

U CƠ TRƠN THỰC QUẢN: CHẨN ĐOÁN VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

Hoàng Trọng Nhật Phương¹, Lê Lộc¹

TÓM TẮT

U cơ trơn thực quản thường gặp nhất, chiếm khoảng 70-80% các loại u lành tính của thực quản. Thường gặp ở hai phần ba dưới thực quản và ngày nay thường được bóc u qua nội soi lồng ngực. Chúng tôi báo cáo ba trường hợp u cơ trơn thực quản được phẫu thuật nội soi lồng ngực bóc u thành công.

Từ khóa: U cơ trơn thực quản, chẩn đoán, xử trí

ABSTRACT

ESOPHAGEAL LEIOMYOMA: DIAGNOSIS AND MANAGEMENT

Hoang Trong Nhat Phuong¹, Le Loc¹

Esophageal leiomyoma accounts for 70% to 80% of benign esophageal tumors. They are frequently located in the lower and middle third of the esophagus, and are removed surgically by thoracoscopy. We report three cases of esophageal leiomyoma in the thoracic esophagus that was successfully enucleated via thoracoscopy.

Key words: Esophageal leiomyoma, diagnosis, management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn thực quản (leiomyoma) là u thường gặp nhất trong các loại u lành tính của thực quản, nó chiếm khoảng 1% trong các loại u thực quản và chiếm khoảng 70-80% các loại u lành tính của thực quản [1], [2]. Việc chẩn đoán xác định, đặc biệt là chẩn đoán xác định trước mổ u cơ trơn thực quản để có thái độ xử trí thích hợp thường gặp nhiều khó khăn. Đặc biệt cần chẩn đoán phân biệt với u cơ trơn thực quản thoái hóa ác tính (leiomyosarcoma) và u mô đệm thực quản (GIST) vì thái độ xử trí giữa các bệnh này hoàn toàn khác nhau. Phẫu thuật bóc u cơ trơn thực quản qua nội soi lồng ngực đã được thực hiện thành công ở nhiều nơi trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, trong thời gian qua, chúng tôi đã phẫu thuật thành công 3 trường hợp u cơ trơn thực quản qua nội soi lồng ngực. Vì vậy, chúng tôi thực hiện

báo cáo này nhằm thảo luận những tiêu chí để chẩn đoán, chỉ định và đánh giá phương pháp phẫu thuật bóc u cơ thực quản qua nội soi lồng ngực.

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 2012 đến 2014, 3 bệnh nhân u cơ trơn thực quản được phẫu thuật bóc u qua nội soi lồng ngực, tuổi từ 30 – 50 tuổi, toàn bộ là nam giới. 2 bệnh nhân không có triệu chứng, phát hiện tình cờ khi nội soi dạ dày kiểm tra. 1 bệnh nhân có triệu chứng nuốt vướng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

- Hệ thống nội soi và dụng cụ nội soi của KARL STORZ

1. Khoa Ngoại Tiêu hóa, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 31/5/2018; Ngày phản biện (Revised): 11/6/2018;

- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2018

- Người phản hồi (Corresponding author): Hoàng Trọng Nhật Phương

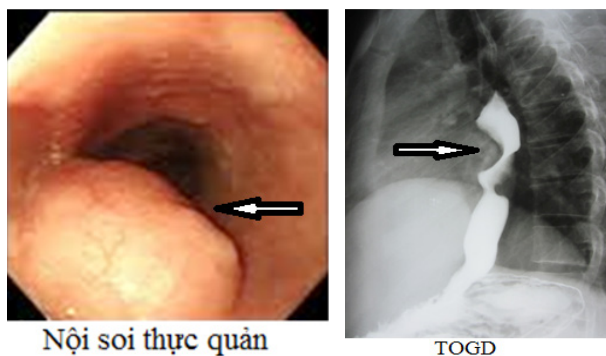
- Email: drhtnphuong@gmail.com; ĐT: 0905141206

