

# PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Ngọc Đan<sup>1,3,✉</sup>, Phạm Đức Huấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Hoàng<sup>1,2</sup>, Lưu Quang Dũng<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh Viện Đa khoa Xanh pôn, Hà nội

U cơ thực quản là khối u lành tính thường gặp nhất của thực quản và phẫu thuật bóc u là phương pháp cơ bản trong điều trị bệnh. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy: 36 bệnh nhân được bóc u cơ thực quản lành tính (UCTQLT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) bao gồm 26 bệnh nhân nam (72%) và 10 bệnh nhân nữ (28%), tuổi trung bình  $50,4 \pm 11,4$  ( $24 \div 78$  tuổi). 29 bệnh nhân có triệu chứng (80,6%) và 7 bệnh nhân không triệu chứng (19,4%). Tỷ lệ khối u ở thực quản ngực 1/3 trên; 1/3 giữa; 1/3 dưới thực quản đến tâm vị lần lượt là: 8,3% (3 bệnh nhân); 30,6% (11 bệnh nhân); 61,1% (22 bệnh nhân). Kích thước trung bình khối u là  $2,9 \pm 1,1$  cm ( $1,8 \div 6$  cm). Phẫu thuật nội soi bóc u qua đường bụng được thực hiện cho 17 bệnh nhân (47,2%), chỉ định với các khối u thực quản thấp sát tâm vị. Nội soi qua đường ngực cho 19 bệnh nhân (52,8%), tất cả đều qua đường ngực phải. Sử dụng 3 trocars trong 9 trường hợp (25%), 4 trocars trong 10 trường hợp (27,8%), 5 trocars trong 17 trường hợp (47,2%). Không có tai biến, biến chứng nặng trong và sau mổ. Thời gian mổ trung bình là  $124 \pm 47$  phút ( $60 \div 240$  phút), trong đó đối với đường nội soi ngực thời gian mổ trung bình là  $107 \pm 16$  phút ( $90 \div 120$  phút), mổ nội soi qua đường bụng là  $137 \pm 57$  phút ( $60 \div 240$  phút). Thời gian nằm viện trung bình  $7,4 \pm 1,9$  ngày ( $4$  ngày  $\div$   $12$  ngày). Phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản lành tính là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao, ít tai biến, biến chứng sau mổ. Phẫu thuật nội soi qua đường ngực có thể áp dụng cho phần lớn các trường hợp u cơ thực quản ngực, đường bụng áp dụng cho các u cơ thực quản thấp, sát tâm vị để có thể tạo van chống trào ngược sau bóc u.

**Từ khoá:** U cơ thực quản, Phẫu thuật bóc u qua nội soi bụng, Phẫu thuật bóc u qua nội soi ngực.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ thực quản là khối u lành tính phát triển từ các tế bào cơ trơn của thực quản, đây là dạng tổn thương thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 60 - 70% trong các khối u lành tính của thực quản. 90% các trường hợp u cơ thực quản được chẩn đoán ở độ tuổi 20 - 70 tuổi, trong đó tỷ lệ Nam/nữ là 2/1.<sup>1,2,3</sup> Những khối u lớn có thể gây nuốt nghẹn, cảm giác đau tức, hay nóng rát sau xương ức, đau ngực, nôn trớ sau khi

ăn, hiếm gặp hơn u có thể gây xuất huyết tiêu hoá cao do viêm loét niêm mạc trên bề mặt u. Nội soi thực quản, siêu âm nội soi, chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán trước mổ, tuy nhiên để có chẩn đoán xác định bệnh cần dựa vào giải phẫu mô bệnh học và xét nghiệm hoá mô miễn sau mổ.<sup>4,5</sup> Phẫu thuật bóc u được coi là kỹ thuật chuẩn trong điều trị bệnh, trong đó bóc u qua nội soi được sử dụng ngày càng rộng rãi và được công bố bởi nhiều tác giả trên thế giới do tính chất an toàn và hiệu quả của phẫu thuật.<sup>6,7</sup> Bệnh viện Đại học Y Hà Nội triển khai phẫu thuật bóc u cơ thực quản nội soi từ năm 2016. Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá kết quả

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Đan,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyendn@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 13/09/2020

Ngày được chấp nhận: 06/01/2021

của phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu mô tả trên 36 bệnh nhân được phẫu thuật bóc u cơ thực quản nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2016 đến 2020.

