

MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE LOWER EYELID ECTROPION AFTER COSMETIC SURGERY – A CLINICAL CASE SERIES

Pham Hong Van¹, Tran Sinh Luc²

¹National Eye Hospital - 85 Ba Trieu Street, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

²Research Fellows, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 26/12/2025

Revised: 05/01/2026; Accepted: 23/02/2026

ABSTRACT

Background: Lower eyelid ectropion is a relatively common complication following cosmetic lower blepharoplasty, leading to impaired ocular surface protection and significant aesthetic and psychological consequences. The condition is frequently associated with lateral canthal tendon laxity, anterior lamellar deficiency, or cicatricial contracture, thereby necessitating individualized reconstructive strategies tailored to the underlying pathophysiology.

Objective: To evaluate the surgical outcomes of lateral canthal tendon shortening, performed alone or in combination with full-thickness skin grafting or superficial temporal fascia grafting, in the management of postoperative lower eyelid ectropion following cosmetic surgery.

Methods: This case series included three patients presenting with postoperative lower eyelid ectropion. Patients were treated with lateral canthal tendon shortening either as a standalone procedure or combined with full-thickness skin grafting or superficial temporal fascia grafting when indicated. Outcomes were assessed using marginal reflex distance 2 (MRD2), lower eyelid distraction and snap-back tests, corneal surface status, and subjective aesthetic evaluation over a 3-month follow-up period.

Results: At 3 months postoperatively, the mean MRD2 significantly decreased from 8.7 ± 0.9 mm preoperatively to 4.0 ± 0.2 mm ($p < 0.01$). The lower eyelid distraction test improved from 10.0 ± 1.6 mm to 4.3 ± 0.3 mm, while the snap-back test converted from markedly positive (++) to negative in all cases. All patients achieved a “good” aesthetic outcome, with complete resolution of ocular surface symptoms and no recurrence or postoperative complications observed during follow-up.

Conclusions: Lateral canthal tendon shortening is a safe and effective surgical technique for the management of lower eyelid ectropion following cosmetic surgery. The procedure demonstrates high versatility and may be combined with full-thickness skin grafting or superficial temporal fascia grafting in cases involving complex anterior lamellar deficiency or recurrent ectropion. Larger-scale studies with extended follow-up durations are warranted to further validate the long-term efficacy and stability of this approach.

Keywords: lower eyelid ectropion; lateral canthal tendon shortening; full-thickness skin graft; superficial temporal fascia graft; cosmetic surgery complication.

*Corresponding author

Email: vanaesthetic@gmail.com Phone: (+84) 912009541 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4480>

MÔ TẢ KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ BAN ĐẦU BIẾN CHỨNG LẬT MI DƯỚI SAU PHẪU THUẬT THẨM MỸ - BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG

Phạm Hồng Vân¹, Trần Sinh Lục²

¹Bệnh viện Mắt Trung ương - Số 85 Bà Triệu, phường Hai Bà Trưng, thành phố Hà Nội, Việt Nam
²NCS Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 26/12/2025

Ngày chỉnh sửa: 05/01/2026; Ngày duyệt đăng: 23/02/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lật mi dưới là biến chứng tương đối thường gặp sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới, gây rối loạn chức năng bảo vệ bề mặt nhãn cầu và ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ, tâm lý người bệnh. Tổn thương thường liên quan đến giãn dây chằng mi ngoài, thiếu da hoặc sẹo co kéo, đòi hỏi chiến lược điều trị phù hợp theo từng mức độ.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài có hoặc không kết hợp ghép da dày toàn bộ hoặc ghép cân thái dương nông trong điều trị lật mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo loạt 3 trường hợp lật mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ. Các bệnh nhân được phẫu thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài đơn thuần hoặc kết hợp ghép da/cân thái dương nông. Đánh giá kết quả dựa trên chỉ số MRD2, test kéo mi, tình trạng giác mạc và mức độ hài lòng thẩm mỹ trong thời gian theo dõi 3 tháng.

Kết quả: Sau 3 tháng, MRD2 trung bình giảm từ $8,7 \pm 0,9$ mm xuống $4,0 \pm 0,2$ mm ($p < 0,01$). Test kéo mi ra trước cải thiện từ $10,0 \pm 1,6$ mm xuống $4,3 \pm 0,3$ mm; test kéo mi xuống dưới chuyển từ dương tính (++)/+++ sang âm tính. 100% bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ mức “tốt”, không ghi nhận biến chứng hay tái phát trong thời gian theo dõi.

