

## PHẪU THUẬT NỘI SOI BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIÊU HÓA BỆNH VIỆN HN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mai Lâm, Đỗ Trường Sơn, Phạm Hiếu Tâm, Phạm Đức Huấn

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** U cơ thực quản (leiomyoma) là loại u lành tính, rất ít gặp, phát triển tương đối chậm và hiếm khi chuyển ác tính. Chẩn đoán dựa vào Xquang, nội soi, chụp CLVT, MRI và siêu âm nội soi. Phẫu thuật mở TQ bóc u được chỉ định cho các u lớn và có triệu chứng. Hiện nay phẫu thuật nội soi (PTNS) được áp dụng và thay thế dần cho phẫu thuật mở mổ, do những ưu điểm của loại hình phẫu thuật ít xâm lấn này. Tại khoa PTTT Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi bắt đầu thực hiện mổ bóc u cơ TQ bằng PTNS từ tháng 9 năm 2005.

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị u cơ thực quản bằng PTNS tại khoa PTTT Bệnh viện Việt Đức.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ lưu trữ của 58 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là u cơ thực quản và được mổ bóc u cơ bằng PTNS. Các kết quả xa sau mổ có được dựa trên việc mời BN đến kiểm tra trực tiếp hoặc qua điện thoại.

**Kết quả:** Từ tháng 1/2005 đến tháng 6/2015 tại Khoa PTTT Bệnh viện Việt Đức đã có 94 BN u cơ thực quản được mổ bóc u bằng PTNS, gồm 53 nam (56,4%) và 41 nữ (43,6%). Tuổi trung bình của BN là  $40,6 \pm 11,05$  tuổi (20-66) trung vị: 38 tuổi.

Các triệu chứng lâm sàng được ghi nhận, bao gồm nuốt nghẹn: 71 BN (75,5%), nghẹn+đau sau xương ức: 18 BN (19,1%), không có triệu chứng 5 BN (5,4%). Vị trí u: 55 BN (58,5%) u nằm ở 2/3 trên thực quản, và 39 BN (41,5%) ở 1/3 dưới thực quản. Kích thước u trung bình 4,6cm (2,5 - 11cm). Đa số BN được mổ qua đường ngực phải, 49 BN (55,7%) với tư thế nằm sấp nghiêng  $30^\circ$ ; chỉ có 8 BN (9,1%) qua đường ngực trái và 31 BN (35,2%) qua đường bụng. Thời gian mổ trung bình: 134 phút (60- 300) đối với đường ngực và 170,8 phút (120- 240) đối với đường bụng. Có 6 BN (5,2%) phải chuyển mổ mở và 2 BN (3,4%) bị thủng niêm mạc thực quản trong khi bóc tách lấy u. Sau mổ không có biến chứng nghiêm trọng và không có tử vong.

**Kết luận:** PTNS bóc u cơ thực quản là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả, có thể thay thế cho phẫu thuật mổ mở kinh điển, tránh phải mở ngực giảm đau cho BN, thời gian nằm viện ngắn.

**Từ khóa:** Thực quản, u cơ thực quản, phẫu thuật nội soi ngực.

### ABSTRACT

#### THORACOSCOPIC ESOPHAGEAL LEIOMYOMA RESECTION AT THE DEPARTMENT OF DIGESTIVE SURGERY, VIET DUC HOSPITAL

Do Mai Lam<sup>1</sup>, Do Truong Son<sup>1</sup>, Pham Hieu Tam<sup>1</sup>, Pham Duc Huan<sup>1</sup>

**Introduction:** Esophageal leiomyoma is a rare and benign tumor of esophagus, slowly growing and rarely transformed into malignancy. Diagnosis of leiomyomas are based upon X-ray films, endoscopy, CTscan, MRI and endosonography. Surgical enucleation are indicated for symptomatic and big tumors.