Chỉ định phẫu thuật đối với những trường hợp u cơ thực quản gây ra các triệu chứng trên lâm sàng, khối u to lên qua các lần thăm khám hoặc khối u không triệu chứng nhưng có đường kính trên 2 cm và người bệnh lo lắng, hay không thể theo dõi định kỳ được.

### 2. Phương pháp

#### **Đường mổ:**

Chọn lựa đường mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước khối u. Với những khối u ở 1/3 trên và 1/3 giữa thực quản chúng tôi chọn lựa đường mổ qua ngực phải. Với khối u ở 1/3 dưới thực quản đến sát phía trên cơ hoành trước đây chúng tôi tiếp cận qua đường ngực trái, tuy nhiên gần đây chúng tôi chọn tiếp cận qua đường ngực phải và cho kết quả tốt. Trong tất cả các trường hợp nội soi ngực chúng tôi đều chọn thể nằm sấp nghiêng 30° (hình 1). Với trường hợp khối u ở thực quản bụng chúng tôi tiếp cận qua đường nội soi bụng, với tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân dạng (hình 2).



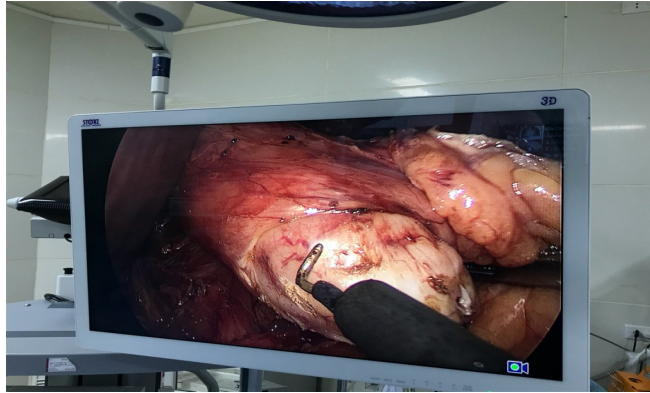
**Hình 1. Tư thế mổ nội soi qua ngực phải**



**Hình 2. Tư thế mổ nội soi bụng**

#### **Kỹ thuật mổ:**

Sau khi xác định được vị trí khối u (qua nội soi ngực hoặc bụng), lớp cơ thực quản được mở dọc ngay trên khối u. Khối u được phẫu tích khỏi các lớp của thành thực quản bằng dao điện đơn cực một cách thận trọng tránh làm tổn thương lớp niêm mạc thực quản phía dưới (hình 3). Trong quá trình phẫu tích, có thể khâu một mũi vicryl 2. 0 xuyên qua và nâng khối u theo các hướng giúp phân biệt dễ hơn các lớp phẫu tích, hạn chế nguy cơ thủng niêm mạc thực quản. Trong trường hợp khối u nhỏ, khó phát hiện có thể thực hiện nội soi thực quản ống mềm trong mổ hỗ trợ tìm u. Sau khi bóc u, vùng phẫu tích được kiểm tra bằng bơm hơi vào lòng thực quản qua sonde dạ dày để đảm bảo không thủng niêm mạc thực quản trong quá trình phẫu thuật. Lớp cơ thực quản sau đó được đóng lại bằng các mũi khâu rời. Dẫn lưu màng phổi được thực hiện đối với tất cả các bệnh nhân bóc u qua nội soi ngực. Đối với các trường hợp bóc u qua nội soi bụng, phẫu thuật tạo van chống trào ngược được cân nhắc khi khối u nằm trên hoặc sát tâm vị, có nguy cơ gây tổn thương cơ thắt thực quản dưới khi bóc u. Sonde dạ dày được lưu cho đến khi chụp lưu thông thực quản sau mổ cho kết quả tốt.