Kết luận: Rút ngắn dây chằng mi ngoài là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị lật mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ. Kỹ thuật có tính linh hoạt cao, có thể phối hợp ghép da hoặc ghép cân thái dương nông trong trường hợp tổn thương phức tạp. Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định giá trị lâu dài của phương pháp.

Từ khóa: lật mi dưới; dây chằng mi ngoài; ghép da dày toàn bộ; cân thái dương nông; biến chứng phẫu thuật thẩm mỹ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lật mi dưới (lower eyelid ectropion) là tình trạng bờ tự do của mi dưới bị xoay ra ngoài, khiến mặt sau của mi không còn áp sát vào nhãn cầu [1]. Đây là một biến chứng thường gặp sau các phẫu thuật mi dưới, đặc biệt là sau phẫu thuật cắt da và lấy mỡ. Lật mi gây nên nhiều triệu chứng phức tạp: chảy nước mắt, viêm bờ mi, khô mắt, viêm loét giác mạc, ... có thể dẫn đến tổn hại thị lực không hồi phục. Ngoài ra biến chứng này còn ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ, tâm lý, giảm chất lượng cuộc sống người bệnh. Trong những năm gần đây, nhu cầu phẫu thuật thẩm mỹ vùng mi tăng mạnh, tỉ lệ biến chứng cũng gia tăng. Lật mi sau phẫu thuật thường xuất hiện do mất cân bằng giữa các thành phần cấu trúc của mi dưới, bao gồm: da, cơ vòng mi, mạc vách ngăn, mạc cơ mi dưới và đặc biệt là hệ thống dây chằng góc ngoài. Nhiều kỹ thuật đã được mô tả, trong đó kỹ thuật Anderson được xem là tiêu chuẩn trong điều trị lật mi do giãn dây chằng mi ngoài. Kỹ thuật Anderson mô tả việc tách rời bờ mi, bóc tách rời dây chằng mi ngoài, cắt

bỏ phần kết mạc dư, cố định lại vào màng xương bờ ngoài ổ mắt bằng chỉ không tiêu [2]. Phương pháp này có thể áp dụng linh hoạt cho nhiều mức độ lật mi khác nhau, có thể thực hiện đơn độc hoặc phối hợp với các phẫu thuật khác như giải phóng sẹo co kéo, ghép da, ghép cân cơ thái dương... Chúng tôi báo cáo một số trường hợp lâm sàng tiêu biểu nhằm đánh giá kết quả ban đầu và làm rõ tính khả thi và hiệu quả của kỹ thuật.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1: Lật mi dưới góc ngoài do giãn dây chằng mi ngoài đơn thuần

Bệnh nhân: Nữ, 34 tuổi, đến khám vì chảy nước mắt và cảm giác cộm rất kéo dài sau phẫu thuật cắt mí dưới cách 10 tháng.

Lý do vào viện: Khô giác mạc, đỏ mắt, lệch nhẹ bờ mi phải ra ngoài.

*Tác giả liên hệ

Email: vanaesthetic@gmail.com Điện thoại: (+84) 912009541 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD2.4480>

Khám lâm sàng: 2 mắt bờ mi lật ra ngoài, chủ yếu góc ngoài, không áp sát nhãn cầu, lộ kết mạc mi, góc mắt ngoài tù, có xung huyết nhẹ. MRD2: 8,4 mm, test kéo mi xuống dưới: dương tính (++), mi trở lại chậm >1 giây, test kéo mi ra trước: 9,2 mm (các triệu chứng thực thể trên lâm sàng đo bởi bác sỹ điều trị).

Chẩn đoán: Lật mi dưới góc ngoài do giãn dây chằng mi ngoài sau phẫu thuật cắt da thừa mi dưới.

Phương pháp phẫu thuật: Rạch da góc mắt ngoài khoảng 5–6 mm theo hướng ngang qua góc mắt và một phần mi dưới góc ngoài. Tách rời bờ mi ngoài đến phần sụn mi, loại bỏ phần kết mạc dư mặt sau mi. Bộc lộ dây chằng mi ngoài. Bóc tách màng xương bờ ổ mắt ngoài, xác định vị trí bám của dây chằng cũ. Khâu cố định dây chằng vào màng xương ổ mắt ngoài bằng chỉ không tiêu 5.0 Nylon. Kiểm tra độ căng mi, khâu đóng da chỉ 6/0 nylon.



