

# **Abstracts ONO-Orthoptik und NeuroOphthalmologie 3/2006**

---

## **Diagnose und Therapie der erworbenen Ptosis**

Klaus-Peter Boergen

Die echte, erworbene Ptosis ist im Gegensatz zur kongenitalen aetiologisch uneinheitlich. Neurologische oder neuroradiologische Zusatzuntersuchungen sind daher in den meisten Fällen unerlässlich. Eine Ausnahme hiervon ist die involutive Ptosis, bei der in typischen Fällen die Operationsindikation gleich bei der ersten Konsultation gestellt werden kann. In allen anderen Fällen darf die Operationsplanung erst nach gründlicher aetiologischer Abklärung erfolgen. Bei manchen Fällen, wie z.B. den Muskeldystrophien, darf erst nach längeren Verlaufskontrollen und drohender funktioneller Beeinträchtigung operiert werden. Bei der Auswahl des Operationsverfahrens muss der individuelle Fall berücksichtigt werden, wobei reversible Verfahren und Lokalanästhesie mit erhaltener Motilität (Supraorbitalanästhesie) bevorzugt werden sollen. Letzteres ist deshalb bedeutsam, da sich bei der erworbenen Ptosis keine Dosierungsrichtlinien geben lassen. Anders als bei der kongenitalen Ptosis muss die erworbene individuell abgeklärt und therapiert werden. Bezüglich des Operationsergebnisses müssen auch mehr Kompromisse eingegangen werden, wobei in erster Linie ein funktionelles Ergebnis anzustreben ist.

## **Operatives Vorgehen beim Retraktionssyndrom nach Stilling-Türk-Duane (DRS) – Eigene Langzeitbeobachtungen**

Helga Thaller-Antlanger

Beim DRS handelt es sich um eine Fehlinnervation des M. rectus lateralis mit sekundären Fibrosen, die auch die übrigen geraden Augenmuskeln bevorzugt aber den M. rectus medialis betreffen.

Die okuläre Symptomatik weist obligat ein Ab- und / oder Adduktionsdefizit, ein Konvergenzdefizit und eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Bulbusretraktion auf, wobei in Primärposition (PP) entweder ein konvergenter, ein divergenter Schielwinkel oder Orthostellung vorliegen können. Die Motilitätsstörung und der Schielwinkel in PP sind für eine KZWH verantwortlich. Fakultativ können gleichzeitig noch Up- und / oder Downshoot in Adduktion und eine A-V-X-Y-? –Symptomatik bestehen.

Da ein DRS aufgrund der angeborenen Fehlinnervation nicht heilbar ist, ist es Aufgabe der vorwiegend operativen Therapie die oben angeführten objektiven Symptome zu

behandeln und damit die subjektiven Beschwerden des Patienten, die sich als Nackenschmerzen, Doppelbilder, Blickkontaktstörung und Lesebeschwerden äußern, zu bessern.

Die operative Therapie ist ab einer Schielwinkelgröße und einem KZWH-Ausmaß von über 5° indiziert.

Es wird über 19 eigene Patienten mit einem horizontalen einseitigen und beidseitigen DRS berichtet und auf die Wahl der Augenmuskeln und die Art des Eingriffes entsprechend der vorliegenden KZWH und des Schielwinkels in PP Bezug genommen.

Dabei zeigt sich, dass man mit einem einmuskeligen schwächenden Eingriff bei KZWH und Schielwinkeln in PP von über 10° nicht das Auslangen findet, sondern die Rücklagerungen mit kleinen Faltungen oder Resektionen bis maximal 4 mm kombinieren muss. Auch spezielle Maßnahmen wie Resektionen von Teilfibrosen werden erwähnt; sie stellen unterstützende Eingriffe bei vertikalen Inkomitanzen dar.

## **Botulinumtoxin in der Augenheilkunde**

Martina Koch

In der Augenheilkunde stellt die Behandlung mit Botulinumtoxin eine wertvolle Alternative zur medikamentösen und operativen Therapie dar. Aufgrund der muskellähmenden Eigenschaft wird die Injektion vor allem bei Dystonien, Strabismus concomitans, Augenmuskelparesen und Nystagmus eingesetzt. Sowohl die gewünschten Wirkungen als auch Nebenwirkungen sind reversibel und halten im Schnitt ca. 3 Monate an.

## **Therapie mit Prismen**

### **Leitfaden zur Anpassung von Prismenbrillen**

Hildegard Gruber

Die Therapie mit Prismen sollte eine medizinisch / augenärztlich / orthoptische sein, da sie entscheidend in die Motorik und Sensorik des Binokularsehens eingreift. Derzeit erhalten nicht alle Patienten eine erforderliche Prismentherapie beim Augenarzt. Dieser Leitfaden soll die theoretischen Voraussetzungen liefern, wie in der augenärztlichen Praxis in kurzer Zeit und mit wenig diagnostischem Aufwand eine Prismenbrille verordnet werden kann.

# **Prismen-Bifokal-Brille bei Asthenopie**

## **Ein Fallbeispiel**

Ulrike Pichler

Anhand des Fallbeispiels einer 15jährigen Patienten mit massiver Asthenopie, Visusreduktion und Exophorie mit Kompensation über akkommodative Konvergenz soll gezeigt werden, was eine genaue orthoptische und ophthalmologische Diagnostik bei Asthenopie enthalten muss und welche Erfolge es, trotz langwieriger und schwieriger Therapie, mit Prismenversorgung geben kann.