**Hình 3. Bóc u bằng dao điện đơn cực**

### 3. Xử lý số liệu

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn. Kiểm định sự khác biệt giữa các biến định tính bằng test  $\chi^2$  hoặc Fisher tests. Kiểm định sự khác biệt giữa các biến định lượng bằng T - test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ . Số liệu được xử lý bằng phần mềm spss 19.0.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Nghiên cứu có 26 bệnh nhân nam (72%) và 10 bệnh nhân nữ (28%), tuổi trung bình  $50,4 \pm 11,4$ . Đa số các trường hợp khối u ở 1/3 giữa thực quản 11 trường hợp (30,6%), và 1/3 dưới thực quản 22 trường hợp (61,1%), khối u 1/3 trên thực quản chỉ có 3 trường hợp (8,3%). Có 29 bệnh nhân (80,6%) có triệu chứng, 7 bệnh nhân không triệu chứng (19,4%) được phát hiện tình cờ qua nội soi thực quản - dạ dày vị một bệnh khác. Trong nhóm bệnh nhân có triệu chứng thì triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt, nuốt nghẹn gặp trong 26 bệnh nhân (72,2%). Kích thước trung bình khối u là  $2,9 \pm 1,1$  cm. So sánh sự tương quan giữa kích thước khối u với sự xuất hiện các triệu chứng lâm sàng cho thấy nhóm bệnh nhân có triệu chứng có kích thước u trung bình lớn hơn so với nhóm không có triệu chứng ( $3,2 \pm 0,9$  cm so với  $2,1 \pm 0,2$  cm;  $p = 0,013$ ).

**Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân**

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân (%)
Tuổi trung bình, năm $\pm$ SD	$50,4 \pm 11,4$ (24 ÷ 78 tuổi)
Giới	
Nam - Nữ, tỷ lệ	26 (72%) : 10 (28%)
Triệu chứng (TC)	
Không triệu chứng	7 (19,4%)
Nuốt nghẹn	26 (72,2%)
Đau tức sau xương ức	6 (16,7)

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân (%)
Khác (buồn nôn, nôn, ợ trớ...)	4 (11,1%)
Vị trí u	
1/3 trên	3 (8,3%)
1/3 giữa	11 (30,6%)
1/3 dưới đến tâm vị	22 (61,1%)
Kích thước u, cm ± SD	
Kích thước chung	2. 9 ± 1,1 cm (1,8 ÷ 6 cm)
Kích thước nhóm có TC	3. 2 ± 0,9
Kích thước nhóm không TC	2,1 ± 0,2

SD: độ lệch chuẩn

## 2. Kết quả trong và sau mổ

Phẫu thuật nội soi bóc u qua đường bụng được thực hiện cho 17 bệnh nhân (47,2%), qua đường ngực 19 bệnh nhân (52,8%), tất cả đều qua ngực phải. Sử dụng 3 trocars trong 9 trường hợp (25%), 10 trường hợp sử dụng 4 trocars (27,8%), 17 trường hợp sử dụng 5 trocars (47,2%). Có 02 trường hợp (5,6%) tìm u khó khăn, cần phối hợp nội soi thực quản ống mềm tìm u. Tất cả các trường hợp đều được bơm hơi qua sonde dạ dày kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc sau khi bóc u, và khâu lại đường mổ cơ bằng các mũi rời để tránh tạo túi thừa thực quản sau mổ. Không có tai biến trong mổ, không có trường hợp nào phải mổ mở. Dẫn lưu màng phổi được chỉ định cho tất cả các trường hợp bóc u qua đường ngực (19/19 trường hợp). Tạo van chống trào ngược được thực hiện trong 11/17 trường hợp bóc u qua nội soi bụng. Thời gian mổ trung bình là 124 ± 47 phút (60 ÷ 240 phút), trong đó đối với đường nội soi ngực thời gian mổ trung bình là 107 ± 16 phút (90 ÷ 120 phút), mổ nội soi qua đường bụng là 137 ± 57 phút (60 ÷ 240 phút). Không có biến chứng nặng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 7,4 ± 1,9 ngày (4 ngày ÷ 12 ngày).

