

(47)

# Wyniki leczenia zezą zbieżnego niemowlęcego

## Results of the treatment in congenital esotropia

Alina Bakunowicz-Łazarczyk, Barbara Scherer-Wollna, Dorota Średzińska-Kita

Z Kliniki Okulistyki Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

**Summary:** The aim: We analyzed results of the operations in congenital esotropia.  
Material and methods: In paediatric ophthalmology department were treated 42 children in age 1,5 to 2,5 years with congenital esotropia. Strabismus angles were from  $+20^\circ$  to  $+45^\circ$ .  
After the operations children were controlled in paediatric ophthalmology clinic. The pleoptic-ortoptic therapy was applied when children finished 3,5 years old.  
Results: 28 children had orthoposition after primary operations and 20 had binocular vision. 6 children had second operation due to excessive functional activity inferior oblique muscle or residual angle.  
Conclusion: The operations of children with congenital esotropia between 1,5 to 2,5 years old provided good functional results.

**Słowa kluczowe:** zez zbieżny niemowlęcy, leczenie operacyjne.  
**Key words:** congenital esotropia, surgery treatment.

Leczenie operacyjne zezą zbieżnego niemowlęcego budzi wiele kontrowersji. Istnieją zwolennicy operacji przed ukończeniem 1. roku życia, inni polecają zabieg między 1. a 2. rokiem życia (3,4,6,7). Przeciwnicy wczesnej operacji zezą zbieżnego zwracają uwagę na późniejsze rozbieżne ustawienie gałek ocznych w odległych obserwacjach pooperacyjnych (2,5).

W ostatnich latach pojawiła się tendencja do operacji zezą zbieżnego niemowlęcego już po ukończeniu przez dziecko 6. miesiąca życia. Podkreśla się konieczność jak najwcześniejszego ustawienia gałek ocznych w ortopozycji, co warunkuje wytworzenie stereopsji.

**Celem pracy** jest przedstawienie wyników leczenia operacyjnego dzieci z zezem zbieżnym m niemowlęcym, operowanych w latach 1999-2001 w Klinice Okulistyki Dziecięcej Akademii Medycznej w Białymstoku.

### Materiał i metoda

Do zabiegu zakwalifikowano 42 dzieci (20 chłopców i 22 dziewczynki) w wieku od 1,5 roku do 2,5 lat.

U 19 dzieci stwierdzono zez zbieżny z przewagą jednego oka. Według wywiadu rodzice zaobserwowali pojawienie się zezą między 3. a 6. miesiącem życia dziecka. Wielkość kąta zezą przedstawia tabela I.

Kąt zezą Strabismus angle	$+20^\circ$ – $+25^\circ$	$+26^\circ$ – $+30^\circ$	$+31^\circ$ – $+35^\circ$	$+36^\circ$ – $+40^\circ$	$+41^\circ$ – $+45^\circ$
Liczba dzieci Number of children	17	13	5	4	3

Tab. I. Wielkość kąta zezą.  
Table I. Gradus of strabismus angle.

Najwięcej dzieci miało kąt zezą od  $+20^\circ$  do  $+30^\circ$ . Dzieci z kątem zezą powyżej  $+30^\circ$  operowano przed ukończeniem 2. roku życia. U 1 dziecka stwierdzono krótkowzroczność  $-1,0$  D, u 24 – nadwzroczność od  $+1,0$  do  $+2,0$  D, u 17 zaś od  $+2,0$  do  $+3,0$  D.

Zastosowanie typu operacji uzależniono od wieku dziecka, wielkości kąta zezą, rodzaju zezą (jednostronny czy naprzemienny) oraz obecności nadczynności mięśnia skośnego dolnego.

U 19 dzieci wykonano operację typu recesja-resekcja mięśni prostych poziomych jednego oka, u 15 – recesję obu mięśni przyśrodkowych z dodatkową resekcją mięśnia prostego bocznego w jednym oku, u 8 zaś dzieci – jedynie cofnięcie obu mięśni prostych przyśrodkowych w obojgu oczach. U 3 pacjentów oprócz operacji typu recesja-resekcja dodatkowo przeprowadzono miotomię mięśnia skośnego dolnego w tym samym oku (tab. II).

Recesja-resekcja (jedno oko) Recession-resection (one eye)	Recesja obu mięśni prostych przyśrodkowych + resekcja mięśnia prostego bocznego Bimedial rectus recessions + resection lateral m. rectus second eye	Recesja obu mięśni prostych przyśrodkowych Bimedial rectus recessions
19, w tym dodatkowo miotomia m. skośnego dolnego – 3 osoby	15	8

Tab. II. Typ operacji.  
Table II. Type of operations.

## Wyniki

Po operacji u 28 dzieci (66,7%) uzyskano kąt zeza od 0° do +5°, u 10 (23,8%) od +6° do +9°, u 4 zaś z nich (9,5%) od +10° do +15°. Ćwiczenia pleoptyczno-ortoptyczne włączono po ukończeniu przez dzieci 3,5 lat. U 20 dzieci (47,6%) uzyskano pełny zakres widzenia obuocznego. U 4 dzieci (14,28%) z kątem zeza powyżej +10° i u 2 z ujawnioną w późniejszym okresie nadczynnością mięśnia skośnego dolnego wykonano ponowną operację. U 4 dzieci ponowne leczenie operacyjne przeprowadzono po roku od pierwszego zabiegu, u 2 zaś po 1,5 roku.