1. Bệnh viện Việt Đức

- Ngày nhận bài (Received): 2/11/2015; Ngày phản biện (Revised): 1/12/2015;  
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015  
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp  
- Người phản hồi (Corresponding author): Đỗ Mai Lâm  
- Email: drlampth@gmail.com; ĐT:

## Phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản lành tính...

Thoracoscopic or laparoscopic surgery are currently used instead of open surgery due to the advantages of this minimally invasive technic. We have begun performed this procedure since September 2005 for enucleation of the esophageal leiomyomas at the Department of Digestive Surgery, Viet Duc University Hospital.

**Objective:** To evaluate the surgical outcomes of patients suffered esophageal leiomyomas and had been treated by Endoscopic Surgery at our Service.

**Material and method:** A retrospective review of 94 patients who underwent enucleation of esophageal leiomyoma from 2005 to 2015 at our Department was conducted. Presenting symptoms, operative approach, tumor size, outcomes, and indication for this approach were analyzed.

**Results:** Between September 2005 to June 2015, 94 patients suffered esophageal benign leiomyomas were operated on by thoracoscopic or laparoscopic enucleation, including 53 males (56.4%) and 41 females (43.6%). Mean age: 40.6±11.05 years (range: 20 - 66), Median age: 38 years old. Almost of patients are symptomatic with dysphagia (71 patients) or dysphagia+retrosternal discomfort (18 patients). Location of tumor: upper 2/3 of eosophagus in 55 patients (58,5%) and lower 1/3 in 39 patients (41.5%). Mean tumor size was 4.6cm (2.5 - 11). Right thoracoscopy with prone position and slightly inclined 30° were performed in 49/88 patients (55.7%); 8 patients (9.1%) with left thoracoscopy oblique 45° and 31 others (35.2%) with laparoscopy. Mean operative time was 134 minutes (60- 300) for thoracoscopic approach and 178.8 minutes (120-240) for laparoscopy. Esophageal mucosal perforation occurred in 2 patients during tumor dissection and 6 patients (6.4%) having been converted into open surgery. No important post-operative complications as well as no mortality.

**Conclusions:** Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma is technically safe and effective. It is currently the best choice for management of esophageal leiomyoma 3 to 5 cm in diameter. The simplicity and safety of the thoracoscopic approach, combined with reduced surgical trauma and postoperative pain and functional and cosmetic advantages, make this technique the approach of choice for the removal of oesophageal leiomyomas.

**Key words:** Esophagus, esophageal leiomyoma, thoracoscopic surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các u cơ lành tính (UCLT) của thực quản (TQ) hiếm gặp, chiếm ít hơn 1% tổng số u thực quản nói chung. U có độ phát triển tương đối chậm. Khả năng ung thư hóa của u cơ thực quản rất nhỏ. Theo kinh điển, phẫu thuật mở ngực để bóc u được chỉ định cho các u lớn và có triệu chứng, các u nhỏ và không có triệu chứng được theo dõi định kỳ. Năm 1992 Everitt và Bardini là những người đầu tiên thực hiện thành công bóc u cơ TQ bằng phẫu thuật nội soi [1],[2]. Ngày nay PTNS được áp dụng và thay thế dần cho mổ mở. Hầu hết các tác giả đều cho rằng phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm hơn và có thể thay thế phẫu thuật mổ mở kinh điển nhưng lại không thống nhất về đường mổ: Mổ nội soi qua đường ngực phải, ngực trái hay nội soi đường bụng. Số lượng và cách đặt các lỗ trocars cũng như tư thế của bệnh nhân vẫn chưa được thống nhất..

Từ 1/2005 đến 6/2015 chúng tôi đã mổ 94 trường hợp u cơ lành tính của thực quản bằng phẫu thuật nội soi, trong đó có 6 trường hợp phải chuyển mổ mở. Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm trình bày về chỉ định, kỹ thuật và kết quả của PTNS trong điều trị u cơ lành tính thực quản.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu là 94, tất cả các bệnh nhân được ghi nhận về triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh gồm có: chụp XQ thực quản, nội soi thực quản (không sinh thiết), chụp cắt lớp vi tính thực quản, siêu âm nội soi. U cơ thực quản được đánh giá về vị trí, kích thước, mật độ. Phẫu thuật được ghi nhận đường mổ, thời gian mổ, biến chứng trong và sau mổ, cách xử trí. Kết quả mô

## Bệnh viện Trung ương Huế

bệnh học, theo dõi bệnh nhân sau mổ định kỳ về tình trạng tái phát và các triệu chứng bất thường kèm theo sau phẫu thuật.

