

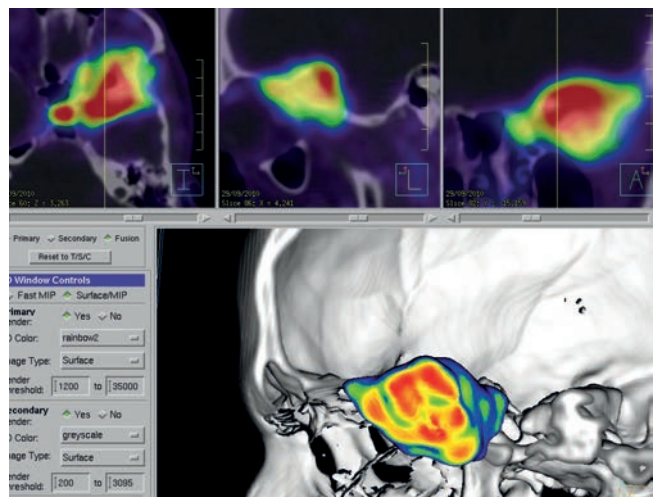
Sehstörung / Doppelbilder

Stand September 2021

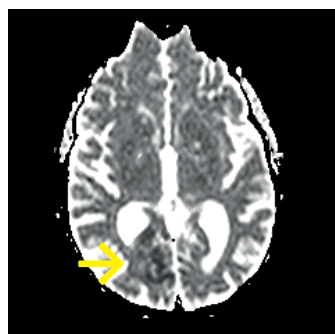
Klassische Indikation zur MRT-Bildgebung ist die Optikusneuritis: Der Patient sieht nichts, der Augenarzt sieht nichts – aber der Radiologe findet die MS-Demyelinisierungsherde, seltener direkt im Sehnerv, meist im subependymalen Marklager. Sehstörungen sind ein Paradebeispiel neurologisch-topischer Diagnostik: von der Visusminderung des betroffenen Auges bei Optikuskompression über die bitemporale Hemianopsie bei Chiasmakompression zur homonymen Hemianopsie beim Posteriorinsult. Eine präzise Fragestellung erleichtert die Auswahl der geeigneten Untersuchungsstrategie. Anspruchsvoll ist die Abklärung von Doppelbildern. Während die häufige Abduzensparese (parallel nebeneinanderstehende Doppelbilder mit Zunahme des Abstandes bei Blickwendung zum betroffenen M. rectus lateralis) auch idiopathisch bzw. Nebenwirkung eines Diabetes mellitus sein kann sind komplexere verkippt nebeneinanderstehende Doppelbilder mit Beteiligung mehrerer Hirnnerven eine echte Aufgabe für die Bildgebung: Myositiden der Augenmuskeln, endokrine Orbitopathie, okuläre Myasthenia gravis, Amaurosis fugax als Carotissymptom, Tolosa Hunt-Syndrom und Keilbeinflügelmeningeome wollen gesucht und gefunden werden. Die internukleäre Ophthalmoplegie als Stammhirnsymptom (MS), das Parinaud Syndrom bei Beteiligung der Vierhügelplatte oder die Argyll-Robertson Pupille als Mittelhirnsyndrom ergeben ebenfalls wichtige Lokalisationshinweise. Die vertikale Blickparese und der upbeat Nystagmus als Symptom der PSP hilft bei der Einordnung eines therapieresistenten Parkinson-Syndroms. Wichtigstes Schnittbildverfahren ist die MRT mit speziellen Untersuchungsstrategien für Orbita, Hypophysenregion, hintere Schädelgrube/Schädelbasis, Ischämie-Diagnostik oder MS. Zur Frage der knöchernen Beteiligung z.B. bei Schädelbasistumoren ist die HR-Dünnschicht CT indiziert. Insbesondere zur Planung einer Strahlentherapie von Meningeomen und bei der Rezidiv-Diagnostik ist die Somatostatinrezeptor-PET/CT (Ga68-DOTA-X) weiterführend.



