietesten doen in zijn spreekkamer om te kijken of er een beweging te zien is in de ogen (nystagmus, een snelle beweging van de ogen). Dan weet de huisarts dat het mogelijk Ménière is.

Hoe gaan we om met de ziekte van Ménière? In de eerste plaats moeten we inzien dat sommige patiënten erg angstig worden, maar soms ook verdrietig. Er kan een depressie bijkomen, dat moet je goed in de gaten houden. De patiënt heeft vaak veel te hoge verwachtingen van onze technologie. Want de proeven die de kno-arts doet, (ENG, MRI-scan), die geven een beeld maar dat zijn geen therapeutische mogelijkheden. Uiteindelijk zegt de arts: “Ja dit is de ziekte van Ménière, je moet er maar mee leren leven.” Dat moeten we eigenlijk zien te voorkomen.

Wat heeft de patiënt nodig?

In de eerste plaats een enthousiaste arts die zijn klachten echt serieus neemt. Er moet natuurlijk een goed onderzoek gedaan worden. In de eerste plaats om de klachten, de duizeligheidsklachten te verlichten, en de nazorg, om te kijken of de patiënt minder angstig wordt. En een duidelijke uitleg over hoe het ziektebeeld in elkaar zit. Dat is de helft van de therapie. Als je uitlegt hoe het in elkaar zit en wat er allemaal gebeurt, heeft de patiënt in elk geval vrede, en heeft hij in ieder geval duidelijkheid. En u moet als patiënt aardig tegen uw huisarts zijn, maar wel veel vragen stellen. Laat de huisarts u de pathologie goed uitleggen.

Er is vooral een goede diagnose, een zorgvuldige anamnese nodig. Hoe is het gebeurd? Wanneer was de eerste keer? Hoe lang duurt het? Heb je al drie of meer aanvallen gehad? Pas bij de derde aanval gaat de huisarts een beleid voeren. Dat is natuurlijk wel erg vervelend voor de patiënt, want de eerste keer denkt hij dat hij dood gaat.

Maar geruststelling is dan op zijn plaats. Er zijn andere klachten die rondom de duizeligheid voorkomen, die moet je ook zien te behandelen.

Als een Ménière-patiënt angsten heeft, of boos is, moet ook daar aandacht voor zijn. Dat hoeft niet altijd medicamenteus, het kan ook met psychotherapie of een maatschappelijk werker met ervaring op dit gebied.

Wat kan de huisarts doen?

Er zijn verschillende protocollen. In de eerste plaats is er de 'step care'. Dat betekent dat we eerst alles goed bekijken en aan de patiënt uitleggen wat er aan de hand is, en vervolgens de restfuncties optimaliseren. Dus de ogen, het gehoor, het lopen, de schoenen, alles wat goed functioneert ga je beter behandelen en benutten. Je gaat ook preventieve maatregelen nemen. Wanneer krijgt de patiënt de aanvallen? Wat zijn de triggers? De huisarts kan oefentherapie geven, en er zijn natuurlijk medicijnen. Maar daarmee moet je voorzichtig zijn, want de meeste medicamenten zijn onderdrukkers van de duizeligheid. En de patiënt heeft alertheid nodig om op tijd signalen te herkennen en de rem erop te zetten. Er zijn oefeningen die vaak toegepast worden: de Brandt-Daroff oefeningen. Fysiotherapie speelt een belangrijke rol bij het verbeteren van de restfuncties. Het duizeligheidscentrum is een aanwinst, daar is alles aanwezig om een behandeling toe te passen, inclusief fysiotherapie. Als de huisarts er niet uit komt zal de kno-arts eerst, door middel van een aantal lastige testjes, bevestigd willen zien dat het de ziekte van Ménière is. Daarnaast wordt de medicatie eventueel aangepast. Hij kan ook besluiten de Utermöhlen prismabril te laten aanpassen door een specialist. Als dat niet helpt is er nog de chemische labyrintdestructie (Gentamicine-therapie). Hierbij wordt het evenwichtsorgaan platgelegd door middel van inspuiting in het evenwichtsorgaan, via het oor, met een antibioticum dat schadelijk is voor het evenwichtsorgaan. Zo worden er - ook geen verkeerde - signalen naar de hersenen gestuurd. Meestal pas je dit toe, als de andere therapieën niet geholpen hebben (resistent). Dan is er nog de mogelijkheid van een operatie. Er zijn twee mogelijkheden: een operatie van het evenwichtsorgaan, of het doorsnijden van de zenuwbaan, maar dat wordt in Nederland niet meer toegepast.