### Phương pháp mổ

Tất cả các bệnh nhân đều được gây mê toàn thân bằng nội khí quản hai nòng, có thể làm xẹp phổi phải hoặc phổi trái tùy theo đường mổ ngực phải hay ngực trái. Với trường hợp mổ đường bụng dùng nội khí quản thường.

### Tư thế bệnh nhân và kẹp mổ:

Đường mổ ngực phải: bệnh nhân nằm sấp nghiêng 30°. Phẫu thuật viên (PTV) đứng cùng bên với bên vào ngực, phụ 1 đứng bên trái PTV.

Đường mổ ngực trái: bệnh nhân nằm nghiêng phải 45°. PTV đứng bên trái bệnh nhân, phụ 1 đứng bên phải PTV, phụ 2 đứng bên đối diện.

Bệnh nhân mổ đường bụng nằm ngửa, hai chân dạng. PTV đứng giữa hai chân bệnh nhân, phụ 1 đứng bên phải, phụ 2 đứng bên trái PTV.

### Vị trí đặt trocars:

Đường mổ ngực phải: Đặt 3 trocars 10mm, liên sườn VI đường nách giữa (camera), liên sườn IV đường nách giữa, liên sườn VIII đường nách sau cho dụng cụ.

Đường mổ ngực trái: Đặt 2 trocars 10mm, liên sườn VI đường nách giữa (camera), liên sườn VII đường nách sau, 2 trocars 5mm: liên sườn VII đường nách giữa, liên sườn V đường nách trước.

Đường mổ bụng: Đặt trocar 10mm trên rốn 3cm cho camera và dưới mũi ức cho dụng cụ vén gan. Hạ sườn phải đường giữa đôn 1 trocar 5mm. Hạ sườn trái 1 trocar 5mm đường nách trước và 1 trocar 10mm đường giữa đôn trái.

### Các bước phẫu thuật mổ đường ngực phải:

Áp dụng cho các trường hợp u cơ thực quản 2/3 trên.

Xác định vị trí của u, mở cơ thực quản tại vị trí đã xác định vào tới tổ chức u, phẫu tích bóc tách u khỏi phần cơ và niêm mạc thực quản, nếu quai tĩnh mạch đơn cản trở việc bóc u thì thắt và cắt từ trước.

### Các bước phẫu thuật mổ đường ngực trái:

Áp dụng cho các u cơ thực quản 1/3 dưới

Sau khi xác định vị trí của u, phẫu tích đoạn thực quản có u, mở cơ thực quản và bóc tách u khỏi niêm mạc.

Kiểm tra và đánh giá niêm mạc thực quản có bị thủng hay không bằng cách bơm hơi qua ống thông dạ dày và quan sát khi bơm nước vào màng phổi trung thất, nếu không thấy bóng hơi khi niêm mạc phòng căng tức là không có thủng niêm mạc. Khâu lại chỗ mở cơ bằng các mũi chỉ rời tiêu chậm. Khối u được cho vào túi lấy bệnh phẩm và đưa ra ngoài qua lỗ troca. Đặt dẫn lưu màng phổi.

### Các bước phẫu thuật mổ đường bụng:

Áp dụng cho các u cơ thực quản nằm sát ngay phía trên tâm vị.

