

# ĐIỀU TRỊ RÒ THỰC QUẢN BẰNG KỸ THUẬT HÚT ÁP LỰC ÂM QUA NỘI SOI: BÁO CÁO LOẠT CA BỆNH

Nguyễn Trung Đức<sup>1,✉</sup>, Đỗ Quang Khánh<sup>1</sup>

Lê Quang Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Tâm<sup>1</sup>, Lê Tuấn Anh<sup>1,2</sup>

Hà Lương Duy Khánh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đức Anh<sup>1</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

*Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh, đánh giá độ an toàn và kết quả bước đầu điều trị rò thực quản bằng kỹ thuật hút áp lực âm qua nội soi. Tổng 11 trường hợp rò thực quản được điều trị bằng kỹ thuật hút áp lực âm qua nội soi (EVAC) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (08/2023 - 03/2026). Tuổi trung vị là 61 tuổi (khoảng tứ phân vị 40 – 67,5 tuổi), tỷ lệ nam/nữ là 8/3. Rò miệng nối chiếm 36,4%, rò sau can thiệp 45,4% và rò tự phát 18,2%. Thời gian trung vị từ khi phẫu thuật đến khi chẩn đoán rò là 7 ngày; từ khi chẩn đoán rò đến khi đặt E-VAC là 7 ngày. Thời gian điều trị EVAC trung vị là 17 ngày với số lần thay EVAC trung vị 2 lần. Tỷ lệ đóng rò hoàn toàn đạt 72,7%. Thời gian nằm viện trung vị là 27 ngày (20 – 88 ngày). Kỹ thuật hút áp lực âm qua nội soi là phương pháp ít xâm lấn, an toàn và có kết quả tốt trong điều trị rò thực quản.*

**Từ khóa:** Rò thực quản, hút áp lực âm qua nội soi, EVAC.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò thực quản sau phẫu thuật, thủng thực quản tự phát hoặc thứ phát sau can thiệp có thể dẫn đến tình trạng nhiễm trùng nặng nề, kéo dài thời gian nằm viện, tăng tỷ lệ tử vong.<sup>1</sup> Trước đây, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chủ đạo đối với các trường hợp này nhằm kiểm soát nhiễm trùng, phục hồi tính toàn vẹn của ống tiêu hóa và bảo đảm nuôi dưỡng cho người bệnh. Các phương pháp điều trị thay thế bao gồm đặt ống Celestin cứng qua nội soi, đặt stent kim loại, stent nhựa, kẹp clip, keo sinh học.<sup>2</sup> Trong các phương pháp điều trị nội soi, đặt stent kim loại đã được sử dụng từ lâu, mặc dù vậy, việc che phủ rò thực quản với stent thường khó khăn và có nguy cơ tăng kích thước ổ áp-xe hay di chuyển stent khỏi vị trí đặt.<sup>3</sup>

Kỹ thuật hút áp lực âm qua nội soi (EVAC: endoscopic vacuum assisted closure) được tiến hành nhằm tạo áp lực âm liên tục lên vùng tổn thương thông qua một miếng xốp, lần đầu tiên được thực hiện năm 2008 để điều trị rò miệng nối trực tràng.<sup>4</sup> Trong những năm gần đây, phương pháp này đã được điều chỉnh để áp dụng trong điều trị rò đường tiêu hóa trên, như một phương pháp ít xâm lấn trong xử trí biến chứng sau phẫu thuật và can thiệp. Nghiên cứu loạt ca bệnh của chúng tôi được thực hiện nhằm đánh giá tính an toàn và kết quả bước đầu của kỹ thuật trên các người bệnh rò thực quản.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu hồi cứu thực hiện trên 11 người bệnh (8 nam và 3 nữ) chẩn đoán rò thực quản được điều trị bằng phương pháp hút áp lực âm qua nội soi (EVAC) từ tháng 08/2023 đến tháng 03/2026 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chẩn đoán rò thực quản được xác định dựa

Tác giả liên hệ: Nguyễn Trung Đức

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: [ducrai96@gmail.com](mailto:ducrai96@gmail.com)