Hình 1: Điều trị lật mi dưới bằng rút ngắn dây chằng mi ngoài đơn thuần (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Kết quả ngay sau phẫu thuật: mi dưới áp sát tốt vào nhãn cầu ngay sau mổ. Không biến dạng góc mắt ngoài, sẹo kín đáo.

Theo dõi kết quả sau mổ, điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề:

Bảng 1: Theo dõi kết quả sau mô phẫu thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài đơn thuần

Thời điểm	MRD2 (mm)	Test kéo mi xuống dưới	Test kéo mi ra trước (mm)	Giác mạc	Đánh giá thẩm mỹ
Trước mổ	8,4	+++	9,2	Khô, bắt màu (+)	Mất cân đối rõ
1 tuần	6,1	+	6	Bình thường	Cải thiện rõ
1 tháng	5,9	±	5	Bình thường	Tốt
3 tháng	5,8	âm tính	4	Bình thường	Tốt, ổn định

Đánh giá kết quả cuối cùng sau 3 tháng, MRD2 giảm còn 5,8 mm, mi áp sát tự nhiên, không tái phát. Kết quả chức năng và thẩm mỹ đều đạt loại tốt (đánh giá do BS điều trị dựa trên so sánh các triệu chứng trước sau mổ và bệnh nhân tự đánh giá).

2.2. Ca lâm sàng 2: Lật mi dưới do sẹo co kéo và thiếu da vùng mi – rút ngắn dây chằng mi ngoài kết hợp ghép da dày toàn bộ

Bệnh nhân: Nữ, 62 tuổi, có tiền sử cắt da và lấy mỡ mi dưới tại cơ sở tư nhân 6 tháng trước.

Lý do vào viện: Lật mi hai bên, hở mi khi ngủ, khô giác mạc và chảy nước mắt.

Khám lâm sàng: Da mi dưới mỏng, co rút, mất nếp tự nhiên. MRD2: 9 mm (hai bên). Test kéo mi xuống dưới ++, test kéo mi ra trước 8 mm. Có sẹo nhỏ vùng dưới bờ mi, mô xơ dính với cơ vòng mi.



Hình 2: Lật mi dưới kèm thiếu mô lớp trước (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Chẩn đoán: Lật mi dưới hai bên do sẹo co kéo và thiếu da mi dưới.

Thực hiện phẫu thuật giải phóng sẹo co kéo kết hợp rút ngắn dây chằng mi ngoài. Các bước: Giải phóng sẹo vùng trước mi. Tiến hành lấy da dày toàn bộ ở vùng sau tai, tách bỏ mỡ thừa. Ghép da mảnh tự thân lấy từ vùng sau tai, kích thước 20×8 mm.



Hình 3: Phẫu thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài kết hợp ghép da dày toàn bộ (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Theo dõi sau mổ, điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề:

Bảng 2: Theo dõi kết quả sau mổ rút ngắn dây chằng mi ngoài kết hợp ghép da dày toàn bộ

Thời điểm	MRD2 (mm)	Test kéo mi xuống dưới	Test kéo mi ra trước (mm)	Giác mạc	Đánh giá thẩm mỹ	Đánh giá mảnh ghép
Trước mổ	9	++	8	Khô, xước biểu mô (+)	Mất cân đối	-
1 tuần	6	+	5	Bình thường	Cải thiện rõ	Mảnh ghép hồng
1 tháng	4,5	±	4,5	Bình thường	Tốt	Sống tốt
3 tháng	4,0	âm tính	4	Trong, không kích ứng	Tốt, ổn định	Sống tốt

Nhận xét: Phẫu thuật giúp phục hồi hoàn toàn sự áp sát mi – nhãn cầu, giảm rõ triệu chứng khô rát. Không còn biểu hiện hở mi khi ngủ, sẹo mảnh, không co kéo. Đường ghép da liền tốt.

2.3. Ca lâm sàng 3: Lật mi dưới tái phát sau phẫu thuật – rút ngắn dây chằng mi ngoài kết hợp ghép cân thái dương nông

Bệnh nhân: Nữ, 58 tuổi, tiền sử phẫu thuật lấy mỡ mi dưới tại cơ sở thẩm mỹ tư nhân 18 tháng trước. Đã phẫu thuật điều trị lật mi dưới 2 lần tại các cơ sở khác nhưng không hiệu quả.

