

CHARACTERISTICS OF SERIOUS TUMOR IN THOROSCOPIC SURGERY FOR BENIGN ESOPHAGIC MYOCYLUM AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Tran Huu Truong^{1*}, Pham Hoang Ha^{1,2}, Tong Quang Hieu¹, Nguyen Xuan Hoa^{1,2}, Than Quang Linh¹

¹Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Duc University Hospital - 40 Trang Thi, Hoan Kiem ward, Hanoi, Vietnam

²Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - 144 Xuan Thuy, Cau Giay ward, Hanoi, Vietnam

Received: 27/08/2025

Revised: 17/10/2025; Accepted: 23/10/2025

ABSTRACT

Purpose: To describe the characteristics of benign esophageal leiomyoma tumors during thoroscopic enucleation at the Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Duc University Hospital, from 2016 to 2024.

Methods: Retrospective descriptive study, describing all patients diagnosed with benign esophageal leiomyoma and treated at the Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Duc University Hospital.

Results: The study involved 50 patients with benign esophageal leiomyoma treated by thoroscopic surgery, with males accounting for 74% and females for 26%. The mean age of the patient group was $48,29 \pm 11,72$ years old. The mean tumor size was $55,64 \pm 27,88$ mm, with the largest tumor being 150 mm and the smallest being 20 mm. The tumors were located in the upper, middle, and lower third of the esophagus, accounting for 24%, 30%, and 46% respectively. On endoscopic ultrasound, the majority of tumors (86%) were sized between 20-50 mm, with 7 cases being larger than 50 mm. Tumor characteristics on computed tomography were predominantly regularly round with clear margins (98%). On endoscopic ultrasound, the tumors appeared as hypoechoic lesions with clear margins (100%) and homogenous (58%). The typical histological image of a benign esophageal leiomyoma shows spindle cells arranged in parallel or interlacing bundles. However, in some cases with atypical histological features, immunohistochemical testing is necessary to distinguish it from other tumors, particularly gastrointestinal stromal tumors or other types of sarcomas.

Conclusion: Benign esophageal leiomyoma is a common submucosal tumor of the esophagus. Imaging modalities play complementary roles in the detection and evaluation of esophageal leiomyoma, as well as in differentiating it from malignant lesions. Immunohistochemistry is necessary in cases of large, heterogeneous, or histologically atypical tumors to distinguish them from gastrointestinal stromal tumors.

Keywords: Esophageal myoma, thoracic endoscopic tumor removal surgery.

*Corresponding author

Email: truongtranqy@gmail.com Phone: (+84) 338001251 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3645>

ĐẶC ĐIỂM KHỐI U TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Hữu Trường^{1*}, Phạm Hoàng Hà^{1,2}, Tống Quang Hiếu¹, Nguyễn Xuân Hòa^{1,2}, Thân Quang Linh¹

¹Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - 40 Tràng Thi, phường Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

²Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội - 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/08/2025

Ngày chỉnh sửa: 17/10/2025; Ngày duyệt đăng: 23/10/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm khối u cơ thực quản lành tính trong phẫu thuật nội soi ngực bóc u tại Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2024.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán u cơ thực quản lành tính, được phẫu thuật nội soi ngực phải bóc u tại Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Kết quả: Nghiên cứu 50 bệnh nhân u cơ thực quản lành tính bằng phẫu thuật nội soi với tỉ lệ nam giới chiếm 74% và nữ giới chiếm 26%. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $48,29 \pm 11,72$ tuổi. Kích thước u trung bình là $55,64 \pm 27,88$ mm, u lớn nhất là 150 mm, nhỏ nhất là 20 mm. Khối u nằm vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới lần lượt chiếm tỉ lệ 24%, 30% và 46%. Phần lớn trên siêu âm nội soi, khối u có kích thước từ 20-50 mm chiếm 86%, có 7 trường hợp u kích thước trên 50 mm. Đặc điểm khối u trên cắt lớp vi tính phần lớn là tròn đều, ranh giới rõ (98%); trên siêu âm nội soi là hình ảnh giảm âm (100%), đồng nhất (58%) và ranh giới rõ ràng (100%). Hình ảnh mô học điển hình của u cơ trơn thực quản lành tính cho thấy các tế bào hình thoi sắp xếp thành bó song song hoặc đan chéo nhau. Tuy nhiên, trong một số trường hợp có đặc điểm mô học không điển hình, việc thực hiện xét nghiệm hóa mô miễn dịch là cần thiết nhằm phân biệt với các khối u khác, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa hoặc các loại sarcoma.