Ngày nhận: 21/04/2026

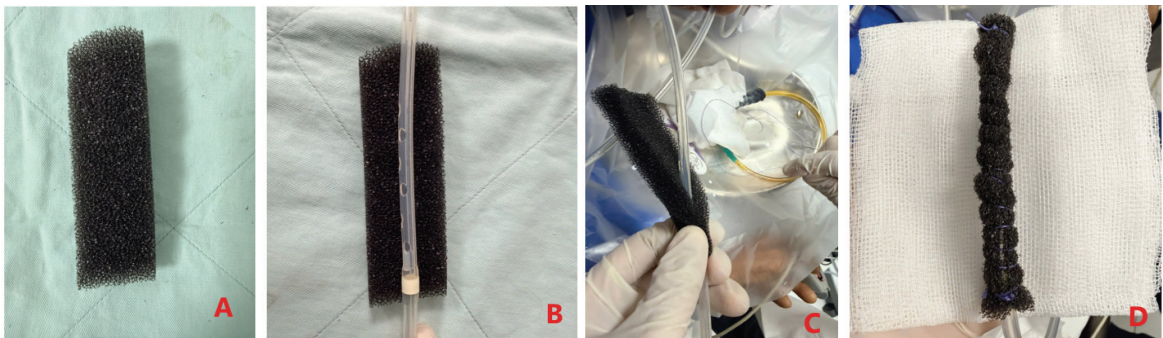
Ngày được chấp nhận: 11/05/2026

trên lâm sàng kết hợp với phát hiện trên nội soi và chẩn đoán hình ảnh (chụp thực quản cản quang, chụp cắt lớp vi tính). Các triệu chứng lâm sàng bao gồm: sốt, ho, khó thở, đau ngực, đau bụng, chảy dịch đục qua vết mổ. Trên nội soi và chẩn đoán hình ảnh có thể thấy mất liên tục thành thực quản và thoát thuốc cản quang ra khỏi lòng thực quản. Rò thực quản được chẩn đoán xác định khi có khuyết niêm mạc trên thành thực quản trong nội soi.

Các dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án bao gồm: tuổi, giới, chỉ số viêm (bạch cầu, CRP); các phát hiện trên nội soi (số lỗ rò, kích thước lỗ rò); thời điểm chẩn đoán rò và thời điểm đặt EVAC; thời gian điều trị bằng EVAC; số lần can thiệp EVAC; thời gian nằm viện; việc sử dụng các phương pháp điều trị phối hợp,

tình trạng liền lỗ rò.

Một ống thông dạ dày-hỗng tràng (Naso G-J Tube, 16Fr, Create Medic Co., Ltd, Japan) được đặt qua đường mũi và đưa ra ngoài qua miệng, ống được gắn ở đầu với một miếng xốp. Ống thông sau đó được đưa qua nội soi tới vị trí khuyết thành thực quản, miếng xốp có thể được đặt trong ổ áp-xe hoặc ở trong thành thực quản phủ trên lỗ rò tùy theo kích thước lỗ rò và ổ áp-xe. Đầu ống thông có thể được đặt xuống tá tràng hoặc đoạn đầu hỗng tràng để sử dụng làm ống thông nuôi ăn. Sau khi đặt ống thông đúng vị trí, hệ thống được nối với nguồn hút áp lực âm liên tục từ 100 đến 125 mmHg. Cơ chế của EVAC bao gồm dẫn lưu liên tục dịch nhiễm khuẩn, làm xẹp khoang rò, giảm phù nề mô, tăng tưới máu tại chỗ và kích thích hình thành tổ chức hạt, từ đó thúc đẩy quá trình liền lỗ rò.<sup>5</sup>



**Hình 1. Miếng xốp dùng trong hút áp lực âm được cắt nhỏ theo chiều dài ống thông (A), sau đó được bọc quanh các lỗ hút của ống thông tá-hỗng tràng (B, C, D)**

### Xử lý số liệu

Số liệu sau khi kiểm tra và làm sạch được nhập và xử lý bằng phần mềm Excel. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung vị (IQR) do phân bố không chuẩn. Các biến định tính được biểu diễn bằng tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%).

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin về danh tính của người bệnh được bảo mật và không được sử dụng ngoài mục đích của nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 11 người bệnh với 8 nam và 3 nữ, độ tuổi trung vị là 61 tuổi (khoảng tứ phân vị 40 – 67,5). Rò thực quản được chia làm 3 loại dựa theo nguyên nhân: rò tự phát (n = 2), rò sau can thiệp (n = 5) và rò miệng nối (n = 4). Nghiên cứu của chúng tôi có hai người bệnh rò tự phát trong hội chứng Boerhaave. Năm trường hợp rò sau can thiệp gồm: một người bệnh rò sau phẫu thuật nội soi cắt thùy giữa, dưới phổi phải; một người bệnh rò sau nông thực quản bằng bóng

điều trị co thắt tâm vị; một người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt túi thừa thực quản; hai người bệnh rò sau phẫu thuật Heller kết hợp tạo van chống trào ngược nội soi. Bốn người bệnh rò miệng nổi sau phẫu thuật gồm: phẫu thuật nội

soi cắt thực quản (n = 3) và phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày (n = 1). Tất cả các trường hợp được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính, sau đó được khẳng định chẩn đoán và can thiệp điều trị qua nội soi (Bảng 1).

