

Balint-Holmes-Syndrom – Fallbericht

R. E. Resch

Das **Balint-Syndrom** stellt quasi einen **beidseitigen visuellen Neglect** dar. Die Diagnose ist besonders bei Hinzukommen von anderen zentralen Sehstörungen, Aphasie ... kompliziert und zeitaufwändig zu stellen.

Läsionsort

Bilaterale Läsionen vor allem **parietal oder parietooccipital**.

Klinisches Bild

Simultanagnosie, Optische Ataxie, Spasmodische Fixation und/oder wandernder Blick – Störung der räumlichen Wahrnehmung und Repräsentation.

Diagnose – Untersuchung

- **elementare Sehleistungen:** Visus (Einzeloptotypen ...), Gesichtsfeld (manuell, Farben, Formen ...), Kontrastsehen und Fusion
- **Simultansehen**
- **Suche nach supramodalen Defiziten**
- **zentrale Okulomotorik:** Folgebewegungen, Sakkaden auch Kommandosakkaden, Prüfung des OKN (müsste bei ausgedehnten okzipito-parieto-temporalen Läsionen zu einem asymmetrischen OKN zur Hirnläsion hin führen)
- **freies Zeichnen, Abzeichnen**

Fallbeispiel

Bei der beschriebenen Patientin handelt es sich um eine 68-jährige Frau, die nach **Gefäßabbruch der Arteria occipitotemporalis rechts und der Arteria parietooccipitalis links** bei uns vorgestellt wurde.

Sekundäre Exotropie

I. Baldissera

Innsbruck

Problemstellung: Der Begriff des sekundären Strabismus beschreibt sowohl den Verlust des Parallelstandes als auch den spontanen Wechsel der Schielform in eine andere. In diese zweite Kategorie fällt auch die spontane Dekompensation einer Esotropie in eine Exotropie. Diese Patientengruppe soll genauer charakterisiert werden.

Methoden und Patienten: Es werden 5 Patienten vorgestellt, die anfangs konvergent geschielt haben und im weiteren Verlauf spontan divergent wurden. Zwei dieser Patienten wurden später wegen Exotropie operiert.

Ergebnisse: Der Schielbeginn war in allen Fällen zwischen dem 8. und dem 24. Lebensmonat. Der von Anfang an schwankende konvergente Schielwinkel lag zwischen 14 und 15°. Alle Patienten waren höhergradig hyperop. Das sphärische Äquivalent lag zwischen +4,25 und +10 Dioptrien.

Nach der Korrektur der Hyperopie kam es zunächst zu einer raschen Abnahme des konvergenten Winkels, dann aber zu einer weiteren langsamen Winkelabnahme über mehrere

Bei ihr kam erschwerend ein motorischer Neglect des rechten Armes (Rechtshänderin!), eine Objektagnosie, etc. hinzu.

Therapie

Wir führten zuerst nur **neuronale Stimulation** (vgl. Sehfrühförderung) am PC durch, um die **Fixationsaufnahme** und auch **Folgebewegungen** zu verbessern.

Zur **Rehabilitation** kam H. K. nach Hermagor, wo im Rehabilitationsteam auch eine DO integriert ist. Danach wurden **Folgebewegungen** und **Sakkaden** trainiert, es wurde versucht **Suchstrategien** einzuüben und die **Lesefähigkeit** trainiert.

Ein systematisches Training (Objektagnosie ...) kann leider im Rahmen der ambulanten Patientenbetreuung unseres Krankenhauses nicht durchgeführt werden; eine neuerliche Rehabilitation in Hermagor oder in München bei Prof. Zihl ist angedacht.

Die Patientin kann sich in häuslicher Umgebung nun schon orientieren, in fremder Umgebung, oder wenn Dinge „verräumt“ wurden, ist sie nach wie vor hilflos. Diese Situation ist sehr belastend.

Prognose

Spontanremissionen sind nicht beschrieben, es handelt sich offensichtlich um eine dauerhafte Störung!

Trotz aufwändiger Therapie die vor allem das **Lesen** und **Explorieren** bessert, bleibt die **visuelle Raumwahrnehmung** bei den beschriebenen Fällen aus der Literatur weiter gestört, die Patienten sind daher permanent auf Hilfe angewiesen.

Jahre und bei allen Patienten schließlich zu einem spontanen Übergang in eine Exotropie (7°–14°).

Alle Patienten hatten eine streng einseitige Führung und eine leichte Amblyopie. Die Binokularfunktionen waren stets auf niedrigem Niveau. In allen Fällen war auch eine deutliche Störung der Spurlinie im Sinne eines V/A-Phänomens zu sehen. Die entscheidenden Faktoren, die zur Dekompensation einer Esotropie in eine Exotropie führen, sind einerseits die mit der Korrektur der Hyperopie verbundene Winkelreduktion andererseits die praktisch fehlende Fusion.

Die Häufigkeit eines solchen Verlaufes ist nicht ganz selten und wird bei Esotropie und höherer Hypermetropie in der Literatur mit 10–20% angegeben.

Schlussfolgerungen: Sekundäre Exotropie tritt bei etwa 10–20% der Esotropen mit höherer Hyperopie spontan auf. Es ist wichtig, diesen Verlauf zu kennen um unnötige und verfrühte Operationen zu vermeiden.