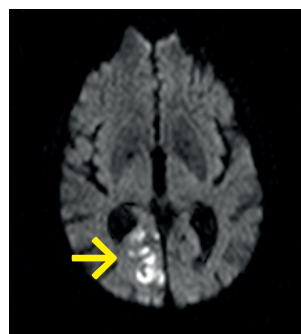
Papilläres Kraniopharyngeom MRT sag T1W



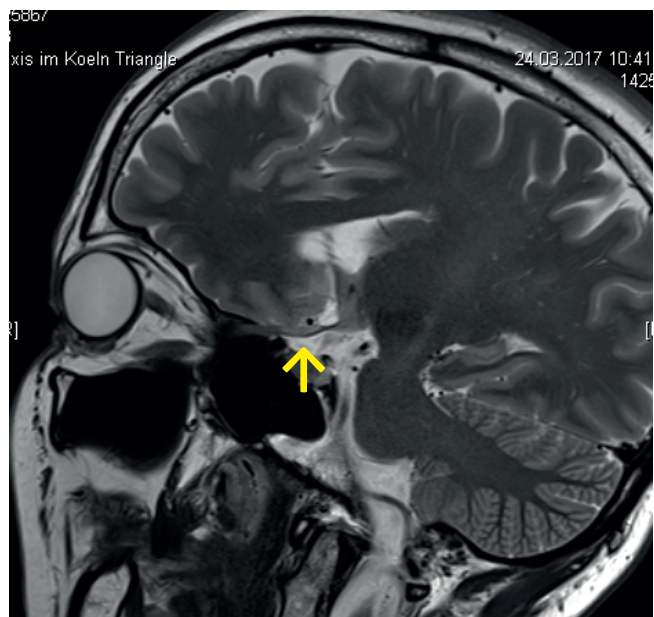
Keilbeinmeningeom links Ga68 DOTATOC-PET/CT



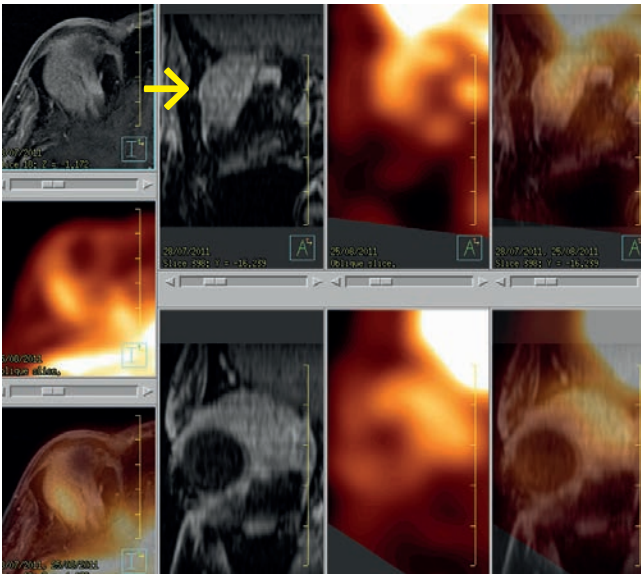
Frischer Posteriorinsult
MRT DWI ADC-map



Frischer Posteriorinsult
MRT DWI b1000



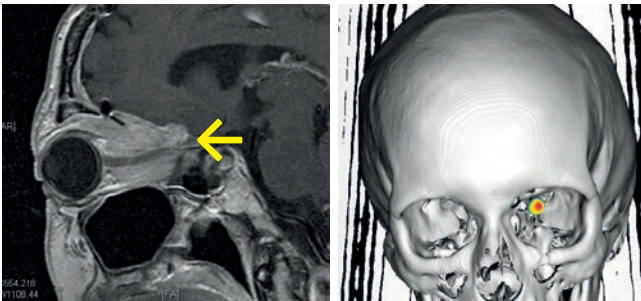
Multiple Sklerose Neuritis nevi optici
MRT parasag T2W



