

Abstracts ONO 2

Orthoptik und Neuroophthalmologie

Diagnose und Therapie der kongenitalen Ptosis

Karl Peter Boergen

Die echte, kongenitale Ptosis kann klinisch sicher diagnostiziert werden. Neurologische oder neuroradiologische Zusatzuntersuchungen sind in typischen Fällen nicht erforderlich. Wichtig ist eine Abgrenzung von den verschiedenen Pseudoptosisformen. Der übliche Operationszeitpunkt ist das Vorschulalter. Frühoperationen sind nur selten (z.B. bei ausgeprägter Kopfwangshaltung oder zur Erleichterung der Amblyopietherapie) erforderlich. Das Standardverfahren für die operative Therapie der einfachen kongenitalen Ptosis ist die Levatorresektion. Bei komplizierter Ptosis oder schlechter Levatorfunktion ist allerdings die Frontalissuspension die Methode der Wahl. Auf unvermeidbare Folgen der operativen Therapie (z.B. Zunahme des lid lag, Verschlechterung des Lidschlusses) muss präoperativ hingewiesen werden.

Operationsverfahren beim Kongenitalen Nystagmus (KN)

Helga Thaller-Antlanger

Im Gegensatz zum erworbenen Nystagmus verfügt der kongenitale motorische Defektnystagmus über drei Kompensationsmechanismen (KM):

- Sensorischer KM – Dämpfung eines Nystagmus latens durch Aufnahme von Binokularfunktionen
- Motorischer KM – Dämpfung eines manifest-latenten Nystagmus unter dem klinischen Bild der infantilen Esotropie
- Sensomotorischer KM – Dämpfung eines Nystagmus in einer exzentrischen Blicklage unter Einnahme einer Kopfwangshaltung (KZWH) und / oder binokularer Konvergenz

In der Folge wird ausschließlich der sensomotorische KM behandelt. Als Operationsindikation gelten eine KZWH (schlechter Blickkontakt, psychische Belastung in Schule und Beruf, Halswirbelsäulenprobleme), eine erwünschte Visusverbesserung, Dämpfung der Nystagmusamplitude, ein störendes Head-nodding und eine Monoblepsie.

Folgende augenmuskelchirurgische Verfahren stehen zur Verfügung:

- Verschiebungsoperation nach Kestenbaum, Anderson, Goto
- Artificielle Divergenz und Fadenoperation nach Cüppers
- Rücklagerung der Mm. recti
- Kombination mehrerer Verfahren

Die Wahl des Operationsverfahrens und die Dosierung hängen von der Messung der KZWH für Ferne und Nähe unter maximaler Visusforderung, der Visusprüfung für Ferne und Nähe in und entgegen der KZWH (Nystagmusvisus), der Messung der Fusionsbreite und der angegebenen subjektiven Verbesserungen nach Vorgabe von Verschiebepismen oder Prismen Basis außen zur Demonstration des postoperativen Ergebnisses ab.

Die Höhe der vorgegebenen Prismen darf nicht der Dosierung zugrunde gelegt werden, weil die visusreduzierenden Prismen nicht das volle Ausmaß der KZWH zulassen.

Die Intention des Operators muss es sein, die größtmögliche Nystagmusdämpfung und den bestmöglichen Visus in Primärposition zu erreichen, und gleichzeitig eine KZWH und ein Head-nodding zu beseitigen.

Da die Operationsstrecken meist höher liegen als bei der üblichen Strabismuschirurgie, lassen sich Motilitätseinschränkungen wie auch Veränderungen der Lidspaltenweite nicht immer vermeiden.

Eigene Langzeitergebnisse zeigen, dass es sich um eine dankbare chirurgische Therapie handelt, die nicht nur objektiv zufriedenstellende Ergebnisse, sondern auch für den Patienten subjektive Verbesserungen bringt.

Langzeitbeobachtungen bei Pupillotonie

Theresia Karoline Keindl

Die Pupillotonie resultiert aus einer postganglionären parasymphatischen Denervation des M.sphincter pupillae und M.ciliaris, gefolgt von Reinnervation der Iris durch akkommodative Fasern. Zwischen 1996 und 2002 untersuchten wir 25 Patienten mit der Diagnose Pupillotonie. Ich versuchte die subjektiven Beschwerden und die klinischen Symptome mit der Dauer der Erkrankung zu korrelieren.

Praxisnahe Differentialdiagnose des dekompenzierten Strabismus sursoadductorius und der Trochlearisparese

Gitta Dittus

Mit diesem Beitrag soll die Differentialdiagnose von congenitaler und erworbener Störung praxisbezogen dargestellt werden.

Zentral-vestibuläre Nystagmusformen: Eine Übersicht

Ulrike Pichler

Im folgenden Artikel werden die verschiedenen zentral-vestibulären Nystagmusformen, wie der Down-Beat-Nystagmus, Up-Beat-Nystagmus, torsionelle Nystagmus, zentrale Lagenystagmus, See-Saw-Nystagmus, Hemi-See-Saw-Nystagmus und periodisch alternierende Nystagmus, vorgestellt. Ebenso werden ihre typischen klinischen Merkmale, Ätiologie, mögliche Läsionsorte und Begleitsymptome aufgelistet, um eine präzise Diagnostik des vorliegenden Nystagmus ermöglichen zu können.

Teilleistungsschwächen (Legasthenie) bei Schulkindern aus orthoptischer und ophthalmologischer Sicht

Claudia Kalleitner

In Zusammenarbeit mit dem Heilpädagogischen Institut Salzburg wurden 40 Kinder im Alter zwischen 6 und 12 Jahren orthoptisch und ophthalmologisch untersucht. Diese 40 Kinder waren wegen nachgewiesener Legasthenie / Lese-Rechtschreibschwäche / Dyskalkulie im Heilpädagogischen Institut Salzburg in Behandlung. Bei den meisten dieser Kinder wurde auch ein Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) oder ein Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) diagnostiziert.

Auffällige Augenbefunde ergaben sich hauptsächlich bei der Messung der Akkommodation (diese war bei vielen der untersuchten Kinder deutlich herabgesetzt) sowie bei der Synoptophoruntersuchung, die häufig eine Esophorie zum Ergebnis hatte, obwohl beim Abdecktest Orthophorie bzw. eine Nahexophorie bestand.

Außerdem war der Umstand bemerkenswert, dass die schulischen Leistungen und/oder die Konzentration in der Schule sich verbesserten, obwohl nur eine ganz geringe hyperope Brillenkorrektur für Schule und Naharbeiten erfolgte.