Phẫu tích mở rộng lỗ hoành và thực quản bụng, cắt các mạch gần phình vị bằng dao siêu âm, phẫu tích thực quản trong trung thất cho tới khi xác định được vị trí của u, mở cơ thực quản và bóc u khỏi niêm mạc thực quản, khâu lại chỗ mở cơ thực quản bằng chỉ tiêu chậm với các mũi rời. Tạo hình van chống trào ngược kiểu Nissen Toupet hoặc Dor. Lấy u ra ngoài thành bụng bằng túi đựng bệnh phẩm.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Từ tháng 1/2005 đến 6/2015 chúng tôi đã mổ cho 94 bệnh nhân với chẩn đoán xác định là u cơ thực quản (leiomyoma). Các đặc điểm của nhóm bệnh nhân được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1: Một số đặc điểm chung của BN nghiên cứu

Đặc điểm	n (%) (N=94)
<b>Giới:</b>	
Nam	53 (56,4)
Nữ	41 (42,6)
<b>Tuổi trung bình:</b>	40,6±11,05 (20-66)
<b>Triệu chứng lâm sàng:</b>	
Nuốt nghẹn	71 (75,5)
Nghẹn + đau tức sau xương ức	18 (19,1)
Không có triệu chứng	5 (4,4%)
<b>Vị trí u:</b>	
2/3 trên	55 BN (58,5)
1/3 dưới	39 BN (41,5)
<b>Kích thước u TB:</b>	4,6 cm (2,5-11)

## Phẫu thuật nội soi bóc u cơ thực quản lành tính...

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình cho cả nhóm 88 BN (không tính 6 ca chuyển mổ mở) là: 146,4 phút (60 – 300). Không có tai biến trong mổ, lượng máu mất chỉ thấm vài gạc nội soi. Có hai trường hợp có phối hợp mở nhỏ thành ngực. Sáu trường hợp phải chuyển mổ mở (6,4%) vì u nằm ở vị trí ngang quai ĐMC lệch sang trái nhiều.

Hai trường hợp (1,2%) thủng niêm mạc thực

quản được phát hiện trong mổ và khâu lại bằng các mũi chỉ đơn, tất cả các trường hợp đều được chụp kiểm tra sau mổ không phát hiện thoát thuốc.

Trong thời gian hậu phẫu có một trường hợp tràn dịch màng phổi.

Kích thước u trung bình là : 4,6 cm (2,5 - 11)

Kết quả giải phẫu bệnh xác định tất cả các trường hợp đều là u cơ TQ lành tính.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Kết quả	n (%) (N=88)*
<b>Đường mổ*</b>	
Ngực phải	49 (55,7)
Ngực trái	8 (9,1)
Bụng	31 (35,2)
<b>Chống trào ngược (anti-reflux)*</b>	<b>31 (35,2)</b>
Toupet	20 (64,5)
Dor	10 (33,3)
Nissen	1 (3,2)
<b>Không làm anti-reflux)</b>	<b>57 (64,8)</b>
<b>Thời gian mổ trung bình:</b>	
Đường ngực	134,5±43,66 phút (60-300)
Đường bụng	170,8±29,45 phút (120-240)
<b>Tai biến trong mổ:</b>	
Chuyển mổ mở	6 (6,8)
Thủng niêm mạc TQ	2 (2,4)
<b>Biến chứng sau mổ:</b>	
Tràn dịch màng phổi	1 BN (1,7)
<b>Kết quả xa sau mổ:</b>	
Viêm TQ trào ngược	1 (1,7)
Túi thừa nhỏ tại chỗ bóc u	3 (3,4)

\*Không tính 6 BN chuyển mổ mở

Đa số u có nhiều thùy, một số ít có hình khối đơn độc là các u có kích thước nhỏ, 12 trường hợp u phát triển nhiều sang bên trái thực quản.

Thời gian nằm viện trung bình 6 ngày. Không có tử vong do mổ.

Các bệnh nhân được theo dõi sau mổ đều hết nuốt nghẹn, không phát hiện trường hợp nào tái phát. Một trường hợp có triệu chứng nghẹn lại sau mổ 2 năm, kiểm tra siêu âm, miệng nói bị hẹp, nong bằng bóng hết nghẹn. Một trường hợp có triệu

chứng của viêm thực quản trào ngược được điều trị nội ổn định. 3 trường hợp theo dõi sau mổ chụp XQ có hình ảnh túi thừa nhỏ tại vị trí bóc u nhưng bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm bệnh học

U cơ thực quản là bệnh hiếm gặp, trong khoảng thời gian hơn 10 năm từ 2005 đến tháng 6/2015, trong tổng số 948 BN u thực quản các loại được khám và chẩn đoán tại khoa Phẫu thuật tiêu hóa

