

Nhân một trường hợp phẫu thuật cắt kết mạc trên bệnh nhân sa kết mạc

Nguyễn Ngọc Tâm Đan^{1,*}, Diệp Hữu Thắng², Dương Nguyễn Việt Hương^{1,2}, Lâm Minh Vinh², Trần Kế Tổ¹



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

TÓM TẮT

Sa kết mạc là tình trạng kết mạc cùng đỏ ở hai mắt lõng lẻo, không phù nề và có nhiều nếp gấp dư thừa, đặc biệt ở cùng đỏ dưới. Những nếp gấp kết mạc này gây nên nhiều triệu chứng khó chịu cho bệnh nhân như cộm xốn, khô mắt, chảy nước mắt, nhìn mờ... do bít tắc điểm lệ dưới hay mất ổn định màng phim nước mắt. Sự mất ổn định màng phim nước mắt, phim nước mắt không được trải đều vào vùng cùng đỏ, chiều cao liềm nước mắt thay đổi, tăng ma sát cơ học giữa các nếp gấp với bề mặt nhãn cầu, sẽ làm tăng nguy cơ tổn thương biểu mô giác mạc và viêm nhiễm bề mặt nhãn cầu. Sa kết mạc là bệnh lý bề mặt nhãn cầu thường gặp nhưng hay bị bỏ qua và chẩn đoán nhầm với khô mắt, rối loạn chức năng tuyến Meibomius hay viêm kết mạc dị ứng. Khó khăn trong việc chẩn đoán sa kết mạc này là do triệu chứng không đặc trưng, bệnh thường diễn tiến âm thầm và bác sĩ lâm sàng không nhận ra dấu hiệu của nếp gấp. Phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân sa kết mạc nặng không giảm triệu chứng với điều trị nội khoa (nước mắt nhân tạo, thuốc nhỏ kháng viêm), nhằm tái tạo lại bề mặt trơn láng của kết mạc và chức năng liềm nước mắt. Để hiểu rõ hơn về hiệu quả của việc phẫu thuật sa kết mạc, chúng tôi báo cáo quá trình theo dõi một trường hợp sa kết mạc trước và sau phẫu thuật 3 tháng.

Từ khoá: sa kết mạc, phẫu thuật cắt kết mạc, hiệu quả phẫu thuật

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa kết mạc (SKM) là tình trạng kết mạc (KM) cùng đỏ ở hai mắt lõng lẻo, không phù nề và có nhiều nếp gấp dư thừa, đặc biệt ở cùng đỏ dưới¹. Những nếp gấp KM này gây triệu chứng khó chịu cho bệnh nhân (BN) như cộm xốn, khô mắt, chảy nước mắt, nhìn mờ... Tùy vào độ SKM mà mức độ ảnh hưởng đến BN sẽ khác nhau, từ không có triệu chứng đến giảm chất lượng cuộc sống. Điều trị bước đầu gồm nước mắt nhân tạo hoặc corticosteroids nhỏ tại chỗ. Trong trường hợp điều trị nội khoa thất bại (không kiểm soát được triệu chứng) thì nên nghĩ đến can thiệp phẫu thuật (PT)². Đã có nhiều kỹ thuật khác nhau nhằm mục đích loại bỏ phần KM dư thừa. Tuy nhiên theo giá thiết của tác giả Yokoi³, SKM được xem là nguyên nhân quan trọng làm mất chức năng liềm nước mắt. Vì vậy, tác giả Yokoi đề xuất phương pháp cắt KM theo hình bán nguyệt từ đây chẳng góc ngoài đến điểm lệ nhằm tái tạo liềm nước mắt sinh lý. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả một trường hợp điều trị thành công SKM bằng PT cắt KM hình lưỡi liềm, có định khu và khâu lại KM bằng chỉ tan.

