

OUTCOMES OF MINIMALLY INVASIVE ENUCLEATION OF BENIGN ESOPHAGEAL LEIOMYOMAS AT K HOSPITAL

Nguyen Van Cuong¹, Doan Trong Tu¹, Dang Xuan Dung¹

¹Department of Gastrointestinal Surgery 2 - K Hospital - No. 43 Quan Su, Cua Nam Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 20/01/2026

Revised: 12/02/2026; Accepted: 29/04/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the feasibility and safety of minimally invasive enucleation of benign esophageal leiomyomas at K Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on all 24 consecutive patients with pathologically confirmed esophageal leiomyoma treated at the Department of Gastrointestinal Surgery II, K Hospital, from January 2019 to June 2025.

Results: The mean age was 48.5 ± 12.3 years (range 24–68); 70.8% were male. Clinical symptoms were present in 87.5% of patients, dysphagia (75.0%) and chest pain (12.5%), while 12.5% were asymptomatic. Tumors were predominantly in the middle (62.5%) and lower (33.3%) thirds of the esophagus, with a mean diameter of 33.6 ± 17.4 mm (range 8–80 mm). A right thoracoscopic approach was used in 91.7% and a transabdominal laparoscopic approach in 8.3% of cases. No intraoperative complications were recorded. Mean operative times were 83.9 ± 17.0 min (thoracoscopic) and 140.0 ± 14.1 min (laparoscopic). One patient (4.2%) developed postoperative pneumonia. Mean hospital stay was 7.12 ± 1.1 days.

Conclusion: In this series of 24 patients, minimally invasive esophageal leiomyoma enucleation at K Hospital was feasible and safe, with no intraoperative complications and a low rate of early postoperative morbidity.

Keywords: esophageal leiomyoma; minimally invasive surgery; thoracoscopic enucleation; laparoscopic surgery.

*Corresponding author

Email: Hanacuong@gmail.com Phone: (+84) 929492888 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4958

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U CƠ LÀNH TÍNH THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Cương¹, Đoàn Trọng Tú¹, Đặng Xuân Dũng¹

¹Khoa Ngoại Tiêu hóa 2 - Bệnh viện K - Số 43 Quán Sứ, phường Cửa Nam, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 20/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 12/02/2026; Ngày duyệt đăng: 29/04/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi bóc u cơ lành tính thực quản (leiomyoma) tại Bệnh viện K.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên toàn bộ 24 bệnh nhân được xác nhận chẩn đoán leiomyoma thực quản bằng giải phẫu bệnh, điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình 48,5 ± 12,3 tuổi (24–68 tuổi); tỷ lệ nam/nữ là 70,8%/29,2%. Trong tổng số bệnh nhân, 87,5% đến khám vì có triệu chứng lâm sàng, gồm nuốt nghẹn (75,0%) và đau tức ngực (12,5%); 12,5% phát hiện tình cờ. Khối u chủ yếu ở 1/3 giữa (62,5%) và 1/3 dưới (33,3%) thực quản, kích thước trung bình 33,6 ± 17,4 mm (8–80 mm). Đường tiếp cận ngực phải chiếm 91,7%, đường bụng 8,3%. Không có tai biến trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình theo đường ngực và đường bụng lần lượt là 83,9 ± 17,0 phút và 140,0 ± 14,1 phút. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ 4,2% (1 ca viêm phổi). Thời gian nằm viện trung bình 7,12 ± 1,1 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi bóc leiomyoma thực quản cho thấy tính khả thi và an toàn, với tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sớm thấp.

Từ khóa: leiomyoma thực quản; phẫu thuật nội soi; bóc u cơ thực quản; phẫu thuật ít xâm lấn

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn lành tính thực quản (leiomyoma) là khối u xuất phát từ lớp cơ thành thực quản, chiếm khoảng 70–80% tổng số các u lành tính tại vị trí này, nhưng chỉ chiếm chưa đến 1% tổng số bệnh lý u thực quản [1]. Bệnh ưu thế ở nam giới trong độ tuổi 30–60, tiến triển âm thầm và nguy cơ ác tính hóa vô cùng thấp. Phần lớn trường hợp được phát hiện ngẫu nhiên qua nội soi hoặc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) khi kiểm tra sức khỏe định kỳ hoặc thăm khám vì lý do khác. Khi đường kính khối u vượt 5 cm, bệnh nhân mới bắt đầu xuất hiện triệu chứng điển hình như nuốt nghẹn tiến triển, cảm giác vướng sau xương ức hoặc đau ngực không đặc hiệu.