## Bệnh viện Trung ương Huế

Bệnh viện Việt Đức, có 94 BN (9,9%) được xác định chẩn đoán là u cơ thực quản, đã được mổ bóc lấy u. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ mắc của nam gấp gần 1,3 lần nữ (53 nam, 41 nữ), tuổi trung bình là  $40,6 \pm 11,05$  (20-66 tuổi). Hầu hết các bệnh nhân u cơ thực quản trong nghiên cứu này đều có biểu hiện lâm sàng nuốt nghẹn (75,9%), 11 BN (18,9%) ngoài nuốt nghẹn còn kèm theo cảm giác đau tức sau xương ức. Có 5 BN hoàn toàn không có triệu chứng, phát hiện u tình cờ do kiểm tra sức khỏe thông thường. Jiang và cộng sự [7] báo cáo biểu hiện nuốt nghẹn là 62,5%, cảm giác khó chịu sau xương ức là 18% và đau tức ngực là 12,5%. Về vị trí u cơ TQ, đa số các báo cáo đã công bố trên y văn cho thấy vị trí u thường gặp ở 2/3 dưới thực quản [8],[9],[10]. Kết quả của chúng tôi lại thấy u cơ nằm nhiều hơn ở 2/3 trên: 55 BN, 1/3 dưới: 39 BN) giống như ghi nhận của Jiang và wang [7],[12]. Kích thước u trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 4,6cm (2,5 - 11). Giữa kích thước u và mức độ các triệu chứng có thể có mối liên quan với nhau. Theo Chak [11], nuốt khó kèm theo đau thượng vị hoặc cảm giác tức khó chịu sau xương ức thường xuất hiện ở những BN có đường kính khối u lớn từ 4,5-5cm trở lên. Các u cơ nhỏ hơn thường chỉ có các triệu chứng nhẹ như cảm giác khó chịu không rõ rệt hoặc thậm chí không có biểu hiện gì.

### 4.2. Chẩn đoán

Về chẩn đoán hình ảnh, ngoài chụp TQ cản quang cần nội soi thực quản và siêu âm nội soi là 2 biện pháp được khuyến cáo nên làm cho mọi BN [12],[13]. Hình ảnh điển hình của u cơ TQ là tổn thương đồng nhất và giảm âm với đường viền rõ nét, khối đẩy lùi vào trong lòng TQ, trong đa số các trường hợp niêm mạc TQ tại vị trí u bình thường, không biểu hiện bệnh lý.

Chụp CLVT (CT scan) lồng ngực để xác định vị trí khối u rất quan trọng, các khối u >5cm thường có nhiều thùy và liên tiếp với nhau từ phải qua trái, bao quanh phía trước hoặc sau TQ. Trong các trường hợp này việc bóc u thực quản khó hơn, phải phẫu tích rộng phía trên và dưới u nhiều hơn, thời gian

mổ kéo dài hơn và khả năng tổn thương niêm mạc thực quản cũng lớn hơn. Có một số tác giả khuyến cáo nên cắt thực quản và tạo hình trong những trường hợp u lớn và bao quanh toàn bộ chu vi thực quản [6],[7].