TỔNG QUAN VỀ SA KẾT MẠC

Cơ chế bệnh sinh

Những kiến thức về sinh bệnh học của SKM hiện nay có rất ít và còn nhiều tranh cãi. Công bố gần đây nhất cho rằng những thay đổi này là do sự lão hoá mô dưới da, sợi elastin hay mô nâng đỡ ở KM⁴. Dụi mắt, kích thích cơ học, chấn thương KM và bất thường mi mắt, được cho là những yếu tố thúc đẩy tiến triển bệnh⁵. Nếp gấp KM này gây bít tắc điểm lệ hay làm mất ổn định phim nước mắt. Phim nước mắt không được trải đều vào vùng cùng đỏ, chiều cao liềm nước mắt thay đổi, tăng ma sát cơ học giữa các nếp gấp với bề mặt nhãn cầu, sẽ làm tăng nguy cơ tổn thương biểu mô giác mạc và viêm nhiễm bề mặt nhãn cầu⁶.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán SKM dựa trên đánh giá nếp gấp dư thừa, lõng lẻo ở KM cùng đỏ của hai mắt, bằng cách nhuộm fluorescein và khám bằng slit-lamp.

Tiêu chuẩn phân độ

Hoh và c.s.⁷ đã mô tả phân độ SKM đầu tiên dựa trên số lượng nếp gấp KM, gọi là hệ thống phân độ LIP-COF (Lid – parallel conjunctival folds), có giá trị cao trong điều trị và được sử dụng nhiều nhất hiện nay (Hình 1).

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Liên hệ

Nguyễn Ngọc Tâm Đan, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Email: nguyenngoctamdan@gmail.com

Lịch sử

- Ngày nhận: 30-8-2021
- Ngày chấp nhận: 05-10-2021
- Ngày đăng: 06-11-2021

DOI: 10.32508/stdjhs.v2i2.487

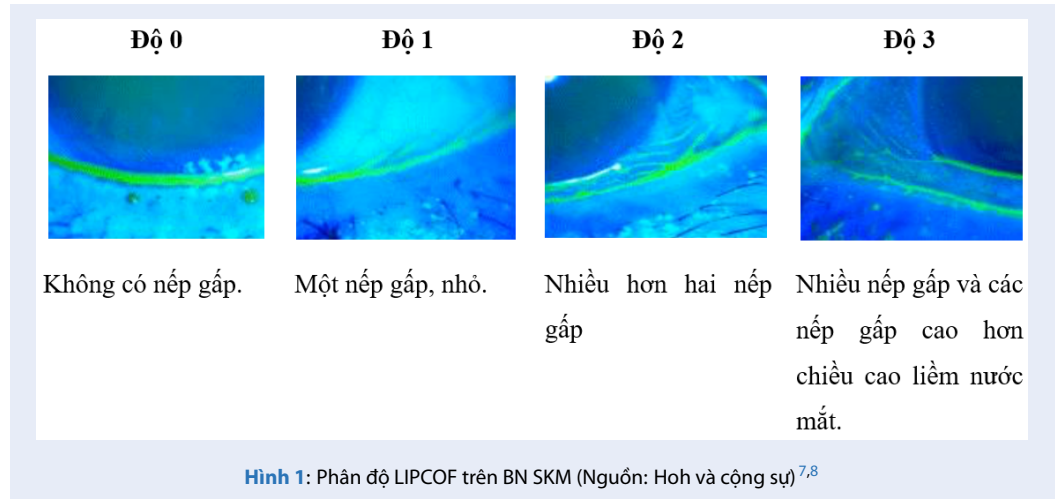


Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Trích dẫn bài báo này: Đan N N T, Thắng D H, Hương D N V, Vinh L M, Tổ T K. **Nhân một trường hợp phẫu thuật cắt kết mạc trên bệnh nhân sa kết mạc.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):265-270.