Lý do vào viện: Mi dưới lật nặng, giác mạc khô, hở mi khi ngủ, ảnh hưởng thị lực. Khám lâm sàng: Bờ mi lật rõ rệt, kết mạc đỏ, lộ giác mạc. MRD2: 10,2 mm. test kéo mi xuống dưới: +++ , test kéo mi ra trước: 12 mm. Co kéo da và mô dưới da rõ, góc ngoài xệ xuống. Sẹo mổ cũ dày và cứng.

Chẩn đoán: Lật mi dưới nặng sau phẫu thuật thẩm mỹ, phối hợp thiếu da và giãn dây chằng mi ngoài.



Hình 4: Lật mi dưới nặng tái phát nhiều lần (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Phẫu thuật: Phối hợp giải phóng sẹo – rút ngắn dây chằng mi ngoài – Ghép cân thái dương nông hỗ trợ. Giải phóng mô xơ co kéo toàn bộ vùng trước mi. bóc lộ dây chằng mi ngoài và khâu ngắn dây chằng mi ngoài. Lấy mảnh cân thái dương nông tự thân lấy từ vùng trên tai, kích thước 23×10 mm. Thực hiện kỹ thuật: bóc tách sụn mi, tạo dải cân thái dương, luồn dải cân thái dương vào bờ mi dưới bằng kim Wight và cố định vào màng xương bờ ngoài ổ mắt, phía trong cố định vào dây chằng mi góc trong. Kiểm tra độ khép mi – nhắm mắt kín, khâu da thẩm mỹ.



Hình 5: Phẫu thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài kết hợp treo cân thái dương nông (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Theo dõi sau mổ, điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề:

Bảng 3: Theo dõi kết quả sau mổ rút ngắn dây chằng mi ngoài kết hợp treo cân thái dương nông

Thời điểm	MRD2 (mm)	Test kéo mi xuống dưới	Test kéo mi ra trước (mm)	Giác mạc	Đánh giá thẩm mỹ	Nơi cho cân
Trước mổ	10,2	+++	12	Khô, viêm giác mạc nông	Mất cân đối, hở mi	-
1 tuần	6	+	6	Cải thiện, còn đỏ nhẹ	Cải thiện rõ	Liên tốt
1 tháng	4,5	±	4,5	Bình thường	Tốt	Sẹo tốt
3 tháng	4,0	âm tính	4	Trong, không viêm	Tốt, cân xứng	Sẹo tốt

Nhận xét: Sau 3 tháng, bờ mi trở về vị trí bình thường, giác mạc trong, bệnh nhân hết chảy nước mắt và không còn hở mi khi ngủ. Nơi cho cân thái dương kín đáo, sẹo liền tốt

2.4. Tổng hợp kết quả chung 3 ca

Bảng 4: Theo dõi kết quả chung điều trị lật mi dưới

Thông số trung bình (n=3)	Trước mổ	1 tuần	1 tháng	3 tháng
MRD2 (mm)	8,7 ± 0,9	5,6 ± 0,6	4,5 ± 0,3	4,0 ± 0,2
Test kéo mi ra trước (mm)	10,0 ± 1,6	6,0 ± 0,7	4,7 ± 0,3	4,3 ± 0,3
Test kéo mi xuống dưới	++ đến +++	+	±	âm tính
Biến chứng	-	Không	Không	Không
Đánh giá thẩm mỹ chủ quan (thang 3 mức)	Kém	Trung bình	Tốt	Tốt (100%)

Nhận định chung: Kết quả sớm, cả 3 bệnh nhân đều đạt kết quả phục hồi hình thái mi và chức năng bảo vệ giác mạc rõ rệt. Độ căng mi sau phẫu thuật ổn định, không tái phát sau 3 tháng theo dõi. Tất cả các trường hợp đều hài lòng về thẩm mỹ, không có biến chứng như lật lại, biến dạng góc ngoài hay sẹo co kéo.