Một vấn đề hiện vẫn còn đang được bàn cãi, đó là có nên sinh thiết trước mổ trong khi làm nội soi để chẩn đoán phân biệt giữa u cơ TQ lành tính và các u dưới niêm mạc khác của TQ. Theo một số báo cáo nếu sinh thiết bằng dụng cụ bấm sinh thiết thông thường thì khả năng tổn thương niêm mạc trong mổ bóc u rất lớn [7], nếu sinh thiết bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi thì tổn thương ít hơn nhiều [16]. Các tác giả đều thống nhất là nếu đã sinh thiết thì nên mổ sau đó 3 đến 4 tuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp đã được sinh thiết khi chuyển từ nơi khác tới, các trường hợp này chúng tôi cũng mổ sau 4 tuần và có 1 trường hợp bị thủng niêm mạc khi mổ do dính nhiều, rất khó khi phẫu tích. Ý kiến chúng tôi là không nên sinh thiết trước mổ khi đã có chẩn đoán hình ảnh điển hình vì có thể tạo viêm dính giữa u và lớp niêm mạc, khi mổ có thể dễ làm rách thủng niêm mạc TQ, nguy cơ dẫn đến các biến chứng xì rò tạo ra viêm trung thất. Nếu BN nào đã làm sinh thiết rồi thì nên chờ tối thiểu sau 4 tuần mới mổ, để có thời gian cho niêm mạc bị tổn thương phục hồi. Một số tác giả hiện vẫn chủ trương nên làm sinh thiết bằng kim nhỏ qua siêu âm nội soi thực quản khi chẩn đoán hình ảnh không điển hình. Bonavina khuyến không nên sinh thiết nếu bệnh nhân đã có chỉ định mổ [19].

### 4.3. Chỉ định

Về chỉ định mổ u cơ thực quản, chúng tôi cho rằng chỉ nên mổ khi u đã có triệu chứng lâm sàng, những u có kích thước khoảng 3cm trở lên, những u nhỏ <3cm thường rất khó xác định vị trí u trong lúc mổ. Với các trường hợp u nhỏ, chúng tôi theo dõi định kỳ bằng nội soi và siêu âm nội soi, chỉ mổ khi u kích thước đạt khoảng 3cm. Trong nghiên cứu này có một bệnh nhân được theo dõi và mổ sau một năm từ lúc phát hiện tình cờ không có triệu chứng nuốt nghẹn. Jiang cũng theo dõi và mổ một số trường hợp u phát triển chậm sau thời gian từ 2-8 năm. Một

số tác giả mổ các u nhỏ <3cm vì sợ có nguy cơ thoái hóa u thành ung thư, tuy khả năng này là rất thấp hoặc do bệnh nhân quá lo lắng khi thời gian theo dõi quá dài [17], một số mổ vì không loại trừ được khả năng ác tính của u [16],[21]. Với các u nhỏ nếu có nội soi TQ hỗ trợ giúp xác định vị trí u trong ổ dễ dàng hơn, tuy nhiên một số tác giả báo cáo vẫn có những trường hợp không thể tìm được u ngay cả khi chuyển mổ mở với các u <1,5cm [7],[17].

#### 4.4. Kỹ thuật

Việc chọn phương pháp mổ, mổ mở kinh điển hay mổ nội soi qua lồng ngực, chúng tôi cho rằng đối với các u nhỏ <7cm, có thể mổ bóc u bằng PTNS, những u >7cm có tỷ lệ phải chuyển mổ mở nhiều hơn. Trong số 94 BN của chúng tôi, có 3 BN (3,2%) với u >7cm, nhiều thùy và lấn sang bên đối diện đã phải chuyển mổ mở với đường mổ nhỏ kết hợp với nội soi hỗ trợ, trong đó 1 trường hợp phải cắt TQ bụng+u, nối TQ- dạ dày và tạo hình môn vị (BN Ninh Duy T 35 tuổi, u 1/3 dưới TQ, đường kính u 11cm, nội soi chuyển mổ mở). Một số tác giả cho rằng vẫn nên áp dụng PTNS cho những u lớn và tránh mổ ngực có lẽ vì kỹ năng ngày càng phát triển [5],[7].

Việc chọn đường tiếp cận để bóc u cơ TQ bằng PTNS, chúng tôi có chủ trương như sau: Với các u ở vị trí 2/3 trên chúng tôi mổ qua đường ngực phải giống như đa số các tác giả khác [1],[2],[3],[4],[5],[6],[7],[15],[16],[17], với u ở vị trí 1/3 dưới chúng tôi có thể mổ qua đường ngực phải hoặc ngực trái tùy theo vị trí lệch phải nhiều hay lệch trái nhiều của u. Trong giai đoạn đầu nghiên cứu chúng tôi mổ 8 trường hợp qua đường ngực trái, sau đó chúng tôi nhận thấy có thể mổ các u 1/3 dưới lệch trái qua đường ngực phải khi phẫu tích và di động thực quản, kéo u từ trái qua phải và tách cơ để bóc u dễ dàng giống như các u nhiều thùy ở 2/3 trên.