Uiteraard moeten de restfuncties, zoals het gezichtsvermogen, worden geoptimaliseerd:

- Een patiënt met actieve duizeligheid moet niet met een 'varilux'-bril rondlopen, want het kijken en lopen door de onderkant van de bril maakt alles krom en wazig en dat maakt de patiënt nog onstabiel.
- Voldoende verlichting is ook belangrijk. Als een patiënt neiging heeft tot duizeligheidsklachten, moet je ervoor zorgen dat vooral 's nachts als hij naar het toilet gaat, alle lichten aan zijn. Hij moet zich goed kunnen oriënteren.
- Zorg voor een goed gehoorapparaat, want kunnen bepalen waar het geluid vandaan komt is ook belangrijk.
- Schoenen en hulpmiddelen. Soms moet je in het begin een wandelstok gebruiken. Een goede oefening is trouwens Nordic Walking.

Wat wel gezegd wordt is: 'Je moet er maar mee leren leven'. Dat is geen therapie. Wel is het zo dat op één of andere manier de patiënt er mee moet leren omgaan, maar hij heeft de dokter nodig om samen te kijken hoe hij dit moet doen. Dus het is van belang dat de dokter een partner is van de patiënt, dat hij hardop mee nadenkt hoe hij het beste kan helpen.

Onderzoek

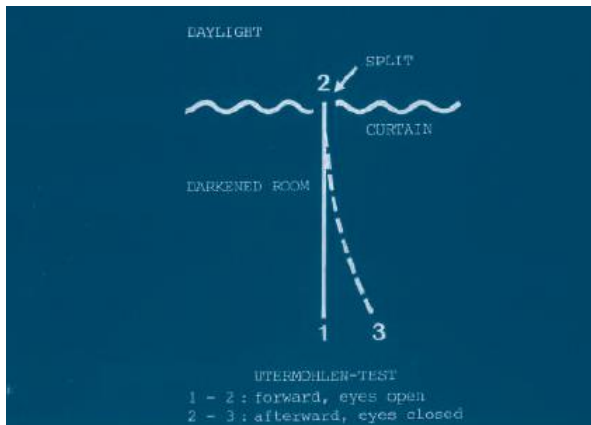
Ons onderzoek behelst het effect van de Utermöhlen prismabril bij patiënten met de ziekte van Ménière. Waarom zijn wij aan deze studie begonnen? Een behandeling van duizeligheidsklachten via een bril is voor een vestibuloog niet altijd begrijpelijk. De kno-arts kan geen brillen voorschrijven. Een oogarts wil liever niets te maken hebben met duizeligheidspatiënten, omdat dat buiten de ogen valt. En laten we eerlijk zijn, patiënten met duizeligheidsklachten zijn lastige patiënten, omdat ze weinig therapeutische mogelijkheden hebben. We betrokken ook TNO Soesterberg erbij, omdat zij ervaring hebben met ruimtevaart en astronauten, en onderzoek doen naar evenwicht en oriëntatie. Dat was een mooi team, zij konden ook de gegevens van het onderzoek interpreteren (statistiek). Het onderzoek heeft 18 maanden geduurd.

Wat waren de resultaten van de behandeling?

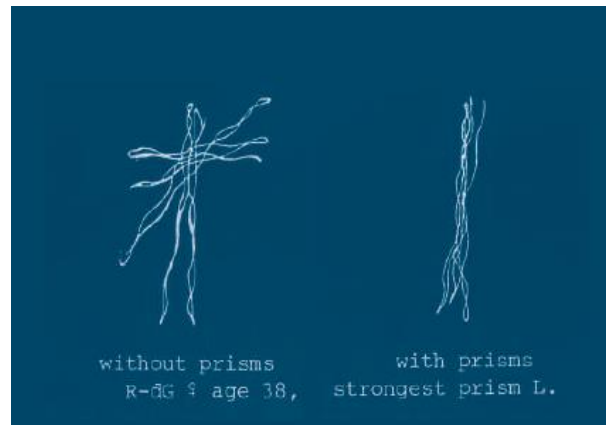
90% van de patiënten had een of andere vorm van verbetering, waarvan 60% bijna vrij was van aanvallen van draaiduizeligheid. Dit had helaas geen betrekking op het gehoor en het oorsuizen, dat kon niet worden verbeterd. Maar de meeste patiënten konden wel zeggen dat wanneer ze geen aanvallen kregen, het oorsuizen en het gehoor stabiel - slecht maar stabiel - bleven.