Chẩn đoán leiomyoma thực quản dựa vào sự phối hợp nhiều phương tiện hình ảnh học. Chụp thực quản cản quang giúp đánh giá hình thái và mức độ ảnh hưởng đến lòng thực quản. Nội soi ống mềm cho phép quan sát trực tiếp tổn thương dưới niêm mạc với bề mặt niêm mạc phủ còn nguyên vẹn. Siêu âm nội soi đóng vai trò quan trọng nhất trong việc xác định lớp xuất phát (lớp cơ) và phân biệt với các tổn thương dưới niêm mạc khác, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) [2].

Chỉ định phẫu thuật được đặt ra khi khối u gây triệu chứng hoặc không thể loại trừ bản chất ác tính. Trong lịch sử, mổ mở ngực là phương pháp chuẩn mực nhưng gây đau nhiều, sẹo lớn và thời gian hồi phục kéo dài. Năm 1992, Everitt và Bardini lần đầu tiên mô tả kỹ thuật bóc u cơ thực quản qua nội soi, mở ra hướng điều trị ít xâm lấn hơn với

hiệu quả tương đương [3]. Từ đó, nhiều trung tâm trên thế giới và tại Việt Nam đã áp dụng và phát triển kỹ thuật này, ghi nhận ưu thế rõ rệt về giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Tại Bệnh viện K, Khoa Ngoại Tiêu hóa 2 bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi bóc leiomyoma thực quản từ tháng 01/2019. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn còn ít báo cáo trong nước về kết quả của kỹ thuật này. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi bóc u cơ lành tính thực quản tại Bệnh viện K.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm toàn bộ bệnh nhân điều trị tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2025 đáp ứng đồng thời ba tiêu chuẩn lựa chọn: (1) được phẫu thuật nội soi bóc u tại cơ sở nghiên cứu; (2) có kết quả giải phẫu bệnh vi thể sau mổ xác nhận leiomyoma thực quản; và (3) hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin nghiên cứu cần thu thập.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: (1) bệnh nhân không có kết quả mô bệnh học hoặc kết quả mô bệnh học không đủ độ tin cậy để xác nhận chẩn đoán u cơ trơn lành tính; và (2) hồ sơ bệnh án thiếu từ hai thông tin nghiên cứu trở lên.

*Tác giả liên hệ

Email: Hanacuong@gmail.com Điện thoại: (+84) 929492888 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.4958

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu toàn bộ (n = 24). Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.3. Quy trình chẩn đoán trước mổ

Tất cả bệnh nhân được đánh giá trước mổ bằng một hoặc nhiều phương tiện sau: nội soi thực quản - dạ dày ống mềm, siêu âm nội soi (EUS), chụp cắt lớp vi tính ngực - bụng có tiêm thuốc cản quang và trong một số trường hợp có chụp thực quản cản quang. Siêu âm nội soi được chỉ định ưu tiên để xác định lớp xuất phát của khối u, đo kích thước và hỗ trợ chẩn đoán phân biệt với các tổn thương dưới niêm mạc khác, đặc biệt là u mô đệm đường tiêu hóa (GIST). Không thực hiện sinh thiết trước mổ do nguy cơ làm dính niêm mạc vào khối u, gây khó khăn cho phẫu thuật bóc u và tăng nguy cơ tổn thương niêm mạc thực quản.

2.4. Chỉ định và chống chỉ định phẫu thuật

Phẫu thuật được chỉ định khi thỏa mãn ít nhất một trong các điều kiện: (1) khối u có triệu chứng lâm sàng (nuốt nghẹn, đau ngực); (2) kích thước khối u ≥ 2 cm trên hình ảnh học bất kể có triệu chứng hay không; hoặc (3) đặc điểm hình ảnh không loại trừ hoàn toàn bản chất ác tính, đặc biệt khi siêu âm nội soi gợi ý tính chất không đồng nhất hoặc tăng sinh mạch.