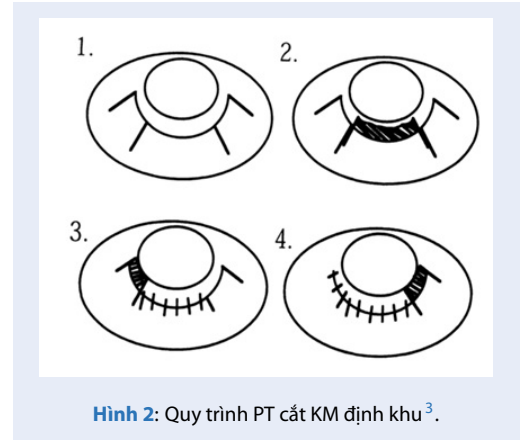
BN sau khi được đánh giá mức độ SKM sẽ được khảo sát bằng câu hỏi OSDI (Ocular Surface Disease Index - chỉ số triệu chứng bề mặt nhãn cầu); đo TMH (Tear meniscus height - chiều cao liềm nước mắt) và NIBUT (Non invasive keratograph break up time - độ bền vững phim nước mắt) bằng máy Keratograph 5M, khám slit-lamp đánh giá tình trạng bít tắt điểm lệ và ảnh hưởng của nếp gấp lên bề mặt giác mạc.

Các phương pháp điều trị

Không có triệu chứng, BN sẽ không có chỉ định điều trị². BN có triệu chứng sẽ được bắt đầu điều trị với nước mắt nhân tạo hoặc corticosteroids nhỏ tại chỗ. Nếu BN có bệnh lý bề mặt nhãn cầu khác đi kèm (viêm KM dị ứng, bệnh lý tuyến Meibomius, hội chứng khô mắt, viêm KM dị ứng), cần được điều trị đồng thời. Khi đã loại trừ tất cả các bệnh lý bề mặt nhãn cầu khác, cũng như điều trị bảo tồn thất bại (không kiểm soát được triệu chứng sau 8 tuần [3]) thì nên nghĩ đến chỉ định can thiệp PT [10].

Phương pháp cắt kết mạc hình lưỡi liềm của tác giả Yokoi³

Trước khi PT, BN được gây tê hậu cầu bằng Lidocain 2%. Sau đó, đánh dấu và cắt KM tại vị trí cách rìa giác cùng mạc 3,5 mm, theo hình cung từ điểm lệ dưới đến góc ngoài mi, tương ứng cung giờ từ 4 – 8 giờ, bằng mực và dụng cụ đo. Bóc tách từng phần KM ra khỏi các cấu trúc phía dưới bằng kéo. Chia cung KM dư thừa thành 3 phần tương ứng phía mũi, giữa và thái dương, tại vị trí 5 giờ và 7 giờ (Hình 2, bước 1). Kéo phần KM này lên và ước lượng phần KM dư thừa cần cắt, lần lượt theo 3 phần (Hình 2, bước 2). Khâu hai mép vếp cắt theo hình vòng cung bằng chỉ Vicryl 8.0 (Hình 2, bước 3 và 4).



CA BÁO CÁO

Bệnh sử

BN nữ, 59 tuổi, nhập viện vì mắt trái (MT) chảy nước mắt và nhìn mờ từ 1 năm nay. Cách nhập viện 2 tháng, MT chảy nước mắt ngày càng tăng dần → khám Bệnh viện Mắt TP.HCM, được chẩn đoán MT: SKM độ 3, mắt phải (MP): SKM độ 2. Điều trị nội khoa MT C. fluormetholone 0,1% nhỏ tại chỗ và hai mắt (2M) nước mắt nhân tạo nhưng MT không giảm triệu chứng sau 8 tuần điều trị nên BN được chỉ định PT MT cắt KM.

MP không có triệu chứng nên BN không có chỉ định điều trị ngoại khoa.

Khám: vào ngày nhập viện, ghi nhận (Bảng 1):

Chẩn đoán: MT: SKM độ 3.

BN được đánh giá mức độ khô mắt theo bảng câu hỏi OSDI ghi nhận OSDI trước PT là 25,0 điểm, tương ứng mức độ 2 bệnh lý bề mặt nhãn cầu.

Bảng 1: Tình trạng hai mắt vào thời điểm nhập viện

Khám	Mắt phải	Mắt trái
Thị lực	8/10	8/10
Nhân áp (mmHg)	14.6	14.6
Phân độ SKM		
Phía mũi	Độ 1	Độ 2
Phía giữa	Độ 1	Độ 3
Phía thái dương	Độ 2	Độ 2
Đặc điểm SKM		
Bít điểm lệ	(-)	(+)
Viêm giác mạc chấm nông (SPK)	(-)	(+) (Hình 2)

Chụp Keratograph 5M MT trước PT ghi nhận hai giá trị: NIBUT 4,21 giây; TMH 0,1 mm.