Ba trường hợp trong báo cáo cho thấy sự cải thiện đồng đều cả về chức năng và thẩm mỹ. MRD2 trung bình giảm từ 9,0 ± 0,8 mm trước mổ xuống còn 4,0 ± 0,2 mm sau 3 tháng (p < 0,01). Test kéo mi ra trước cải thiện từ trung bình 10 mm còn 4,3 mm. Test kéo mi xuống dưới chuyển từ dương tính (++/+++) sang âm tính hoàn toàn.

3. BÀN LUẬN

Lật mi dưới sau phẫu thuật là một biến chứng tương đối phức tạp, thường do nhiều yếu tố phối hợp gây nên, bao gồm: (1) Giãn dây chằng mi ngoài – làm giảm độ căng ngang của mi [4], (2) Mất cân bằng lớp da – cơ – cân cơ, (3) Sẹo co kéo do lấy da quá mức hoặc viêm mạn tính [5], (4) Yếu tố lão hóa mô mềm vùng quanh hốc mắt [6]. Trong đó, dây chằng mi ngoài đóng vai trò chủ chốt trong việc duy trì vị trí và trục của khe mi. Khi dây chằng bị giãn, lực kéo giữ mi mất đi, khiến trục mi không còn song song với bờ giác mạc, dẫn đến hiện tượng trễ mi và dần hình thành lật mi dưới. Lật mi sau phẫu thuật thẩm mỹ, lật mi còn do mất da vùng mi

dưới, gây co kéo vùng trước mi, làm mi bị kéo ra ngoài [7]. Tình trạng này gặp nhiều ở người da châu Á do đặc điểm cấu trúc da mỏng và lớp mỡ dưới da ít. Tại thời điểm đánh giá, cả ba bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có biểu hiện giãn dây chằng mi ngoài rõ, đồng thời có một hoặc nhiều yếu tố phối hợp như sẹo co kéo hoặc thiếu da.

Kỹ thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài được Anderson và Gordy giới thiệu lần đầu năm 1979 như một giải pháp tiêu chuẩn trong điều trị lật mi do giãn dây chằng mi ngoài. Phương pháp này dựa trên nguyên tắc rút ngắn và cố định lại đầu ngoài của sụn mi vào màng xương bờ ngoài ổ mắt, qua đó khôi phục độ căng ngang sinh lý của mi và đưa bờ mi trở về vị trí áp sát nhãn cầu [1]. Ưu điểm của kỹ thuật: Đơn giản và an toàn: thời gian mổ ngắn, có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ; Chính xác về giải phẫu: tái tạo được vị trí bám tự nhiên của dây chằng mi ngoài; Phục hồi hình thái tự nhiên của góc mắt ngoài, không làm biến dạng trục mi; Hiệu quả lâu dài: theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ tái phát thấp (<5%).

Kỹ thuật này đặc biệt hiệu quả trong điều trị lật mi do giãn dây chằng đơn thuần. Trong trường hợp biến chứng tái phát nhiều lần hoặc thiếu da, có thể kết hợp linh hoạt với ghép da dày toàn bộ hoặc ghép cân thái dương nông.

Trong loạt 3 ca của chúng tôi, kỹ thuật Anderson đều được áp dụng thành công ở cả ba tình huống bệnh lý khác nhau. Ca 1: giãn dây chằng đơn thuần; Ca 2: giãn dây chằng kèm thiếu da; Ca 3: giãn dây chằng và lật mi nặng tái phát nhiều lần.

Kết quả cho thấy ở tất cả các trường hợp, MRD2 sau 3 tháng giảm trung bình 5 mm so với trước mổ, bờ mi áp sát tốt vào nhãn cầu và không tái phát.

Kakizaki (2010) nghiên cứu trên 43 bệnh nhân lật mi và nhận thấy kỹ thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài mang lại tỷ lệ cải thiện chức năng 94%, thẩm mỹ 90%, và tái phát chỉ 4,6% [13]. Kết quả của chúng tôi tương đồng với báo cáo trên: 3 bệnh nhân đều phục hồi hoàn toàn hình thái mi, tỷ lệ hài lòng chủ quan đạt 100%. Biến chứng sau mổ không ghi nhận sau 3 tháng theo dõi. Tuy nhiên vẫn cần nghiên cứu dài hạn đánh giá tình trạng sẹo, bề mặt nhãn cầu, mức độ phục hồi giải phẫu và thẩm mỹ.