Đối với các u có kích thước dưới 2 cm và không có triệu chứng, chúng tôi áp dụng phương án theo dõi bảo tồn bằng nội soi thực quản định kỳ mỗi 6–12 tháng. Cơ sở của chiến lược này là nguy cơ biến đổi ác tính của leiomyoma thực quản được xác nhận là cực kỳ thấp và tốc độ tăng trưởng khối u thường rất chậm [6,7]. Bên cạnh đó, một số tác giả khuyến nghị phẫu thuật ngay khi có chẩn đoán, kể cả với u nhỏ không triệu chứng với lý do không thể loại trừ hoàn toàn GIST trước mổ và tránh để u lớn lên sẽ làm tăng độ phức tạp kỹ thuật [7,8].

2.5. Kỹ thuật phẫu thuật

Lựa chọn đường tiếp cận phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí khối u. Với các u ở 2/3 trên thực quản, chúng tôi tiếp cận qua đường ngực phải. Với u ở 1/3 dưới, đường ngực phải vẫn là lựa chọn ưu tiên, song đường bụng được cân nhắc cho các u nằm trong vòng 3–4 cm tính từ chỗ nối thực quản-dạ dày hoặc ngang tâm vị, đây là vị trí mà tiếp cận bụng cho phép kiểm soát giải phẫu tốt hơn.

Tư thế bệnh nhân trong nội soi ngực: nằm nghiêng trái, đặt 3–4 trocar theo vị trí tam giác hoặc tứ giác tùy kích thước và vị trí u. Tư thế trong nội soi bụng: nằm ngửa, 5 trocar theo sơ đồ chuẩn phẫu thuật nội soi thực quản đoạn tâm vị. Sau khi bóc lộ khối u, cơ thực quản được mở dọc theo trục dài của u bằng dao điện hoặc Harmonic. Khối u được bóc tách tỉ mỉ ra khỏi lớp niêm mạc-dưới niêm mạc còn nguyên vẹn. Sau khi lấy u, toàn bộ bệnh nhân đều được kiểm tra sự toàn vẹn niêm mạc bằng cách bơm khí qua ống sonde dạ dày dưới quan sát trực tiếp. Đường mổ cơ được khâu đóng bằng các mũi chỉ rời Vicryl hoặc PDS để dự phòng hình thành túi thừa giả thực quản.

2.6. Các biến số nghiên cứu và định nghĩa

Các biến số thu thập gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), triệu chứng lâm sàng (nuốt nghẹn, đau ngực, không

triệu chứng), đặc điểm khối u (vị trí, kích thước đo trên CLVT), đường tiếp cận phẫu thuật, số lượng trocar sử dụng, thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sớm sau mổ, thời gian nằm viện, thời gian bắt đầu ăn lại qua đường miệng, thời gian rút dẫn lưu, thời gian theo dõi sau mổ, tình trạng nuốt nghẹn tồn lưu hoặc tái phát, triệu chứng trào ngược dạ dày - thực quản kéo dài, túi thừa giả thực quản, tái phát u trên lâm sàng hoặc hình ảnh học, cùng các đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ.

Các thông tin chẩn đoán trước mổ được ghi nhận gồm: phương tiện chẩn đoán đã sử dụng (nội soi thực quản - dạ dày, CLVT ngực - bụng, siêu âm nội soi, chụp thực quản cản quang), định hướng chẩn đoán trước mổ và việc có hay không sinh thiết trước mổ.

Tai biến trong mổ bao gồm: tổn thương niêm mạc thực quản, chuyển mổ mở và tổn thương tạng lân cận. Biến chứng sớm sau mổ được định nghĩa là các biến cố xảy ra trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật, bao gồm: viêm phổi, tràn khí hoặc tràn dịch màng phổi cần can thiệp, chảy máu sau mổ và rò thực quản. Tái phát được xác định khi xuất hiện lại tổn thương cùng vị trí trên nội soi hoặc chụp cắt lớp vi tính trong quá trình theo dõi.