Hiện nay đa số các báo cáo đều quen dùng tư thế nằm nghiêng. Khi mổ nội soi đường ngực chúng tôi chọn tư thế nằm sấp giống như mổ cắt thực quản, tư thế này không cần thêm dụng cụ gạt phổi, phẫu trường rộng và rõ ràng hơn, tư thế PTV thuận tiện và đỡ mỏi tay hơn tư thế nằm nghiêng hoàn toàn.

Giovanni Dapri cũng áp dụng tư thế này và thấy hiệu quả tương tự [20].

Với các u ở phần thấp thực quản sát với chỗ nối dạ dày thực quản khoảng 3 – 4cm hoặc ngay chỗ nối TQ-DD một số tác giả áp dụng phẫu thuật nội soi qua đường bụng để có thể kết hợp làm luôn phẫu thuật chống trào ngược [6],[16],[19], gần đây chúng tôi cũng thực hiện phẫu thuật này. Một số tác giả khác lại cho rằng không nên làm đường bụng vì nếu bóc được u qua đường ngực mà không làm tổn thương tới các cấu trúc giải phẫu tại vùng tâm vị thì việc bảo tồn đã tránh được cho bệnh nhân thêm một phẫu thuật [22]. Mutrie tổng kết 40 năm kinh nghiệm điều trị bóc u cơ thực quản cho thấy tỷ lệ trào ngược dạ dày thực quản không tăng hơn sau mổ bóc u cơ đường ngực [8], Bonavina và Luketich cũng cho rằng chỉ làm phẫu thuật chống trào ngược cho những bệnh nhân được chẩn đoán chắc chắn có trào ngược trước mổ [5],[19]. Để đánh giá nên làm phẫu thuật nào theo ý kiến của chúng tôi cần có thêm nhiều nghiên cứu và thời gian theo dõi lâu hơn.

Về việc phẫu tích bóc u cơ TQ bằng PTNS, chúng tôi có một số nhận xét về kỹ thuật. Trước tiên là việc xác định vị trí u trong lúc mổ. Chúng tôi chỉ mổ những u có đường kính tương đối đủ lớn (>3cm) vì thế không khó khăn trong việc xác định vị trí u. Một số tác giả mổ cả những u nhỏ (<1,5cm) vì thế trong lúc mổ phải dùng nội soi TQ hỗ trợ để bơm hơi hoặc dùng bóng (balloon) bơm căng trong lòng TQ đẩy u lòi ra ngoài giúp PTV xác định rõ vị trí của u và đồng thời việc bóc tách u cũng an toàn hơn giảm tỷ lệ tai biến do thủng niêm mạc [6],[12],[15],[16]. Khi phẫu tích u lớn nên bắt đầu từ 2 cực trên và dưới u, sau khi tách cơ thực quản vào thẳng nhu mô của u, khâu các mũi chỉ vào u để kéo, giúp phẫu tích u dễ hơn, tách u khỏi niêm mạc TQ bằng dụng cụ tù đầu làm giảm nguy cơ tổn thương niêm mạc, tránh dùng nhiều dụng cụ đốt điện có thể làm bỏng và hoại tử niêm mạc trong và sau mổ. Sau khi phẫu tích u chúng tôi kiểm tra có thủng niêm mạc hay không bằng cách bơm hơi qua ống thông dạ dày để làm phồng niêm mạc TQ, một số tác giả khác dùng nội

soi để bơm hơi và kiểm tra niêm mạc từ phía trong. Đa số các báo cáo đều khâu lại chỗ mở cơ thực quản để tránh tạo túi thừa [5],[6],[7],[16], một vài tác giả cho rằng không cần khâu [3], chưa có báo cáo nào về tai biến này, một số tác giả ghi nhận các ca có túi thừa tại vị trí mở cơ khi kiểm tra định kỳ nhưng bệnh nhân không có triệu chứng.