Folikuläres Non-Hodgkin-Lymphom der Glandula lacrymalis FDG-PET/CT

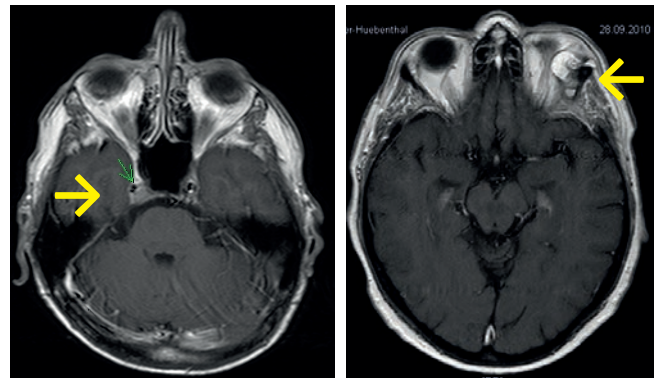


Papilläres Kraniopharyngeom MRT T1W mit KM cor



Orbitameningeomrezidiv
MRT T1W mit KM

Optikusmeningiom 3D
Ga68 DOTATOC-PET/CT

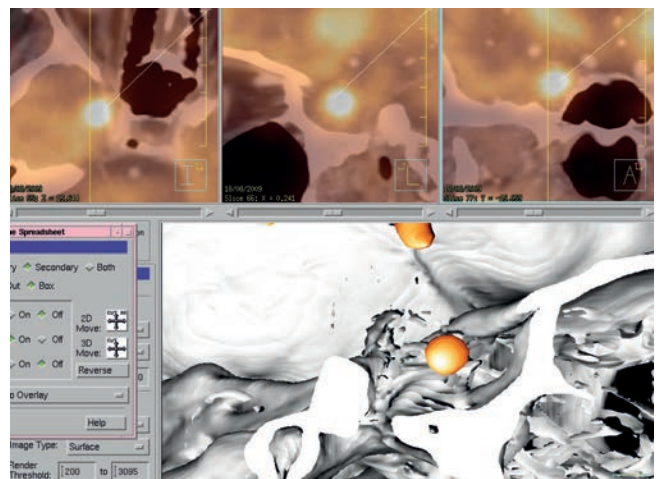


Sinus cavernosus Metastase
Doppelbilder
MRT T1W mit KM

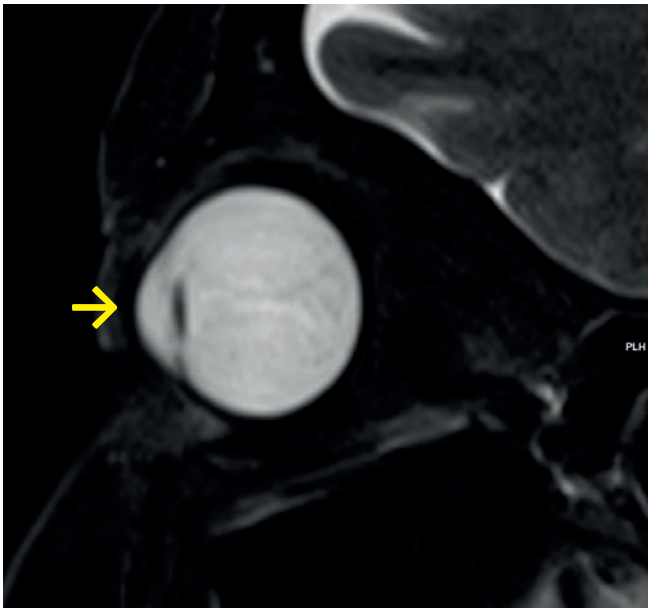
Intraorbitales Dermoid
Doppelbilder
MRT T1W mit KM