Về giải phẫu bệnh, các tiêu chí được ghi nhận gồm: đặc điểm đại thể, vi thể, tình trạng bóc u nguyên khối và kết quả hóa mô miễn dịch trong các trường hợp cần chẩn đoán phân biệt với GIST. Những dấu ấn hóa mô miễn dịch được sử dụng gồm SMA, desmin, CD117 và DOG1.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Biến liên tục trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (Δ LC); biến phân loại trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Ban Lãnh đạo Bệnh viện K chấp thuận. Toàn bộ thông tin định danh bệnh nhân được mã hóa trong quá trình thu thập và nhập liệu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm khối u (n = 24)

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng (%)
Giới tính	
Nam	17 (70,8%)
Nữ	7 (29,2%)
Tuổi	
Tuổi trung bình \pm Δ LC (khoảng), tuổi	48,5 \pm 12,3 (24–68)
Triệu chứng lâm sàng	
Nuốt nghẹn	18 (75,0%)
Đau tức ngực	3 (12,5%)
Không có triệu chứng	3 (12,5%)
Vị trí khối u trên thực quản	
1/3 trên	1 (4,2%)

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng (%)
1/3 giữa	15 (62,5%)
1/3 dưới	8 (33,3%)
Kích thước khối u	
Đường kính trung bình ± ĐLC (khoảng), mm	33,6 ± 17,4 (8–80)

Nhóm nghiên cứu gồm 24 bệnh nhân với tỷ lệ nam chiếm ưu thế (70,8%), tuổi trung bình 48,5 ± 12,3 tuổi (24–68 tuổi). Đa số bệnh nhân đến khám vì có biểu hiện lâm sàng (87,5%), trong đó nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp nhất (75,0%), tiếp theo là đau tức ngực (12,5%); 3 bệnh nhân (12,5%) hoàn toàn không có triệu chứng. Khối u tập trung chủ yếu ở 1/3 giữa thực quản (62,5%) và 1/3 dưới (33,3%), chỉ có 1 trường hợp (4,2%) ở 1/3 trên. Kích thước khối u dao động từ 8 đến 80 mm với trung bình 33,6 ± 17,4 mm.

3.2. Các phương tiện chẩn đoán trước mổ và định hướng chẩn đoán

Bảng 2. Các phương tiện chẩn đoán trước mổ và định hướng chẩn đoán (n = 24)

Chỉ tiêu	Số lượng (%)
Phương tiện chẩn đoán trước mổ	
Nội soi thực quản - dạ dày	24 (100%)
Chụp CLVT ngực - bụng có tiêm thuốc cản quang	24 (100%)
Siêu âm nội soi (EUS)	18 (75,0%)
Chụp thực quản cản quang	7 (29,2%)
Sinh thiết trước mổ	0 (0%)
Định hướng chẩn đoán trước mổ	
Gợi ý leiomyoma thực quản	21 (87,5%)
U dưới niêm mạc thực quản, chưa loại trừ GIST	3 (12,5%)

Toàn bộ 24 bệnh nhân đều được nội soi thực quản - dạ dày và chụp CLVT ngực - bụng có tiêm thuốc cản quang trước mổ. Siêu âm nội soi được thực hiện ở 18 trường hợp (75,0%), trong khi 7 trường hợp (29,2%) được chụp thực quản cản quang. Không có trường hợp nào được sinh thiết trước mổ. Trên đánh giá trước mổ, 21 trường hợp (87,5%) được định hướng chẩn đoán leiomyoma thực quản; 3 trường hợp (12,5%) được xếp nhóm u dưới niêm mạc thực quản chưa loại trừ GIST.

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm kỹ thuật và kết quả phẫu thuật (n = 24)

Chỉ tiêu phẫu thuật	Số lượng (%) / Kết quả
Đường tiếp cận phẫu thuật	
Đường ngực phải	22 (91,7%)
Đường bụng	2 (8,3%)
Số lượng trocar - nhóm nội soi ngực (n = 22)	
3 trocar	8 (36,4%)