Hướng xử trí: MT: Cắt KM

Sau PT, BN được sử dụng thuốc: Cataflam 0,05g và Paracetamol 0,5g trong 1 tuần đầu sau PT, C.Vigadexa giảm liều dần, C. Sanlein 0,1% và Pde. Liposic.

Diễn tiến sau phẫu thuật 3 tháng

Sau 3 tháng, BN vẫn được nhỏ C. Sanlein 0,1% 4 lần/ngày và ghi nhận:

Thị lực: 2M 8/10, Nhân áp: 2M 14,6 mmHg

MT: KM hồng, chỉ KM đã tan hoặc cắt hết, sọ KM lành tốt, không bít tắc điểm lệ, tái lập liễm nước mắt (Hình 4).

Sự cải thiện các triệu chứng cơ năng và thực thể được thể hiện qua Bảng 2:

BÀN LUẬN

Đặc điểm nền của bệnh nhân

Nữ giới độ tuổi này tương đương với thời điểm mãn kinh, khi mà sự thoái hoá sợi elastic do quá trình lão hoá tăng nhanh nhất⁹. Điều này giải thích tại sao SKM lại thường gặp ở nữ giới hơn nam giới¹⁰. Như trong NC của tác giả Yokoi¹¹, Georgios¹² ghi nhận tỉ lệ nữ giới chiếm đa số, lần lượt là 60,0% và 84,3%.

Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Triệu chứng thường gặp nhất của SKM là cộm xốn và chảy nước mắt^{3,13,14}. BN chúng tôi có triệu chứng chính là chảy nước mắt, nguyên nhân do các nếp gấp KM phía mũi làm bít điểm lệ, cản trở sự thoát lưu và thanh thải nước mắt gây ứ đọng và chảy nước mắt.

SKM có thể xuất hiện ở cả ba vị trí mũi, giữa, thái dương; phân độ của mỗi vị trí có thể khác nhau¹². SKM xuất hiện chủ yếu và đầu tiên tại vị trí thái

dương, nhưng ở BN có triệu chứng thì SKM lại gặp chủ yếu phía mũi và giữa¹². Ở BN này, triệu chứng chảy nước mắt do nếp gấp KM ở phía mũi gây ra, trong khi đó SPK do nếp gấp ở giữa gây ra.

Nếp gấp KM dư thừa làm cho liễm nước mắt bên cạnh nếp gấp trở nên mỏng và mất ổn định phim nước mắt, dẫn đến tình trạng khô mắt¹⁴. Tác giả Georgios¹² cũng cho rằng tùy vào độ nặng của SKM mà tỉ lệ khô mắt và chảy nước mắt sẽ tăng lên.

Sự bất thường liễm nước mắt và phim nước mắt trong trường hợp này của chúng tôi được thể hiện thông qua bốn biến số ghi nhận trước PT bao gồm: SPK (dương tính), OSDI (25,0 điểm), NIBUT (4,21 giây) và TMH (0,1 mm).

Bên cạnh đó, các nếp gấp dư thừa quá nhiều sẽ cản trở quá trình dàn trải nước mắt trên bề mặt nhãn cầu, làm giảm tác dụng của thuốc nhỏ mắt¹⁴. Đó là lý do tại sao ở trường hợp này của chúng tôi, BN không đáp ứng với thuốc nhỏ tại chỗ.

Hiệu quả phẫu thuật

BN sau PT ngoài tái tạo được bề mặt trơn láng, sẽ tái lập được cấu trúc liễm nước mắt dưới hoàn toàn. Điều này thể hiện qua những đặc điểm sau:

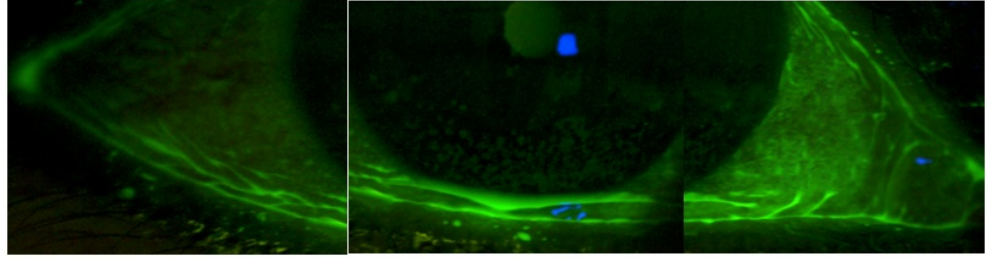
Về triệu chứng cơ năng, BN chúng tôi khai mức độ triệu chứng cơ năng cải thiện 90%. Đã có nhiều nghiên cứu (NC) ghi nhận sự cải thiện triệu chứng cơ năng đáng kể của BN SKM sau PT, như là NC của tác giả Yokoi³ ghi nhận có 84,8% BN cải thiện triệu chứng.

Như đã đề cập ở trên, mặc dù sau PT BN có cải thiện triệu chứng nhìn mờ nhưng không cải thiện thị lực, có thể được giải thích bởi tác động của phim nước mắt bất thường ở BN SKM khiến bề mặt giác mạc gồ ghề, làm giảm độ nhạy tưởng phân và gây nhìn mờ¹⁵. Điều này có thể được chứng minh qua sự cải thiện của phim nước mắt sau PT như sau:

Sau PT 3 tháng, BN không còn SPK (Hình 3). Sự cải thiện SPK do hồi phục chức năng liễm nước mắt, làm tăng tác dụng của thuốc nhỏ mắt lên bề mặt nhãn cầu¹⁴.

So với OSDI trước PT, giá trị OSDI sau PT trong NC của chúng tôi giảm đáng kể. Tương tự với NC của tác giả Li Qing-song¹⁶ ghi nhận chỉ số OSDI trước và sau PT trung bình lần lượt là $30,28 \pm 5,68$ và $8,82 \pm 2,36$ ($p < 0,01$).

Theo TFOS DEWS II, NIBUT < 5s là cut-off để chẩn đoán khô mắt¹⁷. Giá trị NIBUT trước PT của BN trong trường hợp của chúng tôi là 4,21 giây, cải thiện đáng kể sau PT với giá trị là 21,41 giây. NC của chúng tôi sử dụng NIBUT thay vì FBUT, như trong NC của tác giả như Hara¹³, Wang¹⁸... vì NIBUT không



Hình 3: SKM trước PT



Hình 4: BN sau PT 3 tháng

Bảng 2: Sự cải thiện các triệu chứng

Đặc điểm	Trước PT	Sau PT
Mức độ triệu chứng cơ năng	10/10	1/10
SPK	Dương tính	Âm tính
OSDI	25,0 điểm	7,1 điểm
NIBUT	4,21 giây	21,41 giây
TMH	0,1 mm	0,27 mm

những có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn, mà còn tránh được việc fluorescein tác động lên bề mặt nhãn cầu¹⁷.

Nếu dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán khô mắt theo tác giả Yokoi^{19,20} với TMH < 0,25 mm thì có thể thấy trong trường hợp của chúng tôi, viêm nước mắt đã được phục hồi – đạt 0,27 mm, khi mà giá trị TMH trước PT là 0,1 mm. Điều này có thể thấy được mục đích của việc thực hiện PT cắt KM trên BN SKM là tái tạo viêm nước mắt đã thành công.

KẾT LUẬN

SKM là bệnh lý thường gặp ở phụ nữ, lớn tuổi. SKM được xem là bệnh lý bề mặt nhãn cầu duy nhất không những gây chảy nước mắt mà còn gây khô mắt. Bên cạnh đó, SKM tạo tác động cơ học lên bề mặt nhãn cầu, gây ra triệu chứng cộm xốn. Đây là triệu chứng thường gặp ở BN SKM. PT SKM được thực hiện khi

BN có triệu chứng và không đáp ứng với thuốc; nhằm tái tạo lại cấu trúc trơn láng của bề mặt giác mạc và cấu trúc của liềm nước mắt³, nhờ đó cải thiện triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống của BN.