- Đặc điểm nghiên cứu:
- + Vị trí và kích thước u.
- + Phương pháp phẫu thuật.
- + Mô bệnh học của u.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

3.1. Bệnh nhân thứ nhất

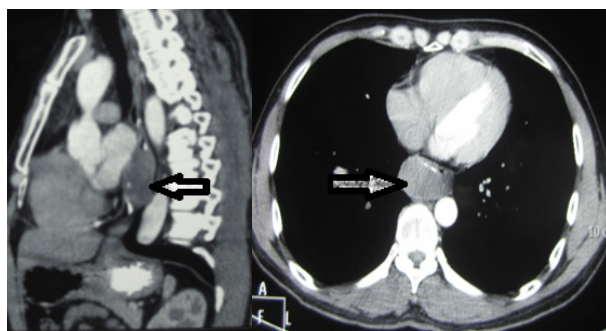
Bệnh nhân nam, 47 tuổi. Bệnh có tiền sử nuốt vướng, nghẹn đã 3 tháng, nuốt nghẹn tăng dần kèm theo đau sau xương ức. Bệnh không sụt cân, không nôn. Không có tiền sử bệnh thực quản hay phẫu thuật thực quản. Khám lâm sàng không phát hiện gì đặc biệt. Nội soi thực quản phát hiện một u dưới niêm mạc đội vào lòng thực quản cách cung răng 28cm, không sinh thiết. CT Scan cho hình ảnh một khối u ở 1/3 giữa thành thực quản, tỷ trọng đồng nhất, bờ đều, kích thước 3×6cm, không xâm lấn ra ngoài, không có hạch trung thất. Các xét nghiệm về chất chỉ điểm ung thư có kết quả trong giới hạn bình thường. Các xét nghiệm về sinh hóa, huyết học và hình ảnh học khác không phát hiện bất thường.



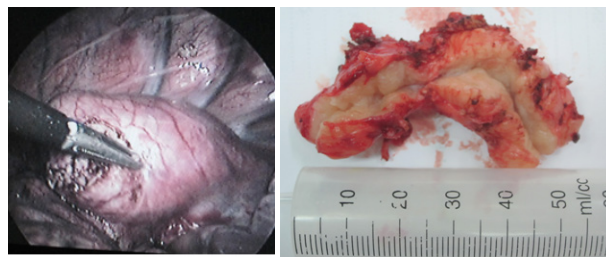
Nội soi thực quản

TOGD

Hình 1. Kết quả nội soi thực quản và hình ảnh phim X quang



Hình 2. Hình ảnh CT Scan



Bóc u qua NS

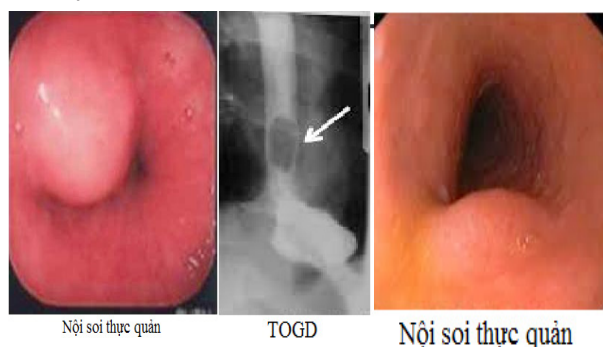
Kích thước u

Hình 3. Kết quả phẫu thuật

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực bóc u ngoài niêm mạc, sinh thiết tức thì cho kết quả u cơ trơn lành tính. Quá trình phẫu tích không tổn thương niêm mạc thực quản. Sau mổ, rút dẫn lưu ngực vào ngày thứ 2, cho ăn vào ngày thứ 3, thời gian nằm viện sau mổ là 7 ngày. Giải phẫu bệnh sau mổ là leiomyoma.