Kết luận: U cơ trơn lành tính thực quản là khối u dưới niêm thường gặp ở thực quản. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò hỗ trợ lẫn nhau trong phát hiện và đánh giá u cơ thực quản, cũng như phân biệt với các tổn thương ác tính. Hóa mô miễn dịch cần thiết trong các trường hợp u lớn, không đồng nhất hoặc mô học không điển hình để phân biệt với u mô đệm đường tiêu hóa.

Từ khóa: U cơ thực quản, phẫu thuật bóc u qua nội soi ngực.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn lành tính thực quản (leiomyoma) là khối u lành tính phát triển từ các tế bào cơ trơn của thành thực quản, là loại u thường gặp nhất, chiếm khoảng 60-70% trong các khối u lành tính của thực quản. Bệnh thường gặp ở độ tuổi 20-70, với tỷ lệ nam/nữ khoảng 2/1 [1-2]. Phần lớn các trường hợp được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng lâm sàng; tuy nhiên, một số bệnh nhân có thể xuất hiện nuốt nghẹn, đau tức ngực, đặc biệt khi khối u có kích thước lớn. Tổn thương u cơ thực quản thường là một

khối đơn độc, vị trí hay gặp ở 2/3 dưới thực quản, và hiếm khi tiến triển ác tính, với tỷ lệ chuyển dạng leiomyosarcoma chỉ khoảng 0,2%.

Trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán u cơ thực quản thường gặp khó khăn do biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu và hình ảnh dễ nhầm với các khối u trung mô khác, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa hoặc u thần kinh (schwannoma). Do đó, việc phối hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như nội soi, siêu âm nội soi, cắt lớp vi tính và xác định mô bệnh học

*Tác giả liên hệ

Email: truongtranqy@gmail.com Điện thoại: (+84) 338001251 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD20.3645>

kèm hóa mô miễn dịch có vai trò quan trọng trong xác định bản chất tổn thương cũng như định hướng chiến lược điều trị tối ưu.

Tại Việt Nam, số lượng báo cáo về các đặc điểm hình ảnh u cơ trơn thực quản còn chưa nhiều, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và mô bệnh học của bệnh nhân u cơ thực quản lành tính.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán u cơ trơn thực quản lành tính, được điều trị phẫu thuật nội soi ngực phải bóc u tại Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán là u cơ trơn thực quản lành tính dựa vào: chẩn đoán hình ảnh (nội soi, siêu âm nội soi, cắt lớp vi tính) có khối ở thành thực quản; mô tả trong mổ có khối u thành thực quản; kết quả giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch khẳng định u cơ trơn thực quản lành tính.

+ Được điều trị phẫu thuật nội soi ngực bóc u tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2024.

- Tiêu chuẩn loại trừ: kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là u mô đệm đường tiêu hóa thực quản, trường hợp u cơ thực quản được điều trị bằng phẫu thuật cắt thực quản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp: nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Quy trình nghiên cứu: chọn hồ sơ bệnh án đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, thu thập các dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Các biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng (nuốt nghẹn, đau sau xương ức, phát hiện tình cờ...), tiền sử gia đình.

+ Đặc điểm hình ảnh: tổng hợp kết quả hình ảnh từ nội soi dạ dày, siêu âm nội soi và trên phim cắt lớp vi tính.