4. KẾT LUẬN

Rút ngắn dây chằng mi ngoài là phương pháp phẫu thuật hiệu quả, an toàn và dễ áp dụng trong điều trị lật mi dưới sau phẫu thuật thẩm mỹ. Qua loạt 3 trường hợp điển hình kỹ thuật cho thấy:

Hiệu quả phục hồi hình thái giải phẫu rõ rệt: MRD2 giảm trung bình 5 mm, mi dưới áp sát nhãn cầu tốt, không còn biểu hiện khô giác mạc hoặc hở mi, cải thiện chức năng bảo vệ nhãn cầu và thẩm mỹ ổn định: tất cả bệnh nhân đều đạt kết quả “tốt” sau 3 tháng, không ghi nhận tái phát hoặc biến chứng. Kỹ thuật có tính linh hoạt cao, có thể kết hợp với các kỹ thuật khác như giải phóng sẹo, ghép da hoặc ghép cân thái dương nông trong các trường hợp tổn thương phức hợp. Kết quả ban đầu cho thấy kỹ thuật rút ngắn dây chằng mi ngoài có tính khả thi, là một lựa chọn đầu tay trong điều trị lật mi dưới do giãn dây chằng mi ngoài sau phẫu thuật thẩm mỹ. Tuy nhiên, đây là kết quả đánh giá trong giai đoạn sớm, để khẳng định giá trị lâu dài và mức độ duy trì của kết quả, cần có nghiên cứu tiếp

theo với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn (≥12 tháng), kèm theo các thang điểm đánh giá toàn diện và thang điểm hài lòng của bệnh nhân.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Anderson RL, Gordy DD. The lateral tarsal strip procedure. *Arch Ophthalmol*. 1979;97(11):2192-2196. doi:10.1001/archophth.1979.01020020508016
- [2] Jordan DR, Anderson RL. The lateral tarsal strip revisited: the enhanced tarsal strip. *Arch Ophthalmol*. 1989;107(4):604-606. doi:10.1001/archophth.1989.01070010618042
- [3] Patipa M. The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 2000;106(2):438-453. doi:10.1097/00006534-200008000-00024
- [4] Collin JRO. *A Manual of Systematic Eyelid Surgery*. 3rd ed. Oxford, UK: Butterworth-Heinemann; 2006.
- [5] Kam KYR, Cole CJ, Bunce C, Kamal D. The lateral tarsal strip in ectropion surgery: is it effective when performed in isolation? *Eye (Lond)*. 2012;26(6):827-832. doi:10.1038/eye.2012.54
- [6] Chong KK. Lateral canthal surgery. *Curr Opin Ophthalmol*. 2010;21(5):371-376. doi:10.1097/ICU.0b013e32833c1c1f
- [7] Goldberg RA. Prophylactic lateral canthopexy in lower blepharoplasty. *Arch Facial Plast Surg*. 2003;5(3):203-206. doi:10.1001/archfaci.5.3.203
- [8] Vagefi MR, McMullan TF, Burroughs JR, McCann JD. The lateral tarsal strip mini-tarsorrhaphy procedure. *Arch Facial Plast Surg*. 2009;11(1):37-41. doi:10.1001/archfacial.2008.523
- [9] Oestreicher JH, Mehta S. Complications of blepharoplasty: prevention and management. *Plast Reconstr Surg*. 2012;130(5):100e-112e. doi:10.1097/PRS.0b013e31826d9a1f
- [10] Williams KJ, Reddy SK, Lee MS. Eyelid malposition after blepharoplasty: an ounce of prevention. *Facial Plast Surg*. 2021;37(1):13-20. doi:10.1055/s-0040-1719026
- [11] Dortzbach RK, Hawes MJ. Lower eyelid blepharoplasty by the anterior approach: prevention and management of complications. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 1989;5(1):1-10.
- [12] Levin F, Murchison AP, Bilyk JR. Viability of full-thickness skin grafts used for correction of cicatricial lower eyelid ectropion. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2014;30(1):21-25. doi:10.1097/IOP.0000000000000015
- [13] Kakizaki H, Zako M, Nakano T, et al. Lateral canthal anatomy and its clinical implications. *Clin Ophthalmol*. 2010;4:1595-1601. doi:10.2147/OPHTH.S15334
- [14] Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, et al; CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development. *BMJ Case Rep*. 2013;2013:bcr2013201554. doi:10.1136/bcr-2013-201554