3.2. Bệnh nhân thứ hai và thứ ba

Bệnh nhân nam, 42 và 57 tuổi, có tiền sử đau dạ dày. Bệnh không có biểu hiện lâm sàng, ăn uống bình thường. Bệnh khám sức khỏe nội soi kiểm tra phát hiện u dưới niêm mạc đội vào lòng thực quản cách cung răng 34 và 36cm nên vào viện. CT Scan cho hình ảnh khối u ở 1/3 dưới thành thực quản, tỷ trọng đồng nhất, bờ đều, kích thước 2×3cm và 1×3 không xâm lấn ra ngoài, không có hạch trung thất. Chụp TOGD cho hình ảnh khuyết ở 1/3 dưới thực quản. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực bóc u cơ thực quản, sinh thiết tức thì cho kết quả u cơ trơn lành tính. Quá trình phẫu tích không tổn thương niêm mạc thực quản. Sau mổ rút dẫn lưu ngực và cho ăn vào ngày thứ 2, sau mổ không có biến chứng, ra viện sau 1 tuần. Giải phẫu bệnh là leiomyoma.



Nội soi thực quản

TOGD

Nội soi thực quản

Hình 4. Kết quả cận lâm sàng

III. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của leiomyoma

U cơ trơn thực quản (leiomyoma) là u thường gặp nhất trong các loại u lành tính của thực quản, nó chiếm khoảng 1% trong các loại u thực quản và chiếm khoảng 70-80% các loại u lành tính của thực quản [1], [2]. Leiomyoma thực quản thường gặp ở 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản, thường là 1 u đơn độc [3]. Leiomyoma thường phát triển chậm, kích thước có thể không thay đổi qua nhiều năm. Đa số khối u có kích thước dưới 5cm, tuy nhiên cũng có khoảng 5% u trên 10 cm và hiếm khi chuyển sang ác tính. Leiomyoma hiếm khi có triệu chứng khi u nhỏ hơn 5cm. Khi u lớn có thể có các triệu chứng như khó nuốt, khó chịu sau xương ức, đau ngực, tắc thực quản và trở thức ăn. Hiếm khi chảy máu và loét niêm mạc. Chụp thực quản cản quang cho hình ảnh một khối u hình lòng chảo tròn không tổn thương niêm mạc. Nội soi TQ thấy 1 khối u di động, dưới niêm mạc. Nếu nghĩ đến leiomyoma thì không nên sinh thiết vì vết sẹo do tổn thương niêm mạc ở vị trí sinh thiết sẽ gây nguy cơ thủng niêm mạc khi bóc u ngoài niêm mạc. Tuy nhiên khi có loét ở niêm mạc thì phải sinh thiết để loại trừ u ác tính [4].

4.2. Về chẩn đoán

Việc chẩn đoán phân biệt giữa leiomyoma với leiomyosarcoma và u mô đệm thực quản (GIST) đóng một vai trò rất quan trọng vì thái độ xử trí giữa các bệnh này hoàn toàn khác nhau.

Nội soi thực quản khó phân biệt giữa leiomyoma hay leiomyosarcoma, đặc biệt đối với những khối u trong thành hoặc khối u lồi ra ngoài mà không gây tổn thương đến niêm mạc [5], [6]. Sinh thiết để cho kết quả chính xác, tuy nhiên cũng có thể cho kết quả âm tính giả do u loét hay hoại tử. Siêu âm nội soi có thể phân biệt được leiomyoma và leiomyosarcoma. Leiomyosarcoma: giới hạn rõ, giàu âm, khối đồng nhất khuếch tán hồi âm mạnh có nguồn gốc ở lớp cơ vân [7]. Leiomyoma: khối u giảm âm khu trú ở lớp dưới niêm mạc, bờ đều, rõ và xuất phát từ lớp

cơ riêng, đặc biệt là lớp cơ niêm [8]. CT Scan cho hình ảnh một tổn thương không đồng nhất với phần lớn lồi ra ngoài và vùng trung tâm giảm tỷ trọng [9]. Giá trị nhất của CT Scan là phân biệt u từ thực quản hay u từ ngoài chèn vào thực quản. MRI : có thể chỉ ra một khối cường độ đồng nhất ở T1 và tăng cường độ ở T2 [10].