Chỉ tiêu phẫu thuật	Số lượng (%) / Kết quả
4 trocar	14 (63,6%)
Số lượng trocar - nhóm nội soi bụng (n = 2)	
5 trocar	2 (100%)
Tai biến trong mổ	
Tổn thương niêm mạc thực quản	0 (0%)
Chuyển mổ mở	0 (0%)
Tổn thương tạng lân cận	0 (0%)
Thời gian phẫu thuật, phút ± ĐLC (khoảng)	
Đường ngực phải	83,9 ± 17,0 (60–120)
Đường bụng	140,0 ± 14,1 (130–150)
Thời gian nằm viện	
Thời gian nằm viện trung bình ± ĐLC (khoảng), ngày	7,12 ± 1,1 (5–10)
Biến chứng sớm sau mổ	
Viêm phổi	1 (4,2%)
Tràn khí/tràn dịch màng phổi	0 (0%)
Chảy máu sau mổ	0 (0%)
Rò thực quản	0 (0%)

Toàn bộ 24 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thành công, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Đường ngực phải là hướng tiếp cận chủ yếu (91,7%); 2 bệnh nhân (8,3%) có khối u sát tâm vị được tiếp cận qua đường bụng. Trong nhóm nội soi ngực (n = 22), 4 trocar được sử dụng trong 63,6% trường hợp; 3 trocar áp dụng cho 36,4% ca có khối u nhỏ hoặc ở vị trí thuận tiện. Nhóm nội soi bụng (n = 2) đều dùng 5 trocar. Không ghi nhận bất kỳ tai biến nào trong mổ. Thời gian phẫu thuật qua đường ngực (83,9 ± 17,0 phút) ngắn hơn so với đường bụng (140,0 ± 14,1 phút), phản ánh sự phức tạp kỹ thuật cao hơn ở vị trí thực quản thấp. Về biến chứng sớm, chỉ có 1 trường hợp (4,2%) xuất hiện viêm phổi sau mổ, điều trị nội khoa ổn định. Thời gian nằm viện trung bình là 7,12 ± 1,1 ngày (5–10 ngày).

3.4. Theo dõi sau mổ và kết quả ngắn hạn

Bảng 4. Theo dõi sau mổ và kết quả ngắn hạn (n = 24)

Chỉ tiêu	Kết quả
Thời gian bắt đầu ăn lại qua đường miệng, ngày ± ĐLC (khoảng)	2,2 ± 0,6 (1–4)
Thời gian rút dẫn lưu, ngày ± ĐLC (khoảng)	3,5 ± 0,8 (2–6)
Thời gian theo dõi sau mổ, tháng ± ĐLC (khoảng)	23,8 ± 17,6 (3–72)
Ăn uống hoàn toàn qua đường miệng khi ra viện	24 (100%)
Nuốt nghẹn tồn lưu hoặc tái phát trong theo dõi	0 (0%)
Trào ngược dạ dày - thực quản kéo dài cần điều trị	0 (0%)
Túi thừa giả thực quản	0 (0%)
Tái phát u trên lâm sàng/hình ảnh học	0 (0%)

Bệnh nhân bắt đầu ăn lại qua đường miệng sau mổ trung bình $2,2 \pm 0,6$ ngày và được rút dẫn lưu sau trung bình $3,5 \pm 0,8$ ngày. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là $23,8 \pm 17,6$ tháng, dao động từ 3 đến 72 tháng. Tại thời điểm ra viện, toàn bộ 24 bệnh nhân đều ăn uống hoàn toàn qua đường miệng. Trong thời gian theo dõi, không ghi nhận trường hợp nào nuốt nghẹn tồn lưu hoặc tái phát, trào ngược dạ dày - thực quản kéo dài, túi thừa giả thực quản hay tái phát khối u.

3.5. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (n = 24)

Đặc điểm giải phẫu bệnh	Số lượng (%)
Mẫu bệnh phẩm được bóc u nguyên khối	24 (100%)
Cấu trúc tế bào hình thoi, sắp xếp thành bó đan xen	24 (100%)
Không ghi nhận hoại tử u	24 (100%)
Không ghi nhận không điển hình tế bào rõ	24 (100%)
Hoạt độ phân bào thấp (<5/50 vi trường lớn)	24 (100%)
Hóa mô miễn dịch được thực hiện	8 (33,3%)
SMA dương tính*	8/8 (100%)
Desmin dương tính*	7/8 (87,5%)
CD117 âm tính*	8/8 (100%)
DOG1 âm tính*	8/8 (100%)
Chẩn đoán sau cùng: leiomyoma thực quản	24 (100%)

* Tính trên 8 trường hợp được làm hóa mô miễn dịch.

