

Tabelle 9.20 · Mögliche Ursachen für Doppelbilder durch Ausfall bestimmter Augenmuskeln

Verdachtsdiagnose	wegweisende Befunde
I. Läsion der Augenmuskelnerven	
kryptogen, kongenital	Ausschlussdiagnose!
Trauma	Anamnese (oft Trochlearisparese bds.), CCT
Aneurysma (S. 304)	langsam zunehmend (manchmal auch plötzlich), v. a. N. III, evtl. Schmerzen/Hypästhesie V ₁
Tumor	langsam zunehmend
Karotis-Sinus-cavernosus-Fistel (S. 304)	(pulsierender) Exophthalmus, gestaute Konjunktival- und Fundusvenen
Hirndruck	v. a. N. abducens und N. oculomotorius; s. S. 304
Tolosa-Hunt-Syndrom	S. 287
Raeder-Syndrom	S. 282
Infektionen	z. B. Botulismus (S. 417), Diphtherie, Lues (S. 413), Sinusitis
Pharmaka	z. B. INO oder äußere Ophthalmoplegie bei Phenytoinintoxikation
basale Meningitis	Fieber, Meningismus, andere neurologische Ausfälle, Allgemeinsymptome, Liquor
Meningeosis neoplastica (S. 623)	Anamnese, Liquorzytologie (Tumorzellen)
Sarkoidose (S. 616)	v. a. N. facialis, Anamnese
Guillain-Barré-Syndrom	S. 654
Fisher-Syndrom	assoziiert mit Ataxie, Areflexie; Liquor!
Diabetes mellitus	v. a. N. III, N. VI, starke Schmerzen, Pupille frei
Migraine ophthalmoplégique (S. 275)	Anamnese, Parese meist gegen Ende der Kopfschmerzphase (Latenz bis zu 3 Tagen möglich!); MRT, Angiographie, Liquor
II. Läsion der Augenmuskelkerne	
▶ Hinweis: Nahezu immer mit anderen zentralnervösen Symptomen vergesellschaftet!	
Hirnstamminfarkt, Hirnstammblutung	plötzlich, immer andere Hirnstammsymptome → s. S. 316
Hirnstammtumoren	v. a. Metastasen, Gliome
Trauma mit Hirnstammkontusion	Anamnese
Syringobulbie	S. 587
Multiple Sklerose	S. 441

- **Läsionsort:** Fasciculus longitudinalis medialis (MFL) zwischen Abduzens- und Okulomotoriuskern (ipsilateral zur Adduktionshemmung, s.o.).
- **Ursachen:** Multiple Sklerose, Hirnstamminfarkt, Blutung, Tumor, Entzündung, metabolisch, toxisch, Anomalie des kraniozervikalen Übergangs, Syringobulbie.

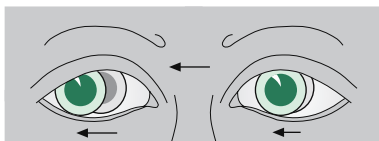


Abb. 9.3 · Internukleäre Ophthalmoplegie

► **Eineinhalb-Syndrom:**

- **Klinik:** INO (s.o.) + horizontale Blickparese zur Seite der Läsion (= zur Seite des Auges mit Adduktionshemmung).
- **Läsionsort:** Ipsilaterales paramedianes pontines Blickzentrum (PPRF) + ipsilateraler Fasciculus longitudinalis medialis (MLF).
- **Ursachen:** Hirnstamminfarkt, Multiple Sklerose, Blutung, Tumor, metabolisch, Anomalie des kraniozervikalen Übergangs, Syringobulbie.

9.9 Augensymptome: Supranukleäre Blickparesen

Konjugierte Blickparese (Deviation conjugée)

■ **Hinweis:** Zum Nachweis bzw. zur Differenzierung „supranukleär versus periphere Parese“ a) Lid passiv heben und b) Kopf in die Gegenrichtung der Parese bewegen (z. B. senken bei Heberparese), während der Patient einen bestimmten Punkt fixiert → Puppenkopffphänomen bei supranukleärer Störung.

► **Der Patient blickt zur Seite der Läsion** (→ horizontale Blicklähmung zur Gegenseite):

- **Klinik:** Kopf und Blick des Patienten sind in die gleiche Richtung gewendet, meist begleitet von kontralateraler Hemisymptomatik → Patient „blickt seinen Herd an“. Im Verlauf langsame Rückbildung möglich; Zunächst Rückstellung bis Mittellinie, später Nystagmus bei Blickwendung zur Gegenseite.
- **Ursachen:** Hemisphärenläsion; Läsion des präzentralen Blickzentrums in der ipsilateralen Area 6 und 8.
- **Differenzialdiagnose:** Reizung der kontralateralen Seite, z. B. Adversivanfall.

► **Der Patient blickt zur Gegenseite der Läsion** (→ horizontale Blicklähmung zur selben Seite):

- **Klinik:** Ipsilaterale horizontale Blickparese, fakultativ internukleäre Ophthalmoplegie (S. 219), Eineinhalbsyndrom (S. 221), skew-deviation (S. 711), ocular bobbing (S. 711), Miosis, kontralaterale Hemiparese, Bewusstseinsstörung.
- **Ursachen:** Läsion des pontinen Blickzentrums (PPRF) bei Ponsinfarkt, -blutung, -tumor, Multipler Sklerose (S. 439), Wernicke-Enzephalopathie (S. 471), zentraler pontiner Myelinolyse (S. 470).

► **Blickparese in der vertikalen Ebene (selten):**

- **Klinik:** Blick nach oben und/oder unten ist beidseits gestört.
- **Mittelhirnschämie, -blutung, -tumoren:** Typisch N.-III-Parese, kontralaterale Hemiparese (Weber-Syndrom), INO, Konvergenzstörung; evtl. andere neurologische Symptome (z. B. Bewusstseinsstörung, Ataxie, Kopfschmerzen).

■ **Dorsales Mittelhirnsyndrom (Syn. Parinaud-Syndrom, Prätektalsyndrom):**

- **Klinik:** Blickparese nach oben oder komplette Blickparese nach oben und unten (bei erhaltenem Bell-Phänomen), Pseudoabduzensparese (abduzierendes Auge langsamer als adduzierendes), Skew-deviation (S. 711), Retraktions-Konvergenz-Nystagmus (bei versuchtem Blick nach oben), eingeschränkte Akkommodation, fehlende Lichtreaktion bei erhaltener Konvergenz, pathologische Lidretraktion (Collier-Zeichen).