Giải phẫu bệnh cũng khó phân biệt giữa leiomyosarcoma biệt hóa tốt với leiomyoma [7]. Một số yếu tố cho phép nghĩ đến ác tính: Kích thước u (lớn hơn 5-6cm); tế bào không điển hình; có hoại tử hay chảy máu; số lượng nguyên phân; tế bào thoái hóa và xâm lấn [11]. Sinh thiết trong mổ có thể không kết luận được u lành hay ác, nên việc cắt thực quản hay bóc u phụ thuộc vào phẫu thuật viên khi đánh giá u qua hình ảnh đại thể [12]. Nói chung, việc chuyển sang ác tính của leiomyoma không thường gặp. Một số ý kiến cho rằng leiomyosarcoma là một u mới chứ không phải phát triển từ leiomyoma và leiomyoma thật ra là leiomyosarcoma biệt hóa tốt.

Gần đây, u trung mô nguyên phát đường tiêu hóa được chia làm 3 loại chính là u cơ trơn, u bao thần kinh và u tân tạo thuộc về một nhóm khác và được gọi chung là u mô đệm đường tiêu hóa (GIST). Việc phân biệt giữa GIST, leiomyosarcoma và leiomyoma dựa vào giải phẫu bệnh và hoá mô miễn dịch. Leiomyosarcoma dương tính với Vimentin, Desmin và Ki67. Vimentin là marker của tế bào liên kết, trong khi Desmin là marker của tế bào cơ trơn và thường âm tính đối với GIST. Ki67 là marker tăng trưởng. Âm tính với CD34 và CD117 là GIST. Dương tính với Desmin và âm tính với CD34 và CD117 là leiomyoma. Việc tách biệt giữa GIST và các u cơ trơn khác rất quan trọng vì GIST đáp ứng điều trị với Tyrosine kinase inhibitor (Glivec) trong trường hợp u không cắt được hoặc đã di căn [13].

4.3. Về điều trị

Điều trị u cơ thực quản tốt nhất vẫn là phẫu thuật, tuy nhiên trong một số trường hợp có thể theo dõi bằng nội soi trong thời gian dài mà không cần phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật do u có khả năng

chuyển sang ác tính và không có khả năng theo dõi bệnh. Hơn nữa, việc phẫu thuật bóc u nội soi cho kết quả tốt, ít biến chứng, ít đau, thẩm mỹ và nhanh hồi phục. Nguy cơ tổn thương niêm mạc thực quản khoảng 10% [14]. Mô bóc u ngoài niêm mạc an toàn khoảng 96% [15]. Có vài kỹ thuật khác nhau để giúp bóc u ngoài niêm mạc như sử dụng dụng cụ nong thực quản [16] hoặc bóng nong thực quản [17] để ép khối u lòi ra ngoài thành thực quản để dễ dàng tìm thấy và bóc u. Nhiều nghiên cứu cho thấy với u kích thước nhỏ hơn 8cm có thể bóc u ngoài niêm mạc an toàn và không để lại di chứng như khó nuốt sau mổ. Phẫu thuật cắt thực quản phụ thuộc vào các

yếu tố: 1. Khối u quá lớn không thể bóc u mà không làm tổn thương niêm mạc; 2. U dính chắc và rộng với niêm mạc thực quản; 3. Tổn thương niêm mạc thực quản do bóc u mà không thể phục hồi được; 4. U lớn nằm ở phần xa thực quản và lan dọc xuống tâm vị; 5. Leiomyosarcoma [18].

