

Der orthoptische Fall

Orthoptistin mit Ohrring

Die 90-jährige Frau B. befand sich nach einer Hirnblutung in der Neurorehabilitation. Sie hatte bereits 2009 eine intrakranielle Blutung erlitten, mit einer motorischen Aphasie, Alexie und Fingeragnosie. In der Ergotherapie fiel auf, dass sie mit der Orientierung Mühe hatte, z. B. wenn sie sich auf die Therapieliege setzen sollte, und sie erkannte einfache Objekte nicht. Die Patientin selber meinte, dass sie manchmal gewisse Dinge nicht sehe und dass das Lesen Mühe bereite. Sie war zeitlich, räumlich und situativ desorientiert. Bei der orthoptischen Untersuchung erkannte sie schon beim Betreten des Untersuchungszimmers Hindernisse nicht und verfehlte den Stuhl. Sie nahm kaum Blickkontakt auf und zeigte häufig eine Rechtswendung von Kopf und Körper sowie Wortfindungs- und Benennstörungen. Das Instruktionsverständnis schien gestört. Eine Visusprüfung gelang nicht. Die Augenstellung war parallel, die Motilität frei, aber gezielte Folgebewegungen waren schwierig. Die Pupillomotorik war regelrecht, die Farberkennung intakt. Muster und schematisch dargestellte Gesichter oder Buchstaben (einzeln oder in der Gruppe) erkannte sie nicht. Auch das Gesichtsfeld konnte nicht sinnvoll geprüft werden. Bei der Sakkadenprüfung mit farbigen Stiften nahm sie jeweils nur den wahr, der sich in der rechten Gesichtsfeldhälfte befand, unabhängig von dessen Farbe. Während der Sakkadenprüfung äusserte sie plötzlich zusammenhangslos «Ohrring». «Wie bitte?», «Ich sehe Ihren Ohrring», konnte aber nicht erklären, was es damit auf sich hatte.

Wegen schwerem Neglect und Verdacht auf Hemianopsie nach links wurde ein Wahrnehmungs- und Explorationstraining begonnen. Frau B. konnte im Verlauf Alltagsgegenstände auf Fotos oder als Objekt teilweise identifizieren, bei Präsentation komplexerer Bilder zeigte sie jedoch skurrile visuelle Fehlleistungen (Gleise wurden als Fluss interpretiert, eine blaue Packung Taschentücher als Niveacreme, u. a.). Das Zählen von Objekten gelang nur bei ein bis zwei Stück. Es zeigte sich, dass Frau B. unter visuellen Illusionen und Palinopsie so-

wie einer optischen Ataxie litt. Entsprechend griff sie immer wieder ins Leere und konnte nicht auf Objekte zeigen.

Worum handelt es sich hier?

Neben dem Neglect und Verdacht auf Hemianopsie nach links liegt hier nach einer intrakraniellen Blutung parietookzipital rechts mit angrenzender Subarachnoidalblutung eine komplexe kortikale Sehstörung vor, nachdem bereits fünf Jahre zuvor eine Blutung im Gyrus angularis links aufgetreten war.

Zentrale visuelle Wahrnehmungsstörungen finden sich bei 20–40 % der hirngeschädigten Patienten mit zerebrovaskulären Schädigungen sowie bei 50 % der Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma.¹

Balint-Holmes-Syndrom

Teil der kortikalen Wahrnehmungsstörung bei Frau B. war ein Balint-Holmes-Syndrom. Hierbei treten auf:

- Simultanagnosie (Unfähigkeit, mehr als ein Objekt gleichzeitig wahrzunehmen, weil die Aufmerksamkeit ausschliesslich auf ein Objekt oder sogar nur ein einzelnes Objektmerkmal gerichtet werden kann)
- optische Ataxie (Unfähigkeit nach einem Objekt zu greifen oder ein Objekt zu zeigen)
- okuläre Apraxie (Unfähigkeit zielgerichteter Blickbewegungen mit den Augen)
- schwere Raum-Wahrnehmungsstörungen¹⁻⁵

Dem Balint-Holmes-Syndrom liegt eine bilaterale okzipitoparietale Läsion zugrunde. Das okzipitofrontale und parietofrontale Marklager ist meist mitbetroffen.⁶ Es wurde aber auch bei bilateraler posteriorer kortikaler Atrophie und im Rahmen der Demenz vom Alzheimer-Typ sowie bei kortikobasaler Degeneration beschrieben. Nach Hirninfarkt tritt dieses Syndrom bei etwa 2 % auf; bei progressiven degenerativen Erkrankungen in bis zu 30%.⁷ Die beschriebenen Komponenten des Syndroms können auch bei einseitigen Läsionen vorkommen – auch alle zusammen – in diesem Fall werden sie aber nicht

als Balint-Holmes-Syndrom, sondern einzeln benannt.⁸

Mit der Simultanagnosie liess sich auch die skurrile Szene mit dem «Ohrring» erklären, da die Patientin ihre Aufmerksamkeit darauf richtete und dann dort «kleben» blieb, was typisch für die gestörte Exploration im Rahmen des erwähnten Syndroms ist. Entsprechend resultieren vielfältige und schwere Alltagseinschränkungen, da Patienten Objekte, Situationen und Räumlichkeiten nicht erkennen. Häufig wirken die Patienten blind.¹

Wie im Fall von Frau B. manifestiert sich eine kortikale Sehstörung (kortikale Blindheit) sehr vielfältig. Meistens sind einzelne Funktionen intakt (z. B. Wahrnehmung von Bewegung und Farbe), während andere (z. B. Formerkennung) schwer gestört sind. Auch stark fluktuierende Leistungen sind typisch.

