

25 Jahre ophta | Function meets structure Fall 2

Psychogene Sehstörung oder organische Erkrankung?

Hannes Wildberger

Gewisse Krankheitsbilder können einen irreführenden Eindruck vermitteln, besonders, wenn die Symptome deutlich und die Befunde wenig auffällig sind oder umgekehrt. Wie kommen wir in schwierigen Situationen weiter?

Oft werden zu wenig sensitive Untersuchungsmethoden verwendet. Zum Beispiel lässt sich mit den Ishihara-Tafeln schwerlich eine erworbene Farbsinnstörung diagnostizieren. Der desaturierte ist deutlich sensitiver als der saturierte Panel-D-15 Test, den man aber immer als Erstes durchführen sollte.

Zudem gibt es selektive Funktionsstörungen. Bei einer MS-Optikusneuropathie kann die Sehschärfe auf kleine, hochkontrastige Sehzeichen voll sein, während die subjektive Kontrastwahrnehmung bei grossflächigen Buchstaben mit geringer Kontrasttiefe eingeschränkt ist. Bei Schielamblyopie ist lediglich die Lesefähigkeit von kleiner Schrift reduziert, während Farbsehen, Lichtunterschiedempfindlichkeit und Kontrastwahrnehmung (Pelli-Robson) normal sind.

Eine Testbatterie ist effizienter als eine einzelne Untersuchungsmethode. Frühere funktionelle subjektive und objektive Methoden waren zwar «relativ» zielführend, aber umständlich. Die heutigen Untersuchungen der Struktur (OCT) sparen Zeit, aber die Resultate sind ebenfalls oft «relativ». Die Relativität mahnt uns zur Vorsicht. Weder eindeutig pathologische VEP (visuell evozierte Potentiale) noch strukturelle Veränderungen der Fovea im OCT erlauben eine eindeutige objektive Aussage über das Ausmass einer Sehstörung.

Der Fall

Bei einer jetzt 27-jährigen Patientin trat vor etwa 4 Jahren eine plötzliche, konstant

zurückbleibende bilaterale symmetrische Sehstörung auf. Die Beschwerden blieben streng auf das Gesichtsfeldzentrum begrenzt, dennoch konnte sie ihren Beruf als Sekretärin nicht mehr fortsetzen, weil das Lesen von Text nur sehr knapp und nur mit deutlicher apparativer Vergrößerung möglich war.

Diese funktionelle Umschriebenheit liess an eine psychogene Sehstörung denken, vor allem, weil trotz der zentralen Skotome eine gute Raumorientierung erhalten blieb.

Etwa einen Monat nach Beginn der visuellen Störungen gesellte sich eine spinale (?) Symptomatik dazu, in Form einer ausgeprägten parästhetischen Schmerzempfindlichkeit an beiden Füßen bereits bei leichten Berührungen (Allodynie). Gesamtneurologisch blieb das Krankheitsbild ungeklärt. Wohl fanden sich reduzierte Vitamin-B₁₂- und Folsäure-Werte (funktikuläre Myelose), die durch Substitution erfolglos angegangen wurden. Die zerebrale und spinale MRI-Untersuchung und der Liquor zeigten keine MS-(Multiple-Sklerose)-verdächtigen Befunde. Die VEP-Latenzen waren normal. Es wurde an eine Erkrankung des Neuromyelit-Optica-Spektrums gedacht (NMO/Devic-Syndrom). Aquaporin-4-Antikörper (AQP4 Ab) wurden nicht nachgewiesen. Es muss hier ergänzt werden, dass heute noch weitere Abklärungen bei Autoimmun-Erkrankungen möglich sind: MOG-Antikörper (Autoantikörper gegen Myelin-Oligodendrozyten-Glykoprotein) oder GFAP-Astrozytopathie.¹⁻⁴

Die Aufgabe

Hier ging es ausschliesslich um eine Festlegung, ob eine organische oder eine nicht-organische Sehstörung vorliegt.

Visus-Befunde

Beiderseitige Myopie, rechts -4.5; links -5.0 mit biometrischen Achsenlängen von rechts 24.9 mm, links 24.95 mm. Fernvisus rechts 0.1, links 0.05. Nahvisus (Birkhäuser-Lesetafel) rechts 0.3/8 cm; links 0.2/8 cm; 0.4 binokular in 8 cm. Ihr Televisions-Lesegerät und ihr extra grosser PC-Bildschirm erlaubt der Patientin bei Schriftvergrößerung ein mühsames Lesen. Die Prüfung des Fixationsortes erfolgt unter Direktsicht mit einem kleinen Fixationsstern (im Visuskop), welcher scharf auf der Netzhaut abgebildet werden sollte. Die Patientin fixiert beiderseits exzentrisch-parafoveolar etwas oberhalb der Foveola, noch innerhalb des Wallreflexes. Typischerweise dislozieren die Patienten ihr erworbenes Zentralskotom im Gesichtsfeld nach oben. Dieser Befund ist indirekt ein Hinweis auf eine reduzierte Sehschärfe. Die Stereopsis mit der TNO Screeningtafel III war noch normal. Bei herabgesetzter Sehschärfe ist der TNO besser geeignet als die Lang-Karten.

Zusammenfassung

Die Zusammenführung von funktionellen Untersuchungsbefunden (Perimetrie, exzentrische Fixation, VEP, mfVEP, mfERG) und den Strukturuntersuchungen (OCT) führt zur Erkenntnis, dass im beschriebenen Fall eine organische Läsion vorliegt. Die angegebene begleitende visuelle Beeinträchtigung, die im Übrigen mehrmals nachkontrolliert wurde, entsprach sowohl der von der Patientin angegebenen Behinderung als auch den objektiv festgestellten Befunden. Somit liegt keine Aggravation vor.

Aufgabe der involvierten sozialen Institutionen ist es, abzuklären, ob mit Beizug optischer Sehhilfen eine bisherige visusabhängige Tätigkeit möglich wäre oder ob eine alternative Tätigkeit mit reduzierten visuellen Anforderungen gefunden werden kann.