Cả 24 trường hợp đều được bóc u nguyên khối. Trên vi thể, các khối u đều có hình ảnh tế bào hình thoi, sắp xếp thành các bó đan xen, hoạt độ phân bào thấp, không ghi nhận hoại tử hay không điển hình tế bào rõ. Hóa mô miễn dịch được thực hiện ở 8 trường hợp (33,3%) và cho kiểu hình phù hợp leiomyoma với SMA dương tính, desmin dương tính ở đa số trường hợp, đồng thời CD117 và DOG1 âm tính, giúp loại trừ GIST. Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau cùng ở 100% trường hợp là leiomyoma thực quản

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tổng kết 24 trường hợp leiomyoma thực quản được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện K trong hơn 6 năm. Con số này phản ánh đúng tính chất hiếm gặp của bệnh lý vì toàn bộ đây là các ca đủ tiêu chuẩn chẩn đoán leiomyoma thuần túy, không tính những trường hợp theo dõi bảo tồn hoặc có kết quả mô bệnh học không chắc chắn.

Về đặc điểm dịch tễ, tỷ lệ nam:nữ là 2,4:1, phù hợp với dữ liệu tổng hợp trong y văn quốc tế về sự ưu thế ở nam giới [4]. Tuổi trung bình 48,5 tuổi nằm trong khoảng tuổi phổ biến nhất của bệnh (30–60 tuổi), tương đồng với kết quả nghiên cứu của Choi và cộng sự trên 85 bệnh nhân tại Hàn Quốc (tuổi trung bình 44,5 tuổi) [5] và nghiên cứu của Ben-David với tuổi trung bình 43 tuổi [5].

Nuốt nghẹn là lý do khám bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất (75,0%), tiếp theo là đau tức ngực (12,5%), trong khi 12,5% được phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khỏe định kỳ. Tổng

cộng 87,5% bệnh nhân có ít nhất một triệu chứng cơ năng, kết quả này so sánh được với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Đan và cộng sự, trong đó 80,6% bệnh nhân có triệu chứng với nuốt nghẹn chiếm ưu thế [4]. Sự phân bố vị trí khối u (tập trung ở 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản, chiếm 95,8%) phù hợp với giải phẫu học của lớp cơ dày nhất tại vùng này và tương tự kết quả của Choi với 85,7% [5].

Kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi (33,6 mm) thấp hơn so với nhóm của Choi (43,4 mm, khoảng 10–140 mm) [5]. Sự khác biệt này một phần do Choi sử dụng nhiều phương pháp phẫu thuật hơn (bao gồm cả mổ mở và phẫu thuật lồng ngực hỗ trợ nội soi), cỡ mẫu lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn; một phần khác có thể do tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật tại hai cơ sở có sự khác biệt.

Lựa chọn đường tiếp cận trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nguyên tắc giải phẫu: 91,7% bệnh nhân được nội soi qua đường ngực phải, lựa chọn tự nhiên cho các u ở 2/3 trên và 2/3 giữa thực quản do không có động mạch chủ cản trở [9]. Hai trường hợp (8,3%) có u sát chỗ nối thực quản-dạ dày được tiếp cận qua đường bụng, cho phép kiểm soát cả tâm vị và mặt dưới cơ hoành. Phẫu thuật nội soi từ khi được Bardini và Everitt mô tả năm 1992 đã dần thay thế mổ mở trong hầu hết các trường hợp leiomyoma thực quản nhờ ưu thế rõ rệt về đau sau mổ, thẩm mỹ và thời gian hồi phục [3,9].

Kết quả của chúng tôi là không ghi nhận bất kỳ tai biến nào trong mổ, không thủng niêm mạc thực quản, không tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản, không tổn thương tạng lân cận và không có ca nào phải chuyển mổ mở. Điều này phần nào phản ánh kinh nghiệm phẫu thuật tích lũy được qua hơn 6 năm và sự áp dụng thường quy kiểm tra toàn vẹn niêm mạc bằng bơm khí qua sonde dạ dày sau khi bóc u. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ thấp (4,2%) với duy nhất 1 trường hợp viêm phổi hồi phục hoàn toàn bằng điều trị nội khoa, kết quả tương đồng với các báo cáo trong y văn [4,5,7].