**Bảng 1. Đặc điểm của các ca bệnh (n = 11)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tỉ lệ nam/nữ		8/3	80/30
Tuổi		Trung vị: 61 (IQR: 40 - 67,5)	
Loại rò	Rò miệng nổi	4	36,4
	Rò sau can thiệp	5	45,4
	Rò tự phát	2	18,2
Nguyên nhân rò	Phẫu thuật nội soi cắt thực quản	3	27,2
	Hội chứng Boerhaave	2	18,2
	Phẫu thuật nội soi cắt túi thừa thực quản	1	9,1
	Phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày	1	9,1
	Phẫu thuật nội soi cắt thùy giữa, dưới phổi phải	1	9,1
	Phẫu thuật Heller kết hợp tạo van chống trào ngược nội soi	2	18,2
	Nong thực quản bằng bóng điều trị co thắt tâm vị	1	9,1

Về cận lâm sàng, hầu hết các người bệnh có chỉ số viêm tăng tại thời điểm đặt EVAC (9/11 người bệnh có chỉ số bạch cầu tăng, 11/11 người bệnh có chỉ số CRP tăng). Kết thúc điều trị, số lượng bạch cầu và nồng độ CRP trung bình đều giảm. Kết quả nội soi cho thấy đa số có 1 lỗ rò (81,8%) và hầu hết các

lỗ rò kích thước < 10 mm (81,8%). Một trường hợp người bệnh xuất hiện rò thực quản sau phẫu thuật Heller-Toupet điều trị co thắt tâm vị, dù được phẫu thuật làm sạch, đặt dẫn lưu trung thất, màng phổi kết hợp đặt stent thực quản, tình trạng rò không cải thiện, quyết định đặt EVAC sau 40 ngày chẩn đoán.

**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng, hình thái lỗ rò trên hình ảnh nội soi của các ca bệnh**

Đặc điểm	Số lượng (n = 11)	Tỷ lệ (%)
BC (G/L)	Trung vị trước điều trị: 11,4 (7 - 15)	
	Trung vị sau điều trị: 8,5 (5,1 - 14,7)	
CRP (mg/dL)	Trung vị trước điều trị: 13,0 (2,4 - 36,7)	
	Trung vị sau điều trị: 2,6 (0,1 - 5,0)	

	Đặc điểm	Số lượng (n = 11)	Tỷ lệ (%)
Số lỗ rò	1 lỗ rò	9	81,8
	2 lỗ rò	1	9,1
	3 lỗ rò	1	9,1
Kích thước lỗ rò	< 5mm	6	54,5
	5 - 10mm	3	27,3
	> 10mm	2	18,2
Thời gian từ khi mổ/can thiệp đến khi chẩn đoán		Trung vị 7 ngày (từ 2 - 18 ngày)	
Thời gian từ khi chẩn đoán đến khi đặt EVAC		Trung vị 7 ngày (từ 0 - 40 ngày)	
Thời gian đặt EVAC		Trung vị 17 ngày (từ 10 - 86 ngày)	
Số lần đặt EVAC	1 lần	2	18,2
	2 lần	5	45,4
	3 lần	3	27,3
	4 lần	1	9,1
Điều trị phối hợp	PTNS làm sạch, gỡ dính, bóc vỏ màng phổi	5	45,5
	PTNS dẫn lưu ổ áp-xe trung thất	1	9,1
	Mở thông dạ dày/ mở thông hồng tràng	10	90,9
	Đặt stent thực quản	1	9,1
	Kẹp clip lỗ rò	1	9,1
Thời gian nằm viện	Trung vị 27 ngày (từ 20 - 88 ngày)		

Về kết quả điều trị, tình trạng liền lỗ rò được xác định trên 8 trong số 11 người bệnh qua nội soi (chiếm 72,7%) (Bảng 3). Hai trường hợp người bệnh gia đình xin về không tiếp tục điều trị (đều sau phẫu thuật nội soi cắt thực quản), dù được điều trị kịp thời và hồi sức tích cực, tình trạng không cải thiện với

sốc nhiễm trùng, viêm phổi bệnh viện. Hầu hết các trường hợp người bệnh được nuôi dưỡng qua mở thông dạ dày hoặc mở thông hồng tràng, duy chỉ có 01 ca bệnh được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoàn toàn, sau đặt EVAC 17 ngày soi lại không còn rò, người bệnh được cho ăn lại.

