**DİPLOPİ (ÇİFT GÖRME)**

Diplopi (çift görme) gözle ilgili hastalıklar, nörolojik hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar sonucu gelişebilir. Hastanın iki gözünden birisini kapattığında diplopinin düzelmesi “binoküler diplopi” olarak adlandırılır ve bu durum nörolojik hastalıklarla ilişkilidir. Hastanın bir gözünü kapattığı halde diplopisinin devam etmesi “monoküler diplopi” olarak isimlendirilir ve açık kalan gözde oftalmolojik bir bozukluğu gösterir. Binoküler diplopi ile başvuran hastalar Nöroloji doktorlarına, monoküler diplopi ile başvuran hastalar ise Göz doktorlarına yönlendirilmelidir.

Binoküler diplopi göz hareketi bozuklukları sonucu orta çıkar. Anamnezde hastadan olayın başlangıç zamanı, şekli, seyri öğrenilmelidir. Eşlik eden göz ve/veya baş ağrısı, göz kapağında düşme ve diğer nörolojik belirtiler sorgulanmalıdır. Nörolojik muayenede; pitoz, gözde kayma, pupil çapları ve fonksiyonları ile konjuge ve diskonjuge göz hareketleri değerlendirilmelidir.

Binoküler diplopi nedenleri arasında; kas hastalıkları, sinir-kas kavşağı hastalıkları, 3,4 ve 6. Kraniyal sinir felçleri ve beyinsapı lezyonları yer alır.

Herediter kas hastalıkları genellikle yavaş seyirli olduğu ve ekstraoküler kasları simetrik olarak etkilediği için diplopiye neden olmaz. Miyotonik müsküler distrofi, okülofaringeal müsküler distrofi ve kronik progresif eksternal oftalmopleji gibi herediter kas hastalıkları nadir diplopi nedeni olarak karşımıza çıkabilir. Genellikle bu hastalarda diplopiye bilateral simetrik veya asimetrik pitoz eşlik eder. Tiroid oftalmopati de diplopi nedenlerinden biridir. Eşlik eden ekzoftalmi ve göz kapağı retraksiyonu bu hastalığı kolayca ayırt etmemizi sağlar. Orbital miyozit akut başlangıçlı, ekstraoküler kasları tutan ve diplopi yapabilen, ancak ağrının sıklıkla eşlik ettiği inflamatuar bir hastalıktır. Diplopi nedeni olarak nadiren karşımıza çıkar.

Sinir-kas kavşağı hastalıklarından Miyastenia Gravis sık bir diplopi nedenidir. MG hastalarının %80 kadarında hastalığın başlangıcında veya seyrinde diplopi gelişir. Asimetrik ve hatta tek taraflı pitoz diplopiye eşlik edebilir. MG kraniyal sinir felçlerini taklit edebilir. Pupil fonksiyonlarını kesinlikle etkilemez. Tipik klinik seyri ve yatak başı yapılan testler ile tanısı kolaydır.

Okülomotor sinir felci, troklear sinir felci ve abdusens felci de diplopi nedenleridir. Bu kraniyal sinirlerin nükleuslarının veya fasiküllerinin olduğu beyinsapı bölgelerindeki lezyonlarda da diplopi gelişebilir. Beyinsapı lezyonlarında sıklıkla eşlik eden başka nörolojik muayene bulguları da olur. Troklear sinirin anatomik ve yapısal özellikleri farklıdır. En sık troklear sinir felci nedeni kapalı kafa travmalarıdır. Abdusens sinir felci olan hastalarda ise öncelikle intrakraniyel hipertansiyonun dışlanması gerekir.

İlgili derste diplopi, pitoz ve anizokori ile başvuran hastalarda nörolojik muayene ve ayırıcı tanıya yönelik ayrıntılar üzerinde durulmakta ve olgu örnekleri gösterilmektedir.