De geschiedenis van Utermöhlen

G.P. Utermöhlen werd in 1873 geboren. Hij promoveerde in 1902 op een oogheelkundig thema, later dat jaar heeft hij in het Koninklijk Nederlands Indisch Leger onderzoek gedaan. Voor betoonde moed tijdens een expeditie is hij geridderd tot 4e Klasse Militaire Willemsorde. Dat is de hoogste militaire orde die je in Nederland kunt krijgen. En hij heeft later daar een school opgezet voor artsen (STOVIA). Nadat hij in Nederland was teruggekeerd, zette hij zijn praktijk voort in Amsterdam. Zijn vrouw kreeg de ziekte van Ménière en merkte dat de aanvallen van draaiduizeligheid door een bepaalde prismabril tegengehouden kon worden. Toen dacht hij, ik heb zoveel Ménière-patiënten, laat ik daar onderzoek naar doen.



Afbeelding 1



Afbeelding 2

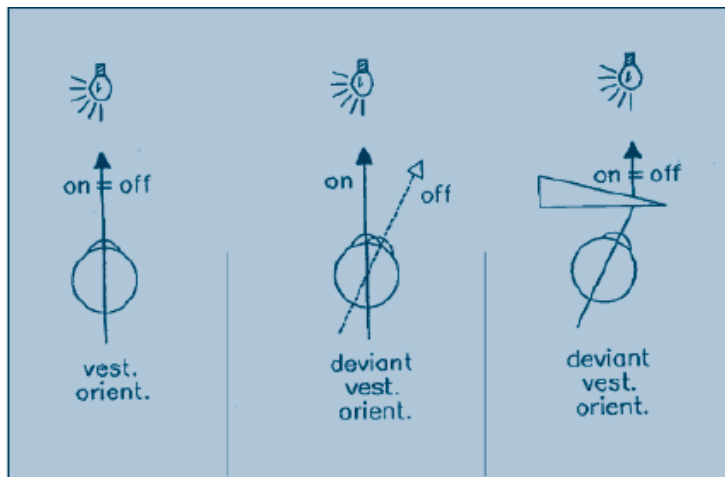
In 1941 verscheen zijn eerste publicatie, over 102 patiënten met de ziekte van Ménière in het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde. Utermöhlen had in Amsterdam een groot herenpand; hij liet de patiënten naar een spleet tussen de gordijnen lopen. Daarna moesten ze de ogen dichtdoen en naar achteren lopen. Patiënten die de ziekte aan één kant hadden, liepen niet recht naar achteren (afbeelding 1). Het is belangrijk dat er een heel precieze 'refractie' plaatsvindt: door een bepaalde methode de juiste sterkte van de glazen vaststellen. Vervolgens wordt het prisma van de glazen aangepast, een proef die we daarna met professor De Wit hebben genoemd: de Extended Utermöhlen Test. (EUT). (afbeelding 2) Een patiënt die een evenwichtsorgaan heeft dat aangedaan is, in het geval van deze patiënt de linker, kijkt naar een speciaal licht om een nabeeld te creëren, en begint zijn loop naar achteren, vervolgens loopt hij naar voren en hij blijft heen en weer lopen. Zo tekent hij op de grond een sterrenloop. Dit gebeurt met de ogen gesloten. Het nabeeld dat de patiënt heeft, stuurt hem naar de verkeerde kant. Afbeelding 2 laat een patiënt zien voor- en nadat we de juiste prisma's hadden gevonden. Meestal duren de onderzoeken van de ziekte van Ménière zes tot acht maanden, dit onderzoek duurde echter gemiddeld achttien maanden. Het onderzoek werd uitgevoerd met als uitgangspunten:

1. Het inschatten van de (lange termijn) waarde van deze behandeling in een cohortstudie, met behulp van een 'zelf report enquête' van de patiënt (de patiënt moest zelf aangeven wat verslechterd en wat verbeterd was).
2. Trachten de resultaten te correleren van deze 'zelf report enquête' met een bepaald visueel en oculomotorisch (dis)functioneren van deze patiënten.