**Bảng 3. Kết quả theo dõi các ca bệnh (n = 11)**

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kết quả điều trị	Ra viện	9	81,8
	Tình trạng nặng, gia đình xin về	2	18,2

	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<i>Kết quả can thiệp EVAC</i>	Liên lỗ rò	8	72,7
	Giảm kích thước áp xe	1	9,1
	Giảm kích thước lỗ rò	1	9,1
	Tăng kích thước ổ áp-xe	1	9,1

#### IV. BÀN LUẬN

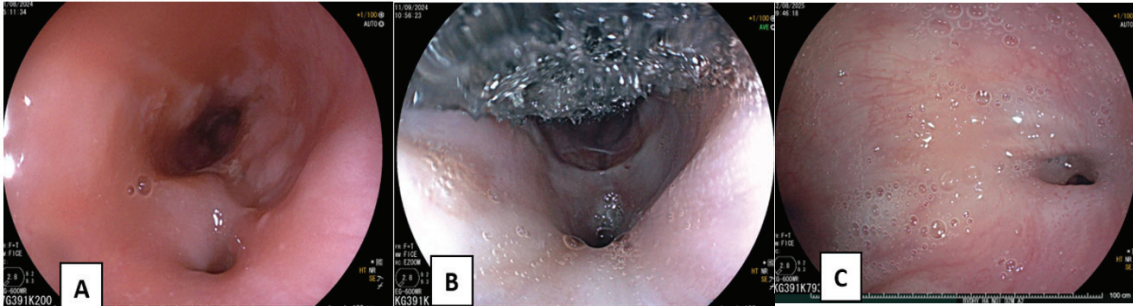
Trong những năm gần đây, kỹ thuật hút áp lực âm qua nội soi (EVAC) đã được giới thiệu như một lựa chọn điều trị mới cho các trường hợp thủng thực quản hoặc rò sau phẫu thuật và can thiệp. Một số nghiên cứu cho thấy EVAC mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn so với phương pháp đặt stent thực quản (SEMS) về tỷ lệ liền lỗ rò và cải thiện tình trạng lâm sàng, trong đó có nghiên cứu của Mennigen thực hiện trên 45 người bệnh (30 đặt stent, 15 EVAC).<sup>6</sup>

Trong điều trị rò tiêu hóa, miếng bọt xốp có thể được đặt trong lòng ống tiêu hóa (intraluminal) hoặc trong khoang tổn thương (intracavity), phủ qua lỗ rò trong.<sup>7</sup> Nghiên cứu của chúng tôi đặt miếng bọt xốp trong lòng thực quản cho tất cả các trường hợp do lỗ rò có kích thước nhỏ (từ dưới 0,5 cm đến 1,2 cm), một trường hợp có 03 lỗ rò kích thước từ 0,5 - 2 cm nhưng vẫn được đặt miếng xốp trong lòng thực quản để đảm bảo phủ kín cả ba lỗ rò.

Nghiên cứu trên 20 người bệnh rò thực quản sau phẫu thuật của Yang Won Min và cộng sự cho thấy tỉ lệ đóng đường rò là 95% với 35% xuất hiện hẹp thực quản sau thời gian theo dõi là 213,5 ngày.<sup>8</sup> Kuehn và cộng sự thực hiện nghiên cứu tổng quan trên 200 người bệnh về việc ứng dụng liệu pháp hút áp lực âm qua nội soi (EVAC) trong điều trị rò đường tiêu hóa trên kết quả cho thấy: tỷ lệ thành công chung đạt khoảng 90% (dao động từ 70 – 100%), trong khi thời gian điều trị kéo dài từ 11 đến 36 ngày.<sup>9</sup> Pattynama và cộng sự đã tiến hành một phân tích hồi cứu và tiến cứu trên 38 người bệnh,