Nội soi thực quản-dạ dày: đánh giá vị trí khối u 1/3 trên (cách cung răng trên từ 20-25 cm), 1/3 giữa (cách cung răng trên từ 25-30 cm), 1/3 dưới (cách cung răng trên từ 30-40 cm); đánh giá niêm mạc trên khối u (bình thường, loét...).

Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực: đánh giá kích thước khối u, ranh giới khối u, độ HU.

Siêu âm nội soi: đánh giá khối u nằm ở lớp nào thành thực quản, đặc điểm cản âm (tăng âm/giảm âm, âm đồng nhất/không đồng nhất).

+ Đặc điểm giải phẫu bệnh: hình ảnh đại thể được đánh giá trong mổ (số lượng u, kích thước khối u, hình thái khối u), đặc điểm vi thể (loại tế bào, kết quả hóa mô miễn dịch).

- Xử lý số liệu: phân tích thống kê có sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2024, chúng tôi thu thập 50 bệnh nhân được chẩn đoán u cơ thực quản lành tính và được phẫu thuật bóc u qua nội soi lồng ngực tại Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 50)

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$	48,29 $\pm$ 11,72
	Min-max	22-73
Giới tính	Nam	37 (74,0%)
	Nữ	13 (26,0%)
Triệu chứng lâm sàng	Không triệu chứng	18 (36,0%)
	Nuốt nghẹn	27 (54,0%)
	Đau sau xương ức	5 (10,0%)
Tiền không có yếu tố gia đình		50 (100%)

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh của khối u (n = 50)

Đặc điểm		Giá trị
Vị trí u thực quản ngực	1/3 trên	12 (24,0%)
	1/3 giữa	15 (30,0%)
	1/3 dưới	23 (46,0%)
Niêm mạc trên u	Trơn nhẵn	49 (98,0%)
	Viêm loét	1 (2,0%)
Kích thước khối u	2-5 cm	43 (86,0%)
	5-10 cm	7 (14,0%)
Ranh giới u	Rõ ràng	50 (100%)
	Không rõ ràng, xâm lấn	0
Đặc điểm cản âm	Giảm âm	50 (100%)
	Hỗn hợp âm/tăng âm	0
	Đồng nhất	29 (58,0%)
	Không đồng nhất	21 (42,0%)

Bảng 3. Hình ảnh đại thể của khối u (n = 50)

Đặc điểm		Kết quả	p
Kích thước khối u	Kích thước u trung bình (mm)	41,13 ± 17,56	0,02
	Kích thước u nhóm có triệu chứng (mm)	45,97 ± 17,41	
	Kích thước u nhóm không triệu chứng (mm)	31,72 ± 13,97	
Số lượng u	1 u	48 (96%)	
	≥ 2 u	2 (4%)	
Hình thái u	Tròn đều	26 (52%)	
	Nhiều thùy múi	24 (48%)	

Đặc điểm vi thể:

100% bệnh nhân có hình ảnh u tế bào hình thoi sắp xếp thành bó song song hoặc đan chéo nhau, hướng tới u cơ trơn trong bệnh phẩm.

Hóa mô miễn dịch được thực hiện ở 15 BN (30%), trong đó:

