

Surgery for infantile esotropia: how early is early?

Can J Ophthalmol 2008;43:629
doi:10.3129/i08-155

Left untreated, a child born with a large-angle esotropia or developing one in the first 6 months of life is unlikely to become amblyopic but will certainly not develop fusion.^{1,2} In 1961, Costenbader³ advocated for early alignment surgery to restore binocular function in patients with this condition. Doing so, he referenced many authors who had made similar observations stretching back over 50 years, though there was general lack of agreement about what constituted 'early' in this context. While school age was considered early in many centres, surgical correction before the age of 2 years was routine for others, and as early as 1954 some were recommending correction at 3 to 6 months of age.⁴ The issue remained controversial, but gradually surgery before 18 months of age became the standard of care in North America.⁵

The issue of "How early is early?" is once again examined critically by Wong⁶ in her excellent review of surgery for infantile esotropia, published in this issue of the *Canadian Journal of Ophthalmology*. The basic science literature (to which she has made several significant contributions) and the many clinical studies to which she refers strongly suggest that the answer is: very early (probably earlier than what you are doing now).

Clinicians should take note: patients with large-angle constant esotropia should be surgically aligned at or before 10 months of age for an optimal sensory and ocular motor outcome. Finding these patients, ensuring their measurements are stable, and getting the surgery done in time will be the next challenge.

Christopher Lyons, MB, FRCSC
University of British Columbia and
BC Children's Hospital, Vancouver, B.C.
chyons@cw.bc.ca

REFERENCES

1. Calcutt C, Murray AD. Untreated infantile esotropia: factors affecting the development of amblyopia *Eye* 1998;12:167-72.
2. Murray AD, Orpen J, Calcutt C. Changes in the functional binocular status of children and adults with previously untreated infantile esotropia following late surgical realignment. *JAAPOS* 2007;11:125-30.
3. Costenbader FD. Infantile esotropia. *Tr Am Ophthal Soc* 1961; 59:397-429.
4. Dowler PB, Gittoes-Davies R, Janus F, Nutt AB. Orthoptic forum. *Br Orthoptic J* 1954;11:60-4.
5. Pratt-Johnson JA, Tillson G. *Management of Strabismus and Amblyopia: a practical guide*. New York, N.Y.:Thieme, 1994.
6. Wong AMF. Timing of surgery for infantile esotropia: sensory and motor outcomes. *Can J Ophthalmol* 2008;43:643-51.

Le traitement chirurgical de l'ésotropie infantile : « précoce », qu'est-ce à dire ?

Laisse sans traitement, l'enfant qui naît avec une lésotropie à angle important ou en développe une dans les 6 premiers mois de sa vie ne deviendra peut-être pas amblyope, mais il ne développera certes pas la fusion.^{1,2} En 1961, Costenbader³ plaidait en faveur d'une chirurgie d'alignement précoce pour établir la fonction binoculaire chez les patients dans cet état. Il citait alors plusieurs auteurs qui faisaient la même observation depuis 50 ans, bien qu'il y eût un manque général d'entente sur ce qu'on entend par « précoce » dans ce contexte. Bien que, dans plusieurs centres, cela signifiait l'âge scolaire, la correction chirurgicale était routinière avant l'âge de 2 ans et, dès 1954, certains la recommandaient dès l'âge de 3 à 6 mois.⁴ La controverse s'est prolongée, mais l'âge de 18 mois devint graduellement la norme en Amérique-du-Nord.⁵

La Dre Wong⁶ jette à nouveau un oeil critique sur la question : « Précoce », qu'est-ce à dire ? (*How early is early?*),

dans la présente édition du *Journal canadien d'ophtalmologie*. La littérature des sciences fondamentales (à laquelle elle a à juste titre beaucoup contribué) et les nombreuses études cliniques auxquelles elle fait beaucoup référence indiquent que la réponse est : très tôt (probablement plus tôt que ce que l'on fait actuellement).

Les cliniciens devraient noter que les patients qui ont une ésotropie à angle important constante devraient subir un alignement chirurgical dès l'âge de 10 mois ou avant pour obtenir le meilleur résultat sensoriel et oculaire. Trouver ces patients, veiller à ce que leurs mesures soient stables et pratiquer la chirurgie à temps composeront le prochain défi.

Christopher Lyons, MB, FRCSC
University of British Columbia et
BC Children's Hospital, Vancouver, C.-B.
chyons@cw.bc.ca

Traduction par Claude Gendron

RÉFÉRENCES

Voir les références à la page 629.