

Dubbelzien

Dubbelzien (diplopie) is een niet-alledaagse klacht in de huisartsenpraktijk. Het stellen van de diagnose is niet gemakkelijk omdat patiënten andere visusklachten, zoals wazig zien, ook vaak omschrijven als dubbelzien. Bovendien kent diplopie een uitgebreide differentiaaldiagnose, met onder andere vasculaire, myogene, neurogene en infectieuze aandoeningen.

WAT IS HET PROBLEEM?

WAT MOET IK WETEN?

De incidentie en prevalentie van diplopie in de huisartsenpraktijk is onbekend. Uit gegevens van het Transitieproject blijkt dat de diagnose twee tot drie keer per drie jaar wordt gesteld.

Dubbelzien kan fysiologisch zijn. Wanneer je focust op een object dichtbij, zie je het object in de verte dubbel en omgekeerd. De meeste volwassenen hebben geleerd dit verschijnsel te negeren. Diplopie is pathologisch als deze wordt veroorzaakt door lokale afwijkingen aan een oog, uitval van de hersenzenuwen die de oogspieren innervieren of door afwijkingen aan de oogspieren zelf. Er zijn twee vormen: monoclair en binoclair dubbelzien. Monoculaire dubbelbeelden komen weinig voor en zijn vrijwel altijd het gevolg van lokale oogafwijkingen: gestoorde traanfilm, cornea-afwijkingen, ooglensproblemen, irisafwijkingen, glasvochtproblemen en soms retina-afwijkingen. Psychogene oorzaken komen ook voor.

Binoclair dubbelzien ontstaat doordat de oogspieren van beide ogen niet goed samenwerken. Elk oog bevat zes oogspieren die worden geïnnerveerd door drie hersenzenuwen. Uitval van een van die hersenzenuwen leidt tot dubbelbeelden bij kijken in de richting waarin de uitgevallen spier het oog bewoog. Deze uitval kan worden veroorzaakt door vasculaire afwijkingen (met als gevolg ischemie) ten gevolge van atherosclerose, hypertensie, diabetes mellitus en arteriitis (temporalis) of door compressie van de zenuw door schedeltrauma, een aneurysma, tumoren of metastasen of een verhoogde intracranieële druk.

Naast deze neurogene oorzaak kan dubbelzien ook myogeen zijn. Dubbelzien bij (oog)spierziekten komt echter weinig voor. De meest voorkomende aandoeningen zijn orbitopathie bij de ziekte van Graves en myasthenia gravis. Er is dan meestal sprake van intermitterend dubbelzien dat afneemt dan wel toeneemt naarmate de dag vordert. Oog(spier)operaties en strabisme in het verleden kunnen later alsnog myogeen dubbelzien veroorzaken.

WAT MOET IK DOEN?

Een gestructureerde anamnese is het belangrijkste instrument, de waarde van oogheelkundig onderzoek is beperkt. Start met de vraag of de patiënt werkelijk twee afzonderlijke beelden ziet of dat hij iets anders bedoelt, bijvoorbeeld onscherp

of wazig zien, waardoor schaduwbeelden ontstaan. Ga vervolgens na of het dubbelzien sinds het ontstaan is veranderd en of de dubbelbeelden continu of intermitterend zijn. Verbetering (de dubbelbeelden komen dicht bij elkaar te staan) treedt op bij ischemie van een hersenzenuw, verergering bij compressie van een zenuw of orbitopathie bij de ziekte van Graves. Intermitterend dubbelzien wijst op een myogene oorzaak, evenals strabisme en oog(spier)operaties in het verleden.

Laat de patiënt, bij verdenking op fysiologisch dubbelzien, zijn wijsvingers voor zich houden, 30 cm achter elkaar. Wanneer hij naar de achterste vinger kijkt, zal hij de voorste dubbelzien en omgekeerd. Treden dubbelbeelden alleen in deze of vergelijkbare situaties op, dan is het dubbelzien fysiologisch.

Bepaal vervolgens of er sprake is van monoclair of binoclair dubbelzien. Laat de patiënt daarvoor afwisselend één oog afdekken. Monoculaire dubbelbeelden blijven bestaan bij afdekken van het niet-aangedane oog, binoculaire dubbelbeelden verdwijnen. Verricht, in geval van monoclair dubbelzien, een visustest om een refractieafwijking uit te sluiten. Vraag bij binoclair dubbelzien of de dubbelbeelden horizontaal, verticaal of gedraaid ten opzichte van elkaar staan en onderzoek of het dubbelzien toeneemt bij kijken in een bepaalde richting (oogvolgelingen). Niet naar mediaal of caudaal kunnen kijken wordt veroorzaakt door uitval van de nervus trochlearis (innerveert de musculus obliquus superior) en leidt tot gedraaide en verticale dubbelbeelden. Door een laesie van de nervus abducens (musculus rectus lateralis) is naar lateraal kijken niet mogelijk en ontstaat horizontaal dubbelzien. Dubbelbeelden in de overige blikrichtingen duiden op uitval van de nervus oculomotorius (musculus rectus superior, musculus rectus medialis, musculus rectus inferior en musculus obliquus inferior), kunnen horizontaal, verticaal en gedraaid zijn en gaan vaak gepaard met ptosis, pupilverwijding en vertraagde of opgeheven lichtreactie. Let ook op een compensatoire hoofdstand.

Verwijs bij monoclair dubbelzien door een refractieafwijking naar een opticien. Verwijs patiënten zonder refractieafwijking en kinderen jonger dan 10 jaar naar een oogarts. Verwijs bij binoclair dubbelzien met spoed naar een oogarts of neuroloog.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat fysiologisch dubbelzien een normaal verschijnsel is, de patiënt kan dit leren negeren. Vertel verder dat pathologisch dubbelzien wordt veroorzaakt doordat beide ogen niet goed samenwerken of (bij monoclair dubbelzien) door een lokale afwijking aan één oog. Vertel dat voor verder onderzoek naar de oorzaak en behandeling van het dubbelzien verwijzing nodig is. ■

LITERATUUR

- 1 Friedman DI. Pearls: diplopia. *Semin Neurol* 2010;30:54-65.
- 2 Ottar WL. Diplopia: double the fun! Part 1: History taking. *Insight* 1998;23:119-25.
- 3 Ter Berg JW, Samijn JP, Kuks JB. Dubbelzien als symptoom van een ernstige aandoening. *Ned Tijdsch Geneesk* 1998;142:2025-7.