ghi nhận tỷ lệ thành công chung là 74% trong việc đạt được đóng kín lỗ rò thực quản.<sup>10</sup> Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa và cộng sự trên 11 người bệnh cho tỷ lệ đóng rò là 81,8%.<sup>11</sup> Khi đối chiếu với các nghiên cứu đã công bố, kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đóng kín lỗ rò ở mức 72,7% (8/11). Kết quả liền lỗ rò trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới do có hai ca bệnh tình trạng nhiễm trùng nặng, phát hiện rò muộn, thời gian từ khi chẩn đoán đến khi đặt EVAC muộn hoặc đã được điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật (2 trường hợp sau mổ K thực quản, 1 trường hợp sau mổ cắt túi thừa thực quản phát hiện muộn ở tuần thứ hai), là các yếu tố có thể ảnh hưởng bất lợi đến khả năng liền rò. Trong đó, trường hợp người bệnh sau phẫu thuật cắt túi thừa thực quản mặc dù chưa đạt được liền hoàn toàn lỗ rò, nhưng sau điều trị ghi nhận kích thước lỗ rò và ổ áp xe giảm, tình trạng lâm sàng ổn định và người bệnh được xuất viện. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng xảy ra với kỹ thuật EVAC. Một số biến chứng đặt EVAC đã được ghi nhận trong các nghiên cứu khác như: hẹp miệng nổi, chảy máu miệng nổi, rò thực quản-khí quản.<sup>9,10</sup>

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 4 người bệnh có lỗ rò kích thước lớn hoặc nhiều lỗ rò, thời gian điều trị EVAC kéo dài, và tình trạng nhiễm trùng nặng hơn (BC và CRP cao) có xu hướng nằm viện lâu hơn. Ngoài ra, thời gian từ khi mổ đến khi chẩn đoán kéo dài cũng có thể góp phần làm kéo dài thời gian nằm viện ở những người bệnh này. Tuy nhiên, vì số lượng người bệnh còn ít nên chưa thể có các



**Hình 2.** Hình ảnh nội soi rò sau mổ cắt túi thừa thực quản (người bệnh số 3), hình A: có 02 lỗ rò cạnh nhau kích thước 4mm, có nhiều mũ trắng đục chảy ra; hình B: miếng xốp E-VAC đặt cạnh lỗ rò; hình C: hình ảnh lỗ rò sau 1 năm can thiệp, kích thước nhỏ hơn, bờ mềm mại, dù trên phim CLVT còn hình ảnh ổ áp-xe khoang màng phổi nhưng người bệnh không có triệu chứng lâm sàng

phân tích thống kê chặt chẽ. Nghiên cứu của Yang Won Min và cộng sự trên 20 người bệnh rò miệng nối thực quản cho thấy điều trị tân bổ trợ trước phẫu thuật và kích thước của lỗ rò là các yếu tố liên quan với thời gian đặt EVAC kéo dài.<sup>8</sup> Hai trường hợp gia đình xin về trong loạt ca bệnh của chúng tôi cũng là hai trường hợp ung thư thực quản đã được điều trị hóa xạ trị trước phẫu thuật. Các tổn thương rò có kích thước lớn cần mức áp lực âm cao hơn để làm xẹp ổ rò, và việc đạt được áp lực âm đủ trong những trường hợp này khó khăn hơn so với các tổn thương nhỏ. Do đó, thời gian điều trị bằng EVAC thường phải kéo dài hơn đối với các tổn thương có kích thước nhỏ.

Về thời gian đặt EVAC, số lần đặt và khoảng cách giữa các lần đặt EVAC có sự khác biệt giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của tác giả Pattynama và cộng sự cho thấy EVAC được thực hiện trong khoảng thời gian trung bình là 33 ngày, với 6 lần đặt, miếng xốp được thay 1 - 2 lần/tuần.<sup>10</sup> Nghiên cứu của Yang Won Min và cộng sự cho thời gian đặt EVAC trung vị là 14,5 ngày với 5 lần thay.<sup>8</sup> So với các nghiên cứu trên, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả thời gian trung vị đặt EVAC trung vị là 17 ngày với số lần đặt trung vị là 2 lần/người bệnh. Sự khác biệt về số lần thay EVAC trong nghiên cứu

dựa trên tình trạng lâm sàng, lượng dịch dẫn lưu hàng ngày, đa số có tình trạng lâm sàng ổn định, lượng dịch dẫn lưu hàng ngày đều đặn, chúng tôi ưu tiên theo dõi thay vì thay theo lịch cố định.