IV. KẾT LUẬN

Chẩn đoán xác định leiomyoma thường gặp nhiều khó khăn và đôi khi chỉ định phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào chủ quan của phẫu thuật viên. Phẫu thuật bóc u ngoài niêm mạc qua nội soi lồng ngực khả thi, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Seremetis M G, Lyons W S, deGuzman V C, Peabody JW Jr. Leiomyomata of the esophagus: An analysis of 838 cases. *Cancer* 1976; 38: 2166–2177.
2. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al. Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg* 2005; 79: 1122–5.
3. Hatch GF 3rd, Wertheimer-Hatch L, Hatch KF, Davis GB, Blanchard DK, Foster RS Jr, Skandalakis JE. Tumors of the esophagus. *World J Surg* 2000; 24: 401–411.
4. Ajay Punpale, MS, 1 Ashvin Rangole, 1 Navin Bhambhani, 1 George Karimundackal, 1 Nandini Desai, 1 Ashwin de Souza, 1 C. S. Pramesh, MS, 1 Nirmala Jambhekar, MD, 2 and Rajesh C. Mistry, MS 1 Leiomyoma of Esophagus *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 13: 78–81.
5. Choh J.H., Khazei H., Ihm H.J.: Leiomyosarcoma of the esophagus: report of a case and review of the literature. *J. Surg. Oncol.* 32:223–226, 1986.
6. Partyka E. K., Sanoski R. A., Kozarek R. A.: Endoscopic diagnosis of a giant esophageal leiomyosarcoma. *Am. J. Gastroenterol.* 75: 132–4, 1981.
7. Aimoto T., Sajajima K., Kyono S. et al.: leiomyosarcoma of the esophagus: report of a case and preoperative evaluation by CT Scan, endoscopic untrasonography and angiography. *Gastroenterol. Jpn.* 27: 773–9, 1992.
8. Rowley h., Vani l., Leen e., Broe P., Keane T.: Leiomyosarcoma of the upper esophagus: a difficult preoperative diagnosis. *Ir. J. Med. Sci.* 163: 501, 1994.
9. Levine M.S., Buck J.L., Pantograng-Brown L., Buetow P.C., Hallman J.R., Sobin L.H.: Leiomyosarcoma of the esophagus: radiographic findings in 10 patients. *Ann. J. Roentgenol.* 167: 27–32, 1996.
10. Ohnishi T., Yoshioka H., Ishida O.: MR imaging of gastrointestinal leiomyosarcoma. *Radiat. Med.* 9:114–7, 1991.
11. Visioli A., Daniel F.J.: Leiomyosarcoma of the esophagus: a case report and literature review of leiomyosarcoma. *Aust Radiol.* 41: 160–5, 1997.
12. Pelissier E., Bachour A., Angonin R., Carbillet J.P., Bosset J.F.: Leiomyosarcoma of the esophagus. One case with review of literature. *Chir.* 115: 467–475, 1989.
13. Miettinen M., Sarlomo-Rikala M., Sobin L.H., Lasota J.: A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 17 cases and comparison with

- esophageal leiomyomas and leiomyosarcomas. *Ann. J. Surg. Pat.* 24:211-222, 2000.
14. Kent M, d'Amato T, Nordman C, Schuchert M, Landreneau R, Alvelo-Rivera M, Luketich J. J. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 134: 176-81.
 15. Bonavina L, Segalin A, Rosati R, Pavanello M, Peracchia A. Surgical therapy of esophageal leiomyoma. *J Am Coll Surg* 1995; 181: 257-262.
 16. Mafune K, Tanaka Y. Thoracoscopic enucleation of an esophageal leiomyoma with balloon dilator assistance. *Surg Today* 1997; 27: 189-192.
 17. Izumi Y, Inoue H, Endo M. Combined endoluminal–intracavity thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the esophagus. A new method. *Surg Endosc* 1996; 10: 457–458.
 18. Surgical treatment of giant esophageal leiomyoma Bang-Chang Cheng, Sheng Chang, Zhi-Fu Mao, Mao-Jin Li, Jie Huang, Zhi-Wei Wang, Tu-Sheng Wang. *World J Gastroenterol* 2005;11(27):4258-4260.