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Kết quả phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân (%)
Đường vào	
Đường bụng	17 (47,2%)
Đường ngực phải	19 (52,8%)
Tai biến, khó khăn trong mổ	
Thủng niêm mạc TQ	00 (0%)
Chuyển mổ mở	00 (0%)
Nội soi thực quản hỗ trợ tìm u trong mổ	2 (5,6%)
Thời gian mổ, phút ± SD	
Nội soi ngực	107 ± 16 phút

Kết quả phẫu thuật	Số lượng bệnh nhân (%)
Nội soi bụng	137 ± 57 phút
Biến chứng sớm	
Viêm phổi	2 (5,6%)
Nhiễm trùng vết mổ	1 (2,8%)
Tràn khí dưới da	1 (2,8%)
Rò thực quản	0 (0%)

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy u cơ thực quản là dạng bệnh lý thường gặp ở người trung niên, nam gặp nhiều hơn nữ và khối u phân bố chủ yếu ở 2/3 dưới thực quản (tuổi trung bình 50,4 tuổi; tỷ lệ nam: nữ là 2,6:1; 91,7% u nằm ở 2/3 dưới thực quản). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của nhiều tác giả khác đã công bố. Nghiên cứu của Sumin Shin trên 87 trường hợp u cơ thực quản phẫu thuật cho thấy: tỷ lệ nam:nữ là 2,1:1; tuổi trung bình là 43,3 tuổi; 86,2% khối u nằm ở 2/3 dưới thực quản.<sup>8</sup> Nghiên cứu của Mutrie trên 53 trường hợp cho kết quả: tỷ lệ nam: nữ là 1,9:1; tuổi trung bình 43,8 tuổi; 96% khối u nằm ở 2/3 dưới thực quản. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự: Nghiên cứu của Lewis: nam: nữ là 2,06:1; nghiên cứu Piaceti: nam:nữ là 2:1, nghiên cứu của Luh cho kết quả 86% khối u ở thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới.<sup>9,10,11</sup>

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng trên lâm sàng (80,6%), và triệu chứng thường gặp nhất là nuốt nghẹn (72,2%), đau tức sau xương ức (16,7%). Nghiên cứu của Mutrie<sup>12</sup> cho thấy có 58% bệnh nhân có triệu chứng, trong đó ợ trớ gặp trong 40%, nuốt nghẹn gặp trong 30% các trường hợp. Seremetis và cộng sự<sup>13</sup> đã thông báo kết phân tích trên 168 bài báo với 838 trường hợp u cơ thực quản cho thấy nuốt nghẹn và ợ trớ là triệu chứng thường gặp nhất. Kết quả của chúng tôi

cũng cho thấy kích thước khối có thể là yếu tố gây ra triệu chứng trên lâm sàng. Nhóm bệnh nhân có triệu chứng có kích thước u trung bình lớn hơn so với nhóm không có triệu chứng ( $3,2 \pm 0,9$  so với  $2,1 \pm 0,2$ ;  $p = 0,013$ ). Nhận định này cũng được Mutrie đưa ra trong nghiên cứu 53 trường hợp u cơ thực quản được phẫu thuật (nhóm có triệu chứng lâm sàng u có kích thước trung bình là 5,3 cm lớn hơn so với nhóm không triệu chứng là 1,5 cm).<sup>12</sup>

Cho đến nay chỉ định trong điều trị u cơ thực quản vẫn chưa thực sự rõ ràng. Chỉ định phẫu thuật được khuyến cáo bởi tất cả các tác giả với những khối u có triệu chứng, u lớn trên 5 cm, u tăng kích thước nhanh trong quá trình theo dõi, hay nghi ngờ ác tính.<sup>6</sup> Tuy nhiên có nhiều quan điểm khác nhau về lựa chọn phương pháp điều trị cho những bệnh nhân có u cơ thực quản không triệu chứng, kích thước dưới 5 cm. Một số tác giả khuyến nghị theo dõi định kỳ bằng nội soi thực quản vì nguy cơ tiến triển thành sarcom cơ từ u cơ trơn thực quản là vô cùng hiếm gặp. Mặt khác nhiều nghiên cứu cho thấy u cơ trơn thực quản thường phát triển rất chậm và ổn định trong một thời gian dài, do đó việc nội soi định kỳ để loại trừ ung thư biểu mô thực quản là đủ đối với các u cơ trơn không triệu chứng. Tuy nhiên cho tới thời điểm hiện tại với sự phát triển của nhiều kỹ thuật can thiệp ít xâm lấn an toàn, hiệu quả trong điều trị u cơ