Etliche Patienten nehmen nach uni- oder bilateraler okzipitaler Schädigung visuelle Reizerscheinungen (Illusionen) oder Palinopsie wahr. Spontan berichten allerdings nur sehr wenige Patienten darüber, vermutlich aus Angst, für «verrückt» gehalten zu werden. Auf Nachfrage wird das aber durchaus bejaht.

Palinopsie

Pötzl definierte Palinopsie 1954 als wiederholte Wahrnehmung eines visuellen Reizes nach dessen Entfernung.⁹ Es sind also zentrale Nachbilder, welche sofort oder mit Latenz ein- oder mehrfach auftauchen und so natürlich aussehen, dass der Patient sie häufig nicht als Illusion erkennt. Palinopsie kommt praktisch nie isoliert vor, sondern in aller Regel zusammen mit anderen visuellen Illusionen. Meistens befinden sich die visuellen Reizerscheinungen im ausgefallenen Gesichtsfeld.¹⁰ Bei der Palinopsie scheint dies dagegen erfahrungsgemäss nicht immer so zu sein.

Verlauf und Therapie

Aufgrund der Heterogenität kortikaler Sehstörungen ist die Datenlage zu Verlauf und Prognose dünn. 25–30 % der Patienten mit kortikaler Blindheit infolge

Durchblutungsstörung oder Hypoxie erleiden eine irreversible Schädigung; meist kommt es zur gewissen Spontanerholung.¹¹

Systematische Behandlungsansätze gibt es bislang kaum.¹ Die orthoptische Therapie der kortikalen Sehstörung basiert darauf, durch Stimulation die verschiedenen Wahrnehmungskomponenten zu aktivieren. Häufig sind dazu intensive verbale Anleitungen und zahlreiche Wiederholungen einzelner Übungen nötig, von der Lokalisation einzeln präsentierter, simpler Objekte (z. B. grosse Punkte auf einem leeren Tisch) bis zum Trainieren des Erkennens von Alltagsgegenständen oder der räumlichen Orientierung.

Andere Therapieansätze liegen in der Punkt-für-Punkt-Analyse von Objekten, um diese identifizieren zu können oder wichtige Gegenstände am immer gleichen Ort zu deponieren, möglichst ohne irritierende «Konkurrenz».¹² Parallel sollten ein Alltagstraining (meist Ergotherapie) und allenfalls eine neuropsychologische Therapie durchgeführt werden. Wichtig ist in jedem Fall, die bestehenden Ressourcen

zu detektieren und auf diesen ein entsprechendes Therapiekonzept aufzubauen. Ein Patentrezept gibt es nicht.

Im Fall von Frau B. führte die Rehabilitation im visuellen Bereich dazu, dass sie Alltagsgegenstände besser erkannte und sich die Orientierung im Raum verbesserte. Auch das Erkennen einzelner Buchstaben gelang teilweise. Die Patientin fand aber keinen adäquaten Zugang zur Sehstörung und überschätzte sich oft. Die Situation blieb schwierig; der Austritt nach Hause war nur mit 24h-Betreuung möglich. •

Weiterführende Informationen finden sich z. B. im Buch «Visuelle Wahrnehmungsstörungen» von M. Niedeggen und S. Jörgens (Hogrefe, 2005).



Korrespondenz

Brigitte Messmer-Schai
Dipl. Orthoptistin HF
Rehaklinik Zihlschlacht AG
Hauptstrasse 2-4
8588 Zihlschlacht
b.messmer@rehaklinik-zihlschlacht.ch

Referenzen/Références

1. Kerkhoff G. Therapie zerebraler visueller Wahrnehmungsstörungen, Nervenarzt, 2007, 78:457-470
2. Bálint R. Seelenlähmung des «Schauens», optische Ataxie, räumliche Störung der Aufmerksamkeit. Monatsschriften für Psychiatrische Neurologie, 1909; 78:51–81.
3. Holmes G. Disturbances of vision by cerebral lesions, Br J Ophthalmol 1918, 2:353-84.
4. Holmes G. Disturbances of visual orientation, Br J Ophthalmol 1918, 2:449-68.
5. Holmes G. Disturbances of visual orientation, Br J Ophthalmology, 1918, 2:506-16.
6. Niedeggen M, Jörgens S. Visuelle Wahrnehmungsstörungen, 2005, Stuttgart: Hogrefe, S. 76.
7. Karnath HO. Bálint-Holmes-Syndrom In: Karnath HO, Thier P, Hrsg. Neuropsychologie. Berlin: Springer, 2006:225–236.
8. Leitlinien der DGN, Rehabilitation bei Störungen der Raumkognition, 2008, S.5.
9. Pözl O. Über Palinopsie (und deren Beziehung zu Eigenleistungen occipitaler Rindenfelder), Wien Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1954;8:161-86.
10. Zihl J, von Cramon D. Zerebrale Sehstörungen, 1986, Stuttgart: Kohlhammer, 151-154.
11. Brandt T, Diener HC, Gerloff C (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, 2012, Stuttgart: Kohlhammer, D 6.2.
12. Niedeggen M, Jörgens S: Visuelle Wahrnehmungsstörungen, 2005, Stuttgart: Hogrefe, S. 47.