We hebben 384 patiënten geïnccludeerd in het onderzoek, waarbij de diagnose Ménière unilateraal, dus eenzijdig, was gesteld door een kno-arts vóór het voorschrijven van de Uthermöhlen Prisma bril. De patiënten die niet mochten meedoen waren diegenen die de ziekte van Ménière langer dan vier jaar hadden; die een operatie voor de duizeligheid hadden ondergaan; patiënten die de zelfenquête verkeerd ingevuld hadden. Zo bleven er uiteindelijk 384 patiënten over. Een van de meest interessante groepen patiënten in Nederland. Bij de zelfscore moesten de patiënten met een cijfer aangeven of er wel of geen verbetering was. Was er weinig of geen verbetering dan kwam hij bij groep één terecht. Had hij ongetwijfeld verbetering maar met een incidentele aanval met braken dan was dat groep twee. Tot groep drie behoorden de gevallen waarbij de aanvallen zeldzaam waren, die korter dan een minuut duurden, zonder braken, waarbij de medicatie was gestaakt. Groep vier: langer dan achttien maanden geheel aanvalsvrij en geen gebruik van medicatie. De score van twee en hoger werd beschouwd als verbetering. Groep één dus niet. Er waren twee zaken in het onderzoek die voorspelden of er een goede kans op succes zou zijn. In de eerste plaats het vergentieverval (hoe groter het verschil, hoe groter het succes van de behandeling).

Daarnaast hadden we twee groepen patiënten met een bepaalde afwijking. In de eerste plaats 86% van de patiënten liep naar de kant van het aangedane labirint. Dus een patiënt met het linker aangedane evenwichtsorgaan liep achterwaarts naar links. Maar er waren ook patiënten die links de ziekte hadden en die naar de andere kant toeliepen. Daar gaan we hier verder niet op in. Waar we wel achter zijn gekomen is dat wat Uthermöhlen beschreef, wel degelijk helpt tegen duizeligheidsklachten. We merkten ook dat er een bijna onmiddellijk en langdurig effect is. Een belangrijke discussie is placebo. Het Placebo-effect is het niet specifieke effect of het verwachtingseffect, een (soms onverwacht) positief effect dat te zien is bij het toedienen van een niet actieve stof op het zelfgenezend vermogen. Het placebo-effect wordt naar men aanneemt veroorzaakt door het vertrouwen, geloof, hoop, en verwachting die (onbewust) gesuggereerd worden door 1) de behandelaar en 2) het geconsulteerd worden voor een klacht en voorbeelden. Men geeft een placebo aan een nietsvermoedende patiënt die denkt aspirine te krijgen (en verwacht dat deze zal werken). In veel gevallen wordt geconstateerd dat de (hoofdpijn)klachten dan evenzeer verdwijnen als bij die patiënt die een echte aspirine kreeg. We weten niet wat de mechanismen zijn. Dus je moet er altijd rekening mee houden dat je mogelijk een placebo-effect bereikt. Zelfs als het placebo-effect wordt meegewogen, blijkt de prismatherapie de meer drastische methoden te kunnen evenaren.

De werking van de Utermöhlen prismabril



Afbeelding 3

Met de ogen open wordt vooruit naar de lichtbron gekeken. Op het moment dat de patiënt zijn ogen dicht doet, draait het oog naar een bepaalde richting toe, dat gebeurt bij iedereen. Als u uw ogen dichtdoet, dan gaan uw ogen een beetje uit elkaar. Maar bij iemand met de ziekte van Ménière draait het ene oog meer naar buiten dan het andere. Op het moment dat de ogen opengaan, moet het oog weer terugspringen naar het fixatiepunt en die beweging maakt de patiënt duizelig. Utermöhlen bedacht dat het oog zo wil staan ten opzichte van de impulsen van het evenwichtsorgaan. Door het gebruik van een prismabril wordt dit gecorrigeerd.

Conclusie

De prismaglazzen zoals die oorspronkelijk werden voorgeschreven volgens Utermöhlen bestrijden wel vertigoklachten. Het is zeker de moeite waard om verder onderzoek te doen over het effect van deze prismabril. Vooral omdat het een goedkope manier is. Niet medicamenteus, en het zou zeker toegepast moeten worden voordat de kno-arts besluit tot chemische of chirurgische interventie van het evenwichtsorgaan. Ik ben professor De Wit dankbaar voor alles wat hij heeft gedaan tijdens het onderzoek. Hij is degene die het onderzoek heeft geïndiceerd en gestimuleerd. Dankzij hem en dokter B.P.Visser in het dorpje Noorden, zijn er vele patiënten geholpen.