thực quản như: cắt u dưới niêm mạc qua nội soi thực quản, bóc u qua nội soi ngực, nội soi ổ bụng... một số tác giả khuyến nghị cắt bỏ u ngay sau khi có chẩn đoán kể cả các khối u không triệu chứng có kích thước từ 1 đến 5 cm. Lý do của các tác giả này đưa ra là: (i) Mặc dù nguy cơ tiến triển thành sarcoma cơ là rất thấp nhưng trước phẫu thuật không thể loại trừ hoàn toàn được; (ii) Để có được chẩn đoán phân biệt với GIST; (iii) Nếu để u tiếp tục phát triển to lên thì phẫu thuật nội soi bóc u sẽ khó khăn và tỷ lệ thành công sẽ thấp hơn.<sup>6,14</sup>

Kỹ thuật bóc u điều trị u cơ thực quản được mô tả lần đầu tiên năm 1933 bởi Ohsawa. Năm 1992 Everitt và Bardini lần đầu tiên thực hiện kỹ thuật bóc u cơ trơn thực quản qua nội soi ngực. Từ đó đến nay phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi và cho thấy là phương pháp an toàn, hiệu quả. Mặc dù chỉ định phẫu thuật nội soi bóc u trên lâm sàng cho đến nay vẫn chưa được rõ ràng và thống nhất, tuy nhiên phần lớn các tác giả đều đồng thuận hai yếu tố quan trọng nhất để lựa chọn đường mổ nội soi là kích thước u và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Ngoài ra vị trí u trên thực quản sẽ quyết định đường tiếp cận qua ngực hay qua ổ bụng. Theo Jiang và cộng sự thì những khối u có kích thước từ 1 - 5 cm là chỉ định tốt nhất cho phẫu thuật nội soi bóc u, những khối u có kích thước trên 5 cm vẫn có thể bóc được qua nội soi nhưng tỷ lệ chuyển mổ mở sẽ tăng lên. Gần đây nhiều nghiên cứu về điều trị các khối u cơ thực quản khổng lồ đã được công bố và cho thấy kích thước khối u giao động từ 8 cm - 17 cm đối với mổ mở và từ 9 cm - 22,5 cm với mổ nội soi. Qua đó các tác giả kết luận khối u cơ thực quản khổng lồ (kích thước trên 10 cm) không phải là một chống chỉ định tuyệt đối của mổ nội soi, mà kinh nghiệm của phẫu thuật viên có vai trò quan trọng trong chọn lựa đường mổ.<sup>15</sup>

Về lựa chọn đường tiếp cận qua ngực hay

qua ổ bụng đa số các tác giả đều đồng thuận: đối với khối u 2/3 trên thực quản ngực đường ngực phải thường được sử dụng, đối với khối u ở 1/3 dưới thực quản ngực hoặc thực quản bụng thường sử dụng đường ngực trái, đường qua khe hoành hoặc đường bụng.<sup>6,15</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80,6% các trường hợp chỉ định mổ vì u có triệu chứng, 19,4% trường hợp còn lại được phẫu thuật vì u tăng kích thước hoặc bệnh nhân lo lắng trong quá trình theo dõi và kích thước u từ 2 cm trở lên. Theo kinh nghiệm của chúng tôi những khối u có kích thước dưới 2 cm sẽ rất khó khăn để xác định u trong quá trình phẫu thuật.

Chúng tôi chỉ định bóc u nội soi cho tất cả các trường hợp u cơ thực quản được chẩn đoán, với bất kỳ kích thước nào. Về đường tiếp cận, chúng tôi chỉ định nội soi qua đường ngực phải cho tất cả các trường hợp u cơ thực quản 1/3 trên và 1/3 giữa. Với u cơ thực quản 1/3 dưới trước đây chúng tôi tiếp cận qua đường ngực trái, tuy nhiên gần đây chúng tôi tiếp cận qua đường ngực phải và cho kết quả tốt. Trường hợp u cơ thực quản bụng chúng tôi tiếp cận qua đường nội soi bụng để làm van chống trào ngược sau phẫu thuật. Quan điểm của chúng tôi tương tự như tác giả Sumin Shin,<sup>1</sup> theo đó tất cả các trường hợp u cơ thực quản ngực đều được tiếp cận qua đường nội soi ngực phải ngay cả khi khối u có hình móng ngựa ôm quanh thực quản hay u ở thành trái thực quản. Đường nội soi bụng được chỉ định khi u ở sát tâm vị hay tại tâm vị.