## V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật hút áp lực âm qua nội soi (EVAC) là phương pháp điều trị ít xâm lấn, khả thi và an toàn trong xử trí các tổn thương rò thực quản với tỉ lệ liền tổn thương cao tuy nhiên cần thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ubels S, Verstegen MHP, Klarenbeek BR, et al. Treatment of anastomotic leak after oesophagectomy for oesophageal cancer: large, collaborative, observational TENTACLE cohort study. *Br J Surg.* 2023;110(7):852-863. doi:10.1093/bjs/znad123
2. Papadakos SP, Argyrou A, Katsaros I, et al. The Impact of EndoVAC in Addressing Post-Esophagectomy Anastomotic Leak in Esophageal Cancer Management. *J Clin Med.* 2024;13(23):7113. doi:10.3390/jcm13237113
3. Vohra I, Gopakumar H, Sharma NR, Puli SR. Efficacy of endoscopic vacuum therapy in esophageal luminal defects: a systematic

review and meta-analysis. *Clin Endosc.* 2024;58(1):53-62. doi:10.5946/ce.2023.282

4. Wedemeyer J, Schneider A, Manns MP, Jackobs S. Endoscopic vacuum-assisted closure of upper intestinal anastomotic leaks. *Gastrointest Endosc.* 2008;67(4):708-711. doi:10.1016/j.gie.2007.10.064

5. Katsaros I, Papadakos SP, Despotidis M, Koutsoumpas A, Schizas D. Endoscopic vacuum-assisted closure as a first-line treatment for post-esophagectomy anastomotic leaks: A paradigm shift in management. *World J Gastrointest Surg.* 2025;17(12):113305. doi:10.4240/wjgs.v17.i12.113305

6. Mennigen R, Harting C, Lindner K, et al. Comparison of Endoscopic Vacuum Therapy Versus Stent for Anastomotic Leak After Esophagectomy. *J Gastrointest Surg.* 2015;19(7):1229-1235. doi:10.1007/s11605-015-2847-7

7. Mandarino FV, Bonura GF, Esposito D, Rosati R, Parise P, Fanti L. A large anastomotic leakage after esophageal surgery treated with

endoluminal vacuum-assisted closure: a case report. *J Surg Case Rep.* 2020;2020(4):rjaa071. doi:10.1093/jscr/rjaa071

8. Min YW, Kim T, Lee H, et al. Endoscopic vacuum therapy for postoperative esophageal leak. *BMC Surg.* 2019;19:37. doi:10.1186/s12893-019-0497-5

9. Kuehn F, Loske G, Schiffmann L, Gock M, Klar E. Endoscopic vacuum therapy for various defects of the upper gastrointestinal tract. *Surg Endosc.* 2017;31(9):3449-3458. doi:10.1007/s00464-016-5404-x

10. Pattynama LMD, Pouw RE, Henegouwen MI van B, et al. Endoscopic vacuum therapy for anastomotic leakage after upper gastrointestinal surgery. *Endoscopy.* 2023;55(11):1019-1025. doi:10.1055/a-2102-1691

11. Hoa NX, Huan PD, Hieu TQ, et al. Endoluminal vacuum-assisted closure therapy for oesophageal fistulas at a single vietnamese center. *Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery.* 2025;10:23. doi:10.21037/ales-24-32

## Summary

### ENDOSCOPIC VACUUM-ASSISTED CLOSURE THERAPY FOR THE TREATMENT OF ESOPHAGEAL LEAK: A CASE SERIES REPORT

This retrospective case series aimed to evaluate the safety and preliminary outcomes of endoscopic vacuum-assisted closure (EVAC) in the management of esophageal leaks. A total of 11 patients with esophageal leaks were treated using EVAC at Hanoi Medical University Hospital between August 2023 and March 2026. The median age was 61 years old (IQR: 40 – 67.5), with a male-to-female ratio of 8:3. Anastomotic leaks accounted for 36.4%, post-interventional leaks for 45.4%, and spontaneous perforations for 18.2%. The median time from surgery to diagnosis of the leak was 7 days, and from diagnosis to EVAC placement was also 7 days. The median duration of EVAC therapy was 17 days, with a median of 2 sponge exchanges. The complete closure rate was 72.7%. The median length of hospital stay was 27 days (range: 20 – 88 days). In conclusion, we suggest that EVAC is a minimally invasive, safe, and effective modality for the management of esophageal leaks.

**Keywords:** Esophageal leak, endoscopic vacuum-assisted closure, EVAC.