U 1 dziecka w następnym okresie wykonano jedynie recesję mięśnia skośnego dolnego, u 1 pacjenta połączono ją z recesją 1 mięśnia prostego poziomego. U 2 chorych cofnięto jedynie jeden mięsień prosty poziomy, u 2 innych wykonano operację typu recesja-resekcja na mięśniach prostych poziomych poprzednio nieoperowanego oka. Wszystkie dzieci po drugiej operacji uzyskały kąt zeza od +5° i widzenie obuoczne (tab. III).

Recesja mięśnia skośnego dolnego	Recesja jednego mięśnia prostego poziomego	Recesja-resekcja nieoperowanego oka
Recession m. inferior oblique	Recession one m. rectus	Recession-resection non operation eye
1 1 ← +	2 → 1	2

Tab. III. Rodzaj drugiej operacji.  
Table III. Type of second operation.

## Omówienie

Spośród 42 operowanych przez nas dzieci u 28 (66,7%) uzyskano po pierwszej operacji ortopozycję. Sześć osób (14,28%) wymagało ponownego zabiegu. Rowe podaje, że u 60% dzieci z zezem zbieżnym niemowlęcym operowanych przed ukończeniem 2. roku życia (w wieku od 7 do 22 miesięcy) stwierdzono pooperacyjny kąt mniejszy niż 20 dioptrii pryzmatycznych (6). W jego materiale 22,5% pacjentów uzyskało widzenie obuoczne, w naszym zaś przypadku w końcowym okresie u 26 dzieci na 42 (61,8%) stwierdzono widzenie obuoczne.

Nasi pacjenci byli operowani między 1. a 2. rokiem życia, tym wcześniej, im większy kąt zeza u nich występował.

Obecnie wielu autorów poleca operację przed ukończeniem przez dziecko 1. roku życia. Większość z nich preferuje recesję obu mięśni prostych przyśrodkowych powyżej 6 mm (1,10). Część naszych pacjentów była operowana tą metodą. Wykonano wówczas recesję od 5 do 6 mm obu mięśni przyśrodkowych. Niektórzy operatorzy przeprowadzają obuoczną recesję nawet 8 mm przy

dużych kątach zeza zbieżnego (8). Według nich pozwala to na pozostawienie mięśni bocznych nieoperowanych, co umożliwia późniejszą interwencję chirurgiczną w razie potrzeby.

Maruo i wsp. zwracają uwagę, że wykonując operacje zeza zbieżnego niemowlęcogo, należy unikać następczej pooperacyjnej egzotropii (5).

Van Selim podkreśla, że rezultat wczesnej operacji zeza zbieżnego niemowlęcogo zależy od trzech czynników: przedoperacyjnej naprzemiennej okluzji, dokładnej chirurgii, pooperacyjnej okluzji z ćwiczeniem ruchów gałek ocznych. U tych chorych należy też sprawdzić wyniki leczenia w wieku młodzieńczym (9).

## Wnioski

1. Operacja zeza zbieżnego niemowlęcogo podejmowana u dzieci w wieku od 1,5 roku do 2,5 lat daje dobre wyniki funkcjonalne.
2. Im większy kąt zeza, tym wcześniej należy operować dziecko.
3. Dzieci z zezem zbieżnym niemowlęcym powinny pozostawać pod stałą opieką poradni leczenia zeza. Pozwoli to na wykrycie w odpowiednim czasie i leczenie pojawiającej się nadczynności mięśni skośnych lub operowanie pozostałego resztkowego kąta zeza.

**PIŚMIENNICTWO:** 1. Altintas A. K., Yilmaz G. F., Duman S.: *Results of classical and augmented bimedial rectus recession in infantile esotropia*. *Strabismus*, 1999, 4, 227-236. 2. Happe W., Suleiman Y.: *Early and late occurring consecutive exotropia following a medial rectus faden operation*. *Ophthalmology*, 1999, 8, 509-512. 3. Ing M. R.: *Surgical alignment prior to six months of age for congenital esotropia*. *Trans. Am. Ophthalmol. Soc.*, 1995, 93, 135-141, discussion 141-146. 4. Ing M. R.: *The timing of surgical alignment for congenital (infantile) esotropia*. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus*, 1999, 2, 61-68, quiz 85-86. 5. Maruo T., Kubota N., Sakaue T., Usui C.: *Esotropia surgery in children: long term outcome regarding changes in binocular alignment; a study of 956 cases*. *Binocul. Vis. Strabismus, Q.* 2000, 3, 213-220. 6. Rowe F. J.: *Long-term postoperative stability in infantile esotropia*. *Strabismus*, 2000, 1, 3-13. 7. Shirabe H., Mori Y., Dogru M., Yamamoto M.: *Early surgery for infantile esotropia*. *Br. J. Ophthalmol.*, 2000, 5, 536-538. 8. Tolun H., Dikici K., Ozkiris A.: *Long-term results of bimedial rectus recessions infantile esotropia*. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus*, 1999, 4: 201-205. 9. Van Selm J. L.: *Primary infantile-onset esotropia – 20 years later*. *Graefes Arch. Clin. Exp. Ophthalmol.*, 1988, 226 (2), 122-125. 10. Wright K. W., Edelman P. M., McVey J. H., Terry A. P., Lin M.: *High-grade stereo acuity after early surgery for congenital esotropia*. *Arch. Ophthalmol.*, 1994, 7, 913-919.

Praca wpłynęła do Redakcji 19.02.2002 r. (65).

Adres do korespondencji (Reprint requests to):  
prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk  
ul. Jaworowa 5/1  
15-808 Białystok