Kỹ thuật bóc u bao gồm bốn thì cơ bản: xác định vị trí khối u; bóc khối u khỏi thành thực quản; kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc thực quản; đóng lại đường mổ cơ. Có nhiều phương án khác nhau được các tác giả đưa ra nhằm đảm bảo lấy được hết u và phẫu thuật an toàn.

Xác định khối u: phần lớn các tác giả đều cho rằng khối u có thể phát hiện được trong phẫu thuật nội soi, trong trường hợp khối u không tìm

thấy được trong phẫu thuật có thể sử dụng nội soi thực quản để tìm khối u từ phía trong hoặc sử dụng một ống nong cỡ lớn (54F) đặt trong lòng thực quản để dễ dàng tìm kiếm khối u từ phía ngoài.<sup>10,11</sup> Một số tác giả sử dụng nội soi thực quản để hỗ trợ xác định vị trí khối u trong tất cả các trường hợp bóc u.<sup>16</sup> Tác giả Zhang đề xuất phương án tiêm Xanh methylen vào khối u từ phía trong qua nội soi thực quản trước phẫu thuật để xác định vị trí u trong trường hợp khối u nhỏ dưới 2 cm.<sup>1</sup> Qua kinh nghiệm phẫu thuật chúng tôi cho rằng khối u có thể được phát hiện trong đa số các trường hợp. Vấn đề tìm u chỉ khó khăn khi khối u nhỏ, nằm trên thành thực quản phía đối diện phẫu trường. Trong trường hợp không tìm thấy u chúng tôi tiến hành phẫu tích quanh chu vi thực quản và nâng thực quản lên bằng một dải băng giúp xác định khối u dễ dàng hơn, có 02 trường hợp (5,6%), chúng tôi cần phối hợp nội soi thực quản ống mềm trong mổ để tìm u, do u nhỏ (2 cm và 2,2 cm), không phát hiện được trong mổ.

Bóc khối u khỏi thành thực quản: đây là thì quan trọng nhất, có nhiều phương án được các tác giả đưa ra giúp cho việc bóc u được dễ dàng và tránh thủng niêm mạc thực quản. Kent và cộng sự sử dụng ống nong thực quản cỡ lớn đặt trong lòng thực quản nhằm giúp quá trình bóc u dễ dàng.<sup>11</sup> Obuchi đề xuất phương án sử dụng bóng hơi gắn ở đầu ống nội soi thực quản để đẩy khối u từ phía trong giúp phẫu tích dễ dàng.<sup>16</sup> Tuy nhiên phương án được đại đa số tác giả sử dụng đó là khâu chỉ vào khối u và nhấc u lên trong quá mổ giúp xác định dễ dàng lớp bóc tách và giảm tỷ lệ tổn thương niêm mạc.<sup>5,10,11</sup> Chúng tôi thực hiện khâu và nâng khối u trong tất cả các trường hợp và cho kết quả tốt, không có trường hợp nào thủng niêm mạc trong mổ.

Kiểm tra niêm mạc thực quản: để kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc thực quản chúng tôi sử dụng phương án bơm hơi vào lòng thực

quản qua sonde dạ dày kết hợp bơm nước xung quanh thực quản để tìm bóng khí rò. Đây là giải pháp được đa số các tác giả sử dụng.<sup>5,10,12</sup> Ngoài ra có một số tác giả có thể sử dụng nội soi thực quản để kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc ngay sau khi bóc u.<sup>11</sup>

Khâu lại đường mở cơ thực quản được tất cả các tác giả khuyến cáo để tránh tạo thành túi thừa thực quản sau mổ.<sup>8,10,11</sup> Chúng tôi khâu lại đường mở cơ cho tất cả các trường hợp bằng các mũi khâu rời. Tuy nhiên qua kinh nghiệm cho thấy khâu lại cơ sẽ khó khăn hơn nếu khối u ở đối xứng với đường mổ.