Literatuur:

1. G.P. Utermohlen (1941). Het prisma-effect bij de ziekte van Ménière. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 85: 1183 -1188 (in Dutch).
2. G. de Wit; B.P.Visser (1988).The 'Marche-en-Etoile' revised.The influence of after-images and prism-glasses on starwalks. Acta Otolaryngology 105: 553 - 557.
3. P.E.M.Vente; J.E. Bos; M.P.M. ten Tusscher; G. de Wit; Prism-glasses alleviate vertigo in Ménière's disease patients. Ménière's Disease TNO Human Factors Research Institute, Soesterberg. Univ. Hosp. Maastricht, The Netherlands. Edited by: O. Sterkers, E. Ferrary, R. Dauman, J.P. Sauvage and P. Tran Ba Huy - ISBN: 9062991785. Pp 739-742

Vragen en opmerkingen uit het publiek naar aanleiding van de lezing.

Vraag 1:

Als je alleen last hebt van draaiduizeligheid, en er is misschien geen sprake van de ziekte van Ménière, is de bril dan ook nuttig?

Dhr. Vente:

Er zijn verschillende oorzaken voor draaiduizeligheid. Als je duizelig wordt door een stofwisselingsziekte, dan helpt de bril niet. Maar als de duizeligheidsklachten echt te maken hebben met het evenwichtsorgaan, dan helpt de bril voor de stabilisatie van het lichaam voor een deel wel. Ik moet zeggen dat de prismabril volgens de Utermöhlen-methode voor de ziekte van Ménière, unilateraal, dus aan één kant, een wondermiddel is. Wanneer het tweezijdig is, dan is het effect minder spectaculair, maar je moet niet vergeten dat het evenwichtsstelsel bestaat uit drie zintuigen. Als je staat en je leunt op het ene been meer dan op het andere, dan staat de ene spier meer gespannen dan de andere. Dat gaat allemaal via het ruggenmerg naar de hersenstam (proprioceptie). Dan heb je het evenwichtsorgaan, dat geeft informatie over de verplaatsing van het lichaam. En dan hebben we nog de ogen, dat zijn onze stabilisatoren van oriëntatie. De bril kan helpen tegen duizeligheid, of instabiliteit bij het lopen, ook als het niet de ziekte van Ménière is. Dus ja, het kan ook voor andere doelen waar evenwichtsstoornis of instabiliteit een rol spelen.

Vraag 2:

Ik ben benieuwd wat het effect is van de prismabril bij een tweezijdige aandoening.

Dhr. Vente:

Dat is heel zeldzaam. Het is bijna nooit zo dat het aan beide kanten tegelijkertijd gebeurt. Meestal begint het bij één evenwichtsorgaan, dat zwakt af, en stabiliseert een beetje. Als één evenwichtsorgaan zwakker is, en jaren later verzwakt het andere evenwichtsorgaan, dan begint de duizeligheid opnieuw, maar nu naar de andere kant. Daar is het effect van de prismabril niet goed op onderzocht.

Vraag 3:

U sprak over opticiens die ook bezig zijn met prismabrillen, maar in hoeverre wijken die brillen van elkaar af?

Dhr. Vente:

Het is niet de bril die afwijkt, het is de methode waarop je het onderzoek doet. Als er sprake is van een prisma-afwijking, dan moet er altijd een arts aan te pas komen om te kijken of er niet sprake is van een andere ziekte. Dus ik heb mijn reserves als opticiens zelf gaan voorschrijven. Ik vind dat een opticien wel mag signaleren dat er een afwijking is en doorsturen naar een specialist. Onze bedenkingen houden verband met het feit dat de prismabril wel degelijk schadelijk kan zijn. Als je een tolerantie bepaalt, en de tolerantie wordt niet in acht genomen, dan kun je het systeem als het ware zo verwennen, dat je elke keer meer prisma's nodig hebt om hetzelfde effect te creëren. Uiteindelijk zegt de patiënt: het heeft toch niet geholpen, en vervolgens moeten de ogen geopereerd worden (rechtgezet) omdat de spieren lui geworden zijn. Dat is helaas de slechte naam die de prismabril heeft, omdat in de jaren 60 en 70 heel veel opticiens verkeerd geëxperimenteerd

hebben met de prismabril. Dus oogartsen worden heel boos als de patiënt bij hen aankomt en zegt: ik heb een prismabril maar het helpt niet.