- Tất cả đều dương tính với Actin cơ trơn.
- Âm tính với các marker giải phẫu bệnh, cụ thể: CD117 (-), CD34 (-), S100 (-), DOG1 (-).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,29 tuổi (dao động từ 22-73 tuổi). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ramos D và cộng sự, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1 và độ tuổi trung bình là 53,62 tuổi (35-70 tuổi) [6]. Tương tự, nghiên cứu của Sumin Shin và cộng sự ghi nhận độ tuổi trung bình là 43,3 tuổi (20-73 tuổi) [5]. Điều này gợi ý rằng bệnh thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên, có thể liên quan đến sự tích lũy các yếu tố nguy cơ theo thời gian. Về triệu chứng lâm sàng, 32 bệnh nhân (64%) có biểu hiện, trong khi 18 bệnh nhân (36%) được phát hiện tình cờ qua nội soi kiểm tra sức khỏe. Trong nhóm có triệu chứng, nuốt nghẹn là biểu hiện thường gặp nhất (54%), tiếp theo là đau tức sau xương ức (10%). Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu gặp ở bệnh nhân có khối u kích thước lớn, trong khi những khối u nhỏ thường gây triệu chứng nhẹ, không rõ ràng hoặc thậm chí không có biểu hiện. Nghiên cứu của Sumin Shin và cộng sự ghi nhận kích thước trung bình khối u ở nhóm có triệu chứng lớn hơn nhóm không triệu chứng (60,0 ± 24,1 mm so với 52,0 ± 36,0 mm) [5]. Kết quả này củng cố giả thuyết rằng kích thước khối u có mối liên quan trực tiếp đến biểu hiện lâm sàng, và việc phát hiện sớm ở giai đoạn khối u còn nhỏ thường khó khăn do thiếu triệu chứng đặc hiệu.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có vai trò hỗ trợ lẫn nhau trong phát hiện và đánh giá u cơ thực quản. Nội soi thực quản giúp xác định vị trí, số lượng tổn thương dưới niêm, đánh giá tình trạng bề mặt niêm mạc và loại trừ các bệnh lý ác tính có biểu hiện loét niêm mạc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, u cơ thực quản gặp nhiều nhất ở 1/3 dưới thực quản (46%), tiếp đến là 1/3 giữa (30%) và ít gặp nhất ở 1/3 trên (24%). Phân bố này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó u cơ trơn thực quản được ghi nhận chủ yếu ở đoạn 1/3 dưới [5-6]. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm giải phẫu-sinh lý của thực quản, khi lớp cơ vòng đoạn dưới phát triển mạnh hơn, tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành khối u. Về hình thái nội soi, đa số khối u có bề mặt niêm mạc trơn láng (98%), chỉ 1 trường hợp (2%) ghi nhận viêm loét niêm mạc. Đây là đặc điểm điển hình của tổn thương u dưới niêm, phản ánh tính chất lành tính và ít xâm lấn niêm mạc. Tỷ lệ niêm mạc loét thấp giúp phân biệt với tổn thương ác tính, vốn thường gây phá vỡ bề mặt niêm mạc. Cắt lớp vi tính là phương tiện chẩn đoán hình ảnh quan trọng, giúp đánh giá tổng thể khối u về kích thước, vị trí, hình dạng và mối liên quan với các tạng lân cận. Trong nghiên cứu này, đa số khối u có kích thước từ 2-5 cm (86%), và ranh giới rõ ràng (100%) - đặc điểm giúp phân biệt với khối u ác tính thực quản. Siêu âm nội soi (endoscopic ultrasound) hiện được xem là tiêu chuẩn đáng tin cậy nhất trong chẩn đoán tổn thương dưới niêm mạc của ống tiêu hóa. Phương pháp này giúp phân biệt rõ giữa tổn thương từ ngoài dè vào và tổn thương xuất phát từ trong thành ống tiêu hóa, đồng thời xác định chính xác lớp xuất phát của khối u (thường từ lớp cơ niêm hoặc cơ vòng). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả khối u đều có đặc tính giảm âm, trong đó 58% có cấu trúc đồng nhất và 42% không đồng nhất. Tỷ lệ không đồng nhất tương đối cao có thể do thoái hóa, xơ hóa hoặc hoại tử trong các khối u lớn, gây khó khăn trong việc phân biệt với các u trung mô khác (như u mô đệm đường tiêu hóa). Do đó, cần phối hợp thêm các phương tiện chẩn đoán khác như mô bệnh học và hóa mô miễn dịch để xác định bản chất tổn thương. Tổng hợp lại, sự kết hợp giữa nội soi, siêu âm nội soi và cắt lớp vi tính mang lại bức tranh toàn diện về u cơ thực quản, giúp nâng cao độ chính xác chẩn đoán và định hướng chiến lược điều trị tối ưu cho từng bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số trường hợp chỉ có 1 khối u đơn độc (chiếm 96%), chỉ có 2 bệnh nhân (4%) phát hiện 2 khối u. Về hình thái đại thể, 52% khối u có dạng tròn đều, trong khi 48% có hình thùy múi. Kích thước trung bình của khối u là 41 mm. Đáng chú ý, kích thước trung bình của khối u ở nhóm có triệu chứng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không triệu chứng (45,97 ± 17,41 mm so với 31,72 ± 13,97 mm, p = 0,02). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sumin Shin và cộng