Vấn đề tạo van chống trào ngược được nhiều tác giả khuyến cáo cho tất cả các trường hợp bóc u qua nội soi bụng, do có nguy cơ làm tổn thương cơ thắt thực quản dưới khi bóc u.<sup>8,12,16</sup> Trước đây chúng tôi làm van chống trào ngược một cách có hệ thống cho tất cả các trường hợp bóc u qua nội soi bụng. Tuy nhiên gần đây chúng tôi chỉ tạo van khi khối u nằm ở tâm vị hoặc thực quản bụng sát tâm vị. Với nhưng khối u nằm ở phần thực quản đi qua cơ hoành hay thực quản ngực sát cơ hoành, kích thước không quá lớn chúng tôi chỉ khâu lại cơ mà không làm van. Tuy nhiên cần phải theo dõi thêm sau mổ với số lượng lớn hơn để đánh giá nguy cơ viêm thực quản trào ngược sau mổ.

Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật bóc u cơ thực quản nội soi là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao, ít tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Cụ thể chúng tôi thực hiện phẫu thuật bóc u nội soi cho tất cả các trường hợp, kể cả các khối u trên 5 cm (khối u lớn nhất kích thước 6 cm).

Không có trường hợp nào thủng niêm mạc thực quản cũng như phải chuyển mổ mở. Không có tử vong hay các tai biến nặng trong và sau mổ. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tốt hơn so với một số nghiên cứu khác như: Nghiên cứu của G. Jiang trên 40

bệnh nhân có u cơ thực quản nội soi có 06 trường hợp (15%), thủng niêm mạc thực quản trong mổ cần chuyển mổ mở. Nghiên cứu của Sumin Shin trên 87 trường hợp u cơ thực quản phẫu thuật cho thấy có 23% thủng niêm mạc thực quản trong mổ, 11% chuyển mổ mở, 2,3% dò thực quản sau mổ.<sup>8,17</sup> Chúng tôi cho rằng kinh nghiệm của phẫu thuật viên là yếu tố quan trọng trong chỉ định bóc u nội soi, đồng thời phẫu thuật viên có kinh nghiệm sẽ giúp giảm thiểu các tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Chúng tôi thực hiện bóc u cơ thực quản nội soi từ 2005 tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, và đến nay đã thực hiện thành công trên 100 ca với kết quả tốt, ngay cả với những khối u lớn trên 10 cm. Nhận định của chúng tôi phù hợp với quan điểm của tác giả Sumin Shin khi phân tích chi tiết hơn về tỷ lệ biến chứng tác giả nhận định tỷ lệ chuyển mổ mở sẽ giảm đáng kể khi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm hơn (tỷ lệ chuyển mổ mở chỉ còn 4% khi phẫu thuật viên có trên 5 năm kinh nghiệm bóc u nội soi).<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản lành tính là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao, ít tai biến, biến chứng sau mổ. Phẫu thuật nội soi qua đường ngực có thể áp dụng cho phần lớn các trường hợp u cơ thực quản ngực, đường bụng áp dụng cho các u cơ thực quản thấp, sát tâm vị để tạo van chống trào ngược sau bóc u. Kích thước khối u lớn trên không phải là chống chỉ định của phẫu thuật nội soi, tuy nhiên đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Z, Ai B, Liao Y, et al. Novel methylene blue staining technique for localizing small esophageal leiomyomas during thoracoscopic enucleation. *Diseases of the Esophagus*. 2015; 29: 1043 - 1047.
2. Giovanna Mainieri Breedy1, José Alberto

Mainieri Hidalgo, et al. Esophageal leiomyoma, experience with nine surgical patients. *Acta méd costarric*. 2012; 54 (3): 165 - 169.

3. Christopher J, Mutrie, Dean M, et al. Esophageal Leiomyoma: A 40 - Year Experience. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79: 1122 - 11255.

4. Ajay Punpale MS, Ashvin Rangole, Navin Bhambhani, et al. Leiomyoma of Esophagus. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2007; 13: 78 - 81.