Vraag 4:

Kan een prismabril uitgerust worden met multifocale glazen, en als dat niet kan, moet je dan twee brillen dragen?

Dhr. Vente:

Ja, de prisma's kunnen ingeslepen worden in een multifocaal glas. De opticien maakt een verschuiving van het leesdeel, waardoor je kunstmatig een prisma creëert. Maar ik adviseer om geen multifocale bril dragen als je de ziekte van Ménière hebt. De patiënt heeft oriëntatie nodig, stoepjes en randjes moet hij scherp kunnen zien om de afstand te schatten.

Vraag 5:

Kan de prismabril in contactlenzen?

Dhr. Vente:

Dat kan niet. Een contactlens is een lensje dat drijft en draait op het hoornvlies, en de prisma is een beetje dikker aan één kant en dunner aan de andere kant. Als hij gaat draaien heeft hij het effect van de prisma niet. Dus het kan niet in contactlenzen.

Vraag 6:

Hoe lang duurt het voor je aan de bril gewend bent?

Dhr. Vente:

De een zet hem in de winkel op, en zegt: dit had ik eerder moeten hebben. De ander is over een maand nog onzeker en kan niet goed wennen. In een enkel geval neemt de duizeligheid eerst even toe omdat het evenwichtsorgaan tijdelijk onrustig wordt. Na drie maanden moet het positieve effect merkbaar zijn. Soms is er een complicerende factor die de aanpassing belemmert, zoals medicijngebruik of ooroperaties die de adaptatie verminderen. De ziekte is een dynamisch proces en na verloop van tijd kunnen de omstandigheden wijzigen. Daarom is het raadzaam om de twee jaar een nieuw consult aan te vragen voor een controle. Er is nog iets wat ik over de bril wil vertellen. De bril is voorgeschreven voor de verrichtingen die de patiënt voor 80% doet. Is hij vrachtwagenchauffeur, dan wordt de bril aangepast voor in de verte kijken, maar voor administratiewerk en binnen is de bril dan niet optimaal. Voor de meeste patiënten is het voor midden en korte afstand. De klacht is dan vaak dat ze in het begin in de verte wat wazig zien. Dat heeft ook te maken met moeheid, en of de patiënt goed kan accommoderen of niet.

Vraag 7

Hoe kom je aan een prismabril? Gaat het via de huisdokter, of doe je dat zelf. Hoe wordt dat geregeld?

Dhr. Vente:

Steeds meer kno-artsen sturen de patiënten naar de specialisten. Er zijn in Nederland drie specialisten die dit doen. De huisartsen zijn nog niet altijd voldoende ingelicht. Wij publiceren zo nu en dan in wetenschappelijke bladen die bij de huisarts en kno-arts terecht zouden moeten komen. De grootste groep patiënten komt bij ons door verwijzing van een huisarts die er eerder ervaring

mee heeft gehad, of de patiënt gaat zelf op zoek. Hij praat met de kno-arts, of met een lotgenoot. Ook via internet komen veel patiënten bij ons.

Reactie uit het publiek:

Onze kinderen vonden gegevens op internet. Er zijn drie artsen in Nederland, de dichtstbijzijnde was in Havelte. Mijn man heeft de ziekte van Ménière sinds 1 oktober 2006, en het werd steeds erger, en toen ontdekten we dat adres. Onze huisarts stond er niet positief tegenover, maar we hebben het wel gedaan. Mijn man heeft er 100% baat bij en is de wereld te rijk. Hij kon niet meer autorijden, niet meer fietsen, heel slecht buiten lopen, want hij moest zich overal vasthouden en hij had twee keer in de week een aanval en lag dan de hele dag op bed.

Vraag 8:

Kun je de bril bij iedere opticien gewoon bestellen?