DANH MỤC CÁC TỪ VIẾT TẮT

BN: Bệnh nhân

MP: Mắt phải

MT: Mắt trái

2M: Hai mắt

KM: Kết mạc

SKM: Sa kết mạc

PT: Phẫu thuật

LIPCOF: Lid-parallel conjunctival folds: Nếp gấp kết mạc song song mí mắt

NIBUT: Non-invasive keratograph break up time:

Thời gian vỡ phim nước mắt không xâm lấn bằng máy chụp hình giác mạc

TMH: Tear meniscus height: Chiều cao liềm nước mắt

SPK: Superficial punctate keratitis: Viêm giác mạc chấm nông

OSDI: Ocular Surface Disease Index: Chỉ số triệu chứng bề mặt nhãn cầu

ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đã ký chấp thuận tham gia công bố ca báo cáo này với các hình ảnh kèm theo.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Các tác giả đều không có ý kiến.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Tác giả Nguyễn Ngọc Tâm Đan, Dương Nguyễn Việt Hương, Diệp Hữu Thắng, Lâm Minh Vinh đã tham gia vào việc chăm sóc y tế bệnh nhân. Tác giả Trần Kế Tổ đã hướng dẫn thiết kế bản thảo. Tác giả Nguyễn Ngọc Tâm Đan đã viết bản thảo. Tất cả các tác giả đã chấp thuận phiên bản cuối cùng của bản thảo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hughes WL. "Conjunctivochalasis". American Journal of Ophthalmology. 1942;25(1):48–51. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0002-9394\(42\)93297-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9394(42)93297-5).
2. Neff KD. "Conjunctivochalasis". Ocular Surface Disease: Cornea, Conjunctiva and Tear Film, Elsevier. 2013;p. 161–166. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-2876-3.00020-1>.
3. Norihiko Y, Aoi K, et al. Surgical reconstruction of the tear meniscus at the lower lid margin for treatment of conjunctivochalasis. Lacrimal Gland, Tear Film, and Dry Eye Syndromes 3, Springer. 2002;p. 1263–1268. PMID: 12614064. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4615-0717-8_182.
4. Akihida W, Norihiko Y, et al. Clinicopathologic study of conjunctivochalasis. Cornea. 2004;23(3):294–298. PMID: 15084864. Available from: <https://doi.org/10.1097/00003226-200404000-00013>.
5. Holland EJ, Mannis MJ, et al. Ocular Surface Disease: Cornea, Conjunctiva and Tear Film E-Book: Expert Consult-Online and Print. Elsevier Health Sciences. 2013;PMID: 24094303. Available from: <https://doi.org/10.1016/B978-1-4557-2876-3.00058-4>.
6. Yan W, Murat D, et al. The impact of nasal conjunctivochalasis on tear functions and ocular surface findings. American journal of ophthalmology. 2007;144(6):930–937. PMID: 17916317. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajo.2007.07.037>.
7. H6h H, Schirra F, et al. Lid-parallel conjunctival folds are a sure diagnostic sign of dry eye. Der Ophthalmologe. Zeitschrift der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. 1995;92(6):802–808.
8. Komuro A, Yokoi N, et al. The Relationship between Subjective Symptoms and Quality of Life in Conjunctivochalasis Patients. Diagnostics 2021, 11, 179, 2021, s Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published;PMID: 33513725. Available from: <https://doi.org/10.3390/diagnostics11020179>.
9. Hassan H, Hadith R. Conjunctivochalasis and related factors in an adult population of Iran. Eye & contact lens. 2018;44:S206–S209. PMID: 28346280. Available from: <https://doi.org/10.1097/IJCL.0000000000000379>.
10. Ozlem B. Clinical characteristics of patients with conjunctivochalasis. Clinical ophthalmology (Auckland, NZ). 2014;8:1655. PMID: 25210435. Available from: <https://doi.org/10.2147/OPTH.S61851>.
11. Norihiko Y, Aoi K, et al. New surgical treatment for superior limbic keratoconjunctivitis and its association with conjunctivochalasis. American journal of ophthalmology. 2003;135(3):303–308. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0002-9394\(02\)01975-X](https://doi.org/10.1016/S0002-9394(02)01975-X).
12. Georgios D, Alexandra T, et al. The location of conjunctivochalasis and its clinical correlation with the severity of dry eye symptoms. Medicines. 2018;5(1):12. PMID: 29361769. Available from: <https://doi.org/10.3390/medicines5010012>.
13. Shuya H, Takashi K. Evaluation of tear stability after surgery for conjunctivochalasis. Optometry and Vision Science. 2011;88(9):1112–1118. PMID: 21705941. Available from: <https://doi.org/10.1097/OPX.0b013e3182223573>.
14. Yokoi N, Komuro A, et al. Clinical impact of conjunctivochalasis on the ocular surface. Cornea. 2005;24(8):S24–S31. PMID: 16227820. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.icc.0000178740.14212.1a>.
15. Weiqiang Q, et al. Evaluation of the effects of conjunctivochalasis excision on tear stability and contrast sensitivity. Scientific reports. 2016;6(1):1–5. PMID: 27892479. Available from: <https://doi.org/10.1038/srep37570>.
16. Li Qing-song, Zhang Xing-ru, et al. Clinical evaluation of the quantitative locator for conjunctiva resection used as an instrument for the treatment of conjunctivochalasis. Chinese medical journal. 2011;124(13):1983–1987.
17. Wolffsohn JS, Arita R, et al. TFOS DEWS II diagnostic methodology report. The ocular surface. 2017;15(3):539–574. PMID: 28736342. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtos.2017.05.001>.
18. Wang H, Gao F, et al. The treatment outcomes of crescent-shaped conjunctiva resection combined with conjunctiva sclera fixation for severe conjunctivochalasis". Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2016;20(17):3519–3522.
19. Yokoi N, Bron AJ, et al. Relationship between tear volume and tear meniscus curvature. Archives of ophthalmology. 2004;122(9):1265–1269. PMID: 15364704. Available from: <https://doi.org/10.1001/archophth.122.9.1265>.
20. Norihiko Y, Aoi K. Non-invasive methods of assessing the tear film. Experimental eye research. 2004;78(3):399–407. PMID: 15106919. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.exer.2003.09.020>.