5. Yun - Xi Wang, Jing Zhang, Yi Liu, et al. Diagnosis and comprehensive treatment of esophageal leiomyoma: clinical analysis of 77 patients. *Int J Clin Exp Med*. 2015; 8 (10): 17214 - 17220.

6. Diego Ramos, Pablo Priego, Magdalena Coll, et al. Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma, *Rev esp enferm dig (Madrid)*. 2016; 108 (1): 8 - 14.

7. Everitt N J, Glinatsis M, McMahon M J. Thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the oesophagus, *Br J Surg*. 1992; 79: 643.

8. Shin S, Choi YS, Shim YM, Kim HK, Kim K, Kim J. Enucleation of esophageal submucosal tumors: a single institution's experience. *Ann Thorac Surg*. 2014; 97: 454 - 9.

9. William Bogedain, John C, Akram N. Leiomyoma of the Esophagus. *Disease of the chest*. 1963; 44: 391 - 399.

10. Luh S. P, Hou S. M, Fang C. C, Chen C. Y. Video thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. *World J Surg Oncol*. 2012; 10 - 52.

11. Kent M, d'Amato T, Nordman C, et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007; 134: 176 - 181.

12. Mutrie C. J, Donahue D. M, Wain J. C, et al. Esophageal leiomyoma: a 40 - year experience. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79: 1122 - 1125.



13. Seremetis M. G, Lyons W. S, de Guzman V. C, et al. Leiomyomata of the esophagus: An analysis of 838 cases. *Cancer* 1976. 1976; 38: 2166 - 2177.
14. Xuefei Sun, Jiabang Wang, Guotao Yang. Surgical treatment of esophageal leiomyoma larger than 5 cm in diameter: A case report and review of the literature. *J Thorac Dis.* 2012; 4 (3): 323 - 326.
15. Xiaosang Chen, Yong Xi, Hao Wang, et al. Minimally invasive surgery for giant esophageal leiomyoma: a case report & review of the literatures. *J Thorac Dis.* 2017; 9 (1): E26 - E31.
16. T Obuchi, A Sasaki, H Nitta, K Koeda, K Ikeda. Minimally invasive surgical enucleation for esophageal leiomyoma: report of seven cases. *Diseases of the Esophagus.* 2010; 23. E1 - E4.
17. G. Jiang, H. Zhao, F. Yang. Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: a retrospective study on 40 cases. *Diseases of the Esophagus.* 2009; 22: 279 - 283.

## Summary

### ENUCLEATION THORACOSCOPIC AND LAPAROSCOPIC FOR ESOPHAGEAL LEIOMYOMA

The retrospective study was conducted to evaluate the effectiveness of enucleation thoracoscopic and laparoscopic for esophageal leiomyoma. 36 patients were treated using thoracoscopic and laparoscopic esophageal leiomyomas enucleation at Hanoi Medical University Hospital from 2016 to 2020. The mean age was 50.4 (range 24 - 78 years). Male/Female sex ratio was 2.6:1. Twenty - nine patients had clinical symptoms (80.6%), and the remaining seven (19.4%) were asymptomatic. Tumors were identified in the upper third (8.3%), middle third (30.6%), and lower third (61.1%) of the esophagus. Mean tumor size was 2.9 cm (range 1.8 - 6.0 cm). Laparoscopic enucleation was performed on 17 patients who had leiomyoma located near the cardia (gastroesophageal junction or abdominal esophagus). The remaining 19 patients underwent right thoracoscopic enucleation. Three to five ports were used to perform the procedures. No major perioperative surgical or medical complications were reported. The median operative time was 107 minutes in thoracoscopic enucleation and 137 minutes in laparoscopic enucleation. The mean duration of hospital stay was 7.4 days (range 4 - 12 days). In conclusion, thoracoscopic and laparoscopic enucleation of esophageal leiomyoma is technically safe and associated with a high therapeutic success and low medico - surgical morbidity rates. Thoracoscopic enucleation could be applied for almost all esophageal leiomyoma tumors. Laparoscopic approach should be performed for tumors located near the gastroesophageal junction in order to create an anti - reflux valve after enucleation.

**Keywords: Esophageal leiomyoma, Laparoscopic enucleation, Thoracoscopic enucleation**