Amaurosis fugax Carotisstenose MRA Stenoseanalyse



Zungenrandcarcinom Sinus cavernosus Läsion
FDG-PET/CT



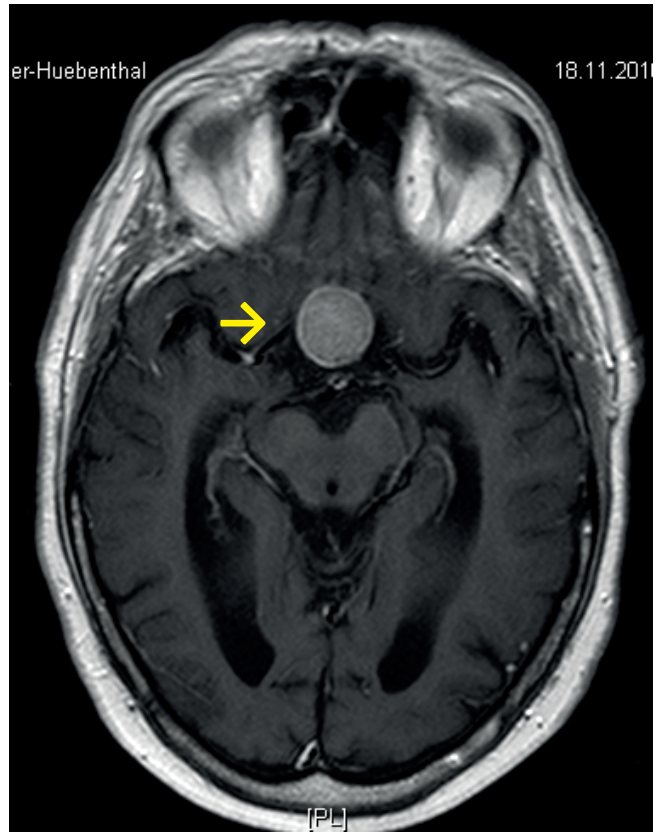
Z n Linsen-OP MRT T2W sag



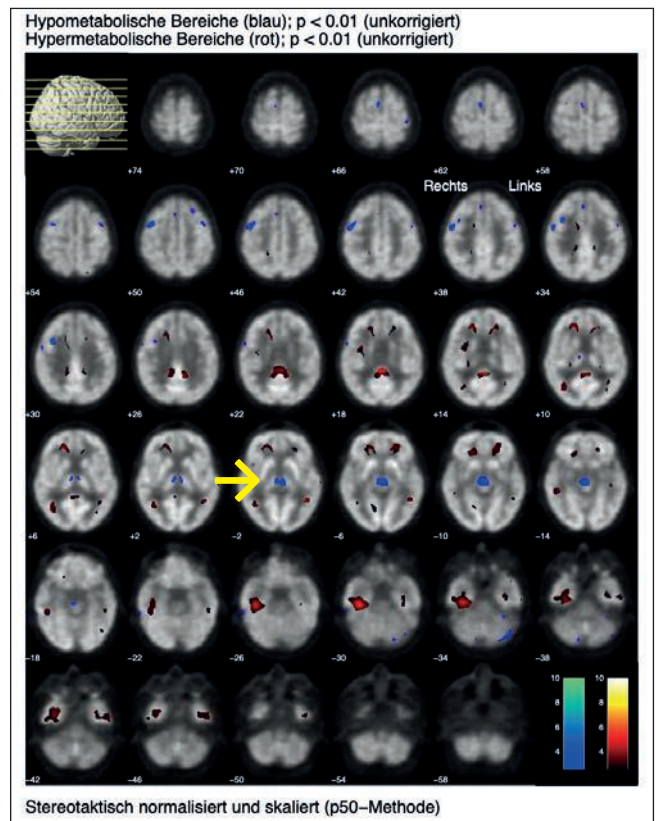
Mukozele der Ethmoidalzellen
schräg nebeneinanderstehende Doppelbilder



Pinealiszyste kein Parinaud Syndrom sagT2 MRT



Hypophysenmakroadenom bitemporale Hemianopsie



Vertikale Blickparese Progressive Supranukleäre Blickparese PSP Steel Richardson Olschewsky
FDG-PET mit statistisch-parametrischer Analyse
Hypometabolismus Mittelhirn