The treatment outcome of conjunctival resection for conjunctivochalasis: A case report

Nguyen Ngoc Tam Dan^{1,*}, Diep Huu Thang², Duong Nguyen Viet Huong^{1,2}, Lam Minh Vinh², Tran Ke To¹



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

ABSTRACT

Conjunctivochalasis was defined as loose and nonedematous redundant conjunctiva located between the ocular globe and eyelid, especially at the lower fornix. These redundant conjunctival folds cause a range of symptoms, including grittiness, dryness, epiphora and blurry vision etc. due to the interior nasal punctum blockage and decreased tear film stability. Decreased tear film stability, pooling tears in the eyelid cul-de-sac, tear meniscus disruption, increasing mechanical friction, cause corneal epithelial damage and ocular surface inflammation. Conjunctivochalasis is a common ocular surface disease but well overlooked and often misdiagnosed with dry eye, meibomian gland disease or allergic conjunctivitis. The difficulty in diagnosing conjunctivochalasis is that the symptoms are non-specific, the onset is insidious and many clinicians do not recognize the significance of the conjunctival folds. Surgical treatment is indicated when refractory to medical management (artificial tears, anti-inflammation eyedrops) in order to reconstruct the conjunctival surface and tear meniscus function. To better understand the efficacy of surgical management of conjunctivochalasis, we report a case of conjunctival resection before and three months after surgery.

Key words: conjunctivochalasis, conjunctival resection, treatment outcome

¹University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

²Cornea Department, Eye Hospital at Ho Chi Minh City, Vietnam

Correspondence

Nguyen Ngoc Tam Dan, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City, Vietnam

Email: nguyennngoctamdan@gmail.com

History

- Received: 30-8-2021
- Accepted: 05-10-2021
- Published: 06-11-2021

DOI : 10.32508/stdjhs.v2i2.487



Copyright

© VNU-HCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Cite this article : Dan N N T, Thang D H, Huong D N V, Vinh L M, To T K. **The treatment outcome of conjunctival resection for conjunctivochalasis: A case report.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):265-270.