sự, trong đó các tác giả ghi nhận kích thước trung bình khối u ở nhóm có triệu chứng lớn hơn đáng kể so với nhóm không triệu chứng ($60,0 \pm 24,1$ mm so với $52,0 \pm 36,0$ mm) [5]. Trên hình ảnh vi thể, 100% bệnh nhân có khối u được cấu tạo bởi các tế bào cơ trơn dạng thoi (spindle cells), xếp thành bó song song hoặc xoắn ốc - đặc trưng của u cơ trơn lành tính. Tuy nhiên, 15 bệnh nhân (30%) trong nghiên cứu của chúng tôi cần làm thêm hóa mô miễn dịch để khẳng định chẩn đoán. Các trường hợp này đều thuộc nhóm u có kích thước lớn (> 4 cm) và có đặc điểm cản âm không đồng nhất trên siêu âm nội soi. Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, có tới 42% khối u thể hiện cấu trúc không đồng nhất trên siêu âm nội soi cho thấy sự liên quan giữa đặc điểm hình ảnh học và sự thay đổi tế bào trên vi thể. Ở nhóm bệnh nhân cần làm hóa mô miễn dịch, hình ảnh mô học nhuộm Hematoxylin & Eosin (H&E) có một số đặc điểm không điển hình như: mật độ tế bào cao, xuất hiện nhân tăng sắc, có phân bào rải rác, vùng hoại tử hoặc chảy máu. Những thay đổi này khiến việc phân biệt với u trung mô khác như u mô đệm đường tiêu hóa hoặc leiomyosarcoma trở nên cần thiết. Tất cả các mẫu bệnh phẩm được làm hóa mô miễn dịch đều cho kết quả dương tính với Actin và âm tính với CD117, CD34, DOG1, S100 - mô hình đặc trưng xác nhận nguồn gốc cơ trơn lành tính và loại trừ các u trung mô khác (đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa và schwannoma).

5. KẾT LUẬN

U cơ trơn lành tính thực quản là khối u dưới niêm thường gặp ở thực quản. Bệnh nhân phát hiện bệnh chủ yếu là bởi triệu chứng nuốt nghẹn. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò hỗ trợ lẫn nhau trong phát hiện và đánh giá u cơ thực quản, cũng như phân biệt với các tổn thương ác tính. Hóa mô miễn dịch cần thiết trong các trường hợp u lớn, không đồng nhất hoặc mô học không điển hình để phân biệt với u mô đệm đường tiêu hóa.

6. 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 M.B, Alberto J, Hidalgo M et al. Esophageal leiomyoma, experience with nine surgical patients. *Acta Médica costarric [online]*, 2012, 54 (3): 165-169.
- [3] Mutrie C.M, Donahue D.M, Wain J.C et al. Esophageal Leiomyoma: A 40-Year Experience. *Ann Thorac Surg*, 2005, 79 (4): 1122-1125.
- [4] Choi S.H, Kim Y.T, Han K.N et al. Surgical management of the esophageal leiomyoma: lessons from a retrospective review. *Dis Esophagus*, 2011, 24 (5): 325-9.
- [5] Shin S, Choi Y.S, Shim Y.M et al. Enucleation of Esophageal Submucosal Tumors: A Single Institution's Experience. *Ann Thorac Surg*, 2014, 97: 454-459.
- [6] Ramos D, Priego P, Coll M 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] Jiang G, Zhao H, Yang F et al. Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: a retrospective study on 40 cases. *Dis Esophagus*, 2016, 22, 279-83.
- [8] Kent M et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2007, 134: 176-81.