Về kết quả theo dõi, bệnh nhân bắt đầu ăn lại tương đối sớm sau mổ, thời gian rút dẫn lưu ngắn và thời gian nằm viện trung bình 7,12 ngày. Trong thời gian theo dõi trung bình 23,8 tháng, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nuốt nghẹn tồn lưu hoặc tái phát, trào ngược kéo dài, túi thừa giả thực quản hay tái phát khối u. Kết quả này củng cố thêm nhận định rằng phẫu thuật nội soi bóc leiomyoma thực quản là phương pháp khả thi và an toàn trong loạt ca nghiên cứu của chúng tôi.

Về giải phẫu bệnh, 100% trường hợp trong nghiên cứu được xác nhận là leiomyoma thực quản. Hình ảnh vi thể điển hình là các tế bào hình thoi sắp xếp thành bó đan xen, hoạt độ phân bào thấp, không có hoại tử hay không điển hình rõ. Ở những trường hợp cần chẩn đoán phân biệt, hóa mô miễn dịch cho kiểu hình SMA dương tính, desmin dương tính, CD117 và DOG1 âm tính, phù hợp với leiomyoma và giúp loại trừ GIST. Điều này làm tăng độ tin cậy cho chẩn đoán sau mổ, đặc biệt trong các trường hợp mà hình ảnh học trước mổ chưa loại trừ hoàn toàn tổn thương dưới niêm mạc khác.

Nghiên cứu này có một số hạn chế cần thừa nhận: thiết kế hồi cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ (n = 24), không có nhóm chứng và thiếu dữ liệu theo dõi trung-dài hạn có hệ thống (khả năng nuốt sau mổ, trào ngược dạ dày-thực quản, tỷ lệ tái phát). Những hạn chế này cần được khắc phục trong các nghiên cứu tiến cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn.

5. KẾT LUẬN

Trong loạt 24 trường hợp nghiên cứu tại Khoa Ngoại Tiêu hóa 2, Bệnh viện K, phẫu thuật nội soi bóc leiomyoma thực quản cho thấy tính khả thi và an toàn, với không có tai biến trong mổ và tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ thấp. Đường tiếp cận ngực phải phù hợp với đa số u ở đoạn ngực thực quản; đường bụng là lựa chọn hợp lý cho các u thực quản thấp sát tâm vị. Bệnh nhân hồi phục sau mổ tương đối nhanh, thời gian bắt đầu ăn lại và rút dẫn lưu ngắn, chưa ghi nhận tái phát trong thời gian theo dõi trung bình 23,8 tháng. Giải phẫu bệnh xác nhận 100% trường hợp là leiomyoma thực quản.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Choong CK, Meyers BF. Benign esophageal tumors: introduction, incidence, classification, and clinical features. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;15(1):3–8.
- [2] Zhu X, Zhang XQ, Li BM, Xu P, Zhang KH, Chen J. Esophageal mesenchymal tumors: endoscopy, pathology and immunohistochemistry. *World J Gastroenterol.* 2007;13(5):768–773.
- [3] Jiang G, Zhao H, Yang F, et al. Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: a retrospective study on 40 cases. *Dis Esophagus.* 2009;22(3):279–283.
- [4] Nguyễn Ngọc Đan. Phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2021.
- [5] Choi SH, Kim YT, Han KN, et al. Surgical management of the esophageal leiomyoma: lessons from a retrospective review. *Dis Esophagus.* 2011;24(5):325–329.
- [6] Glanz I, Grünebaum M. The radiological approach to leiomyoma of the oesophagus with a long-term follow-up. *Clin Radiol.* 1977;28(2):197–200.
- [7] Punpale A, Rangole A, Bhambhani N, et al. Leiomyoma of esophagus. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2007;13(2):78–81.
- [8] Sun X, Wang J, Yang G. 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.
- [9] von Rahden BHA, Stein HJ, Feussner H, Siewert JR. Enucleation of submucosal tumors of the esophagus: minimally invasive versus open approach. *Surg Endosc.* 2004;18(6):924–930.