Dhr. Vente:

Inderdaad. Na het onderzoek krijgen onze patiënten een recept voor een bril mee en daarmee gaan ze naar hun eigen opticien, die moet het uitvoeren zoals dat op het recept staat. Als de opticien iets anders vindt, of twijfelt, dan moet hij even terugbellen. Hij mag het recept niet zomaar aanpassen. De opticiens in Nederland kennen het fenomeen Utermöhlen prismabril over het algemeen goed, die komen niet aan het recept, zij voeren het uit zoals het voorgeschreven is.

Vraag 9:

Helpt de UP bril altijd bij Ménière-patiënten?

Dhr. Vente:

Nee. Bij het laatste onderzoek waarbij Ménière-patiënten met een eenzijdige aandoening en die de ziekte niet langer dan vier jaar hadden betrokken waren, was de reductie van aanvallen van duizeligheid 86%. Bij het eerder genoemde onderzoek heeft 14% van de patiënten geen baat gehad. Men moet zich wel realiseren dat de bril geen invloed heeft op de slechthorendheid en de tinnitus. Echter, veel patiënten die een reductie aan aanvallen hebben, melden dat de slechthorendheid en de oorsuizing niet verergeren.

Vraag 10:

Welke andere klachten kunnen baat hebben bij de UP bril?

Dhr. Vente:

G. P. Utermöhlen beschreef in 1941 de eerste groep: 112 patiënten met de ziekte van Ménière, die baat hebben bij de UP-bril. Later zijn er nog een paar indicaties bij gekomen. Patiënten die een kopstaartbotsing (whiplash) meegemaakt hebben ervaren later een vertraging in hun capaciteit om bewegende beelden te volgen (oscillopsie). Deze bril verbetert de oogvolgbeweging en het uithoudingsvermogen waardoor de klachten afnemen. Ook patiënten met migraine met aura hebben baat om de visuele triggers te doen verminderen. Enkele kinderen met een onrijpe oogvolgbeweging bij lezen (onder andere dyslexie) kunnen er ook baat bij hebben.

Vraag 11:

Wat zijn de kosten en wordt het vergoed?

Dhr. Vente:

Voor de consulten met een arts van de Utermöhlen werkgroep wordt meestal een uur in de agenda gereserveerd. Elke arts hanteert een eigen tarief, waarover u geïnformeerd wordt in het eerste contact.

Zorgverzekeraars onderschrijven in toenemende mate de gunstige effecten van een Utermöhlen prismabril. Dit heeft echter nog niet geleid tot vergoeding binnen de basisverzekering. Wel is vaak een vergoeding opgenomen in een aanvullende verzekering tot een maximum per kalenderjaar. Dit is per verzekeraar en soort verzekering verschillend geregeld. Het is daarom goed om van tevoren met de eigen zorgverzekeraar te overleggen.

Werkwijze

Er wordt een telefonisch intakegesprek gedaan door de assistente om zeker te weten dat het onderzoek zin heeft. Vervolgens wordt er een bevestigingsbrief gestuurd met een vragenlijst en instructies. Deze vragenlijst moet meegebracht worden bij het eerste consult. In de meeste gevallen wordt er een brilvoorschrift meegegeven, waarmee de patiënt naar de opticien kan gaan om de bril te laten uitvoeren. In het algemeen worden de prisma's erbij gerekend door de opticien, die in het algemeen 20 euro extra rekent. De normale bril met het montuur is het kostbare deel en varieert per opticien. Sommige verzekeringen hebben afspraken met opticiens voor kortingen. Daarom is het altijd raadzaam om te informeren bij de verzekering welk deel van de onkosten vergoed wordt. Het deel dat niet vergoed wordt zou in aanmerking kunnen komen als aftrekpost van de belasting, afhankelijk van uw inkomen.

Vraag 12:

Wanneer dat prisma eenmaal is vastgesteld, verandert dat later dan? Of blijft het steeds op het vaste punt staan?

Dhr. Vente:

Als de patiënt aanvalsvrij is, na ongeveer drie jaar, dan proberen we de prisma's af te bouwen. Zodat de patiënt uiteindelijk zonder prismabril verder het leven door kan gaan. Dus de bedoeling is dat we hem onafhankelijk maken van de praktijk.

Vraag 13:

Het gaat dus weer over?

Dhr. Vente:

Uiteindelijk dooft de ziekte uit. De grootste groep patiënten heeft na vijf tot zeven jaar duidelijk minder aanvallen. Ook als er niks aan gedaan is.

Albertsje Spliethoff Hoor Friesland