Có 2 trường hợp phải phối hợp mở nhỏ thành ngực để bóc tách và lấy u ra ngoài và sáu trường hợp phải chuyển mổ mở vì u nằm ở vị trí ngang quai động mạch chủ lệch sang trái nhiều. Hai trường hợp thủng niêm mạc thực quản phát hiện ngay trong lúc mổ, khâu lại bằng các mũi chỉ đơn 4/0, sau mổ chụp kiểm tra không phát hiện thoát thuốc ra ngoài. Không có tai biến nghiêm trọng trong mổ, chảy máu trong mổ không đáng kể, Thời gian mổ trung bình với đường ngực là 134 phút (60-300), với đường bụng là 170,8 phút (120-240). Biến chứng sau mổ: Có một trường hợp tràn dịch màng phổi, điều trị bảo tồn bằng chọc hút màng phổi, kết quả tốt. Không có

trường hợp nào tử vong sau mổ. Theo dõi sau mổ tất cả 88 BN đều hết nuốt nghẹn, chỉ có một BN sau mổ 2 năm nghẹn lại, kiểm tra và nong TQ bằng bóng hết nghẹn. Một trường hợp có triệu chứng của trào ngược dạ dày-thực quản, điều trị nội ổn định. Có 3 trường hợp chụp kiểm tra TQ thấy có hình ảnh túi thừa nhỏ tại vị trí bóc u nhưng BN không có triệu chứng lâm sàng.

### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi bóc UCTQ lành tính là phẫu thuật an toàn và hiệu quả, ít gây chấn thương có thể thay thế cho phẫu thuật mổ mở kinh điển, tránh phải mở ngực, giảm đau cho bệnh nhân, thời gian nằm viện ngắn. Với các trường hợp u lớn nhiều thùy ôm quanh chu vi thực quản và lấn sang trái có thể áp dụng phương pháp này nhưng khả năng phải chuyển sang mổ mở lớn: Phẫu thuật không có tử vong, biến chứng nhẹ và thấp. Do vậy, phẫu thuật nội soi là một lựa chọn tốt để điều trị u cơ thực quản.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Everitt N J, Glinatsis M, McMahon M J. Thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the oesophagus. *Br J Surg* 1992; 79: 643.
2. Bardini R, Segalin A, Ruol A, Pavanello M, Peracchia A (1992). Videothoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. *Ann Thorac Surg*.54: 576-577
3. Van Eijkelenburg P, Bove T, Peters O, Delvaux G, Willems G. Thoracoscopic removal of a leiomyoma of the oesophagus: a case report. *Acta Chir Belg* 1996; 96: 223-5.
4. von Rahden B H, Stein H J, Feussner H, Siewert J R. Enucleation of submucosal tumors of the esophagus: minimally invasive versus open approach. *Surg Endosc* 2004; 18: 924-30.
5. Kent M, d'Amato T, Nordman C et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2007; 134: 176-81.
6. Palanivelu C, Rangarajan M, Senthilkumar R, Annapoorni S, Jategaonkar P A. Thoracoscopic management of benign tumors of the mid-esophagus: a retrospective study. *Int J Surg* 2007; 5: 328-31.
7. G. Jiang, H. Zhao, F. Yang, J. Li, Y. Li, Y. Liu, J. Liu, J. Wang: Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: a retrospective study on 40 cases. *Diseases of the Esophagus* (2009) 22, 279-283
8. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, Wright CD, Gaissert HA, Grillo HC, Mathisen DJ, Allan JS: Esophageal leiomyoma: a 40-year experience. *Ann Thorac Surg* 2005, 79:1122-5.
9. Seremetis MG, Lyons WS, de Guzman VC, Peabody JW Jr. Leiomyomata of the esophagus: an analysis of 838 cases. *Cancer* 1976; 38: 2166-77.
10. Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Brown L, Buetow PC, Lowry MA, Sobin LH. Esophageal leiomyomatosis. *Radiology* 1996; 199: 533-36
11. Chak A: EUS in submucosal tumors. *Gastrointest Endosc* 2002, 56(Suppl 4):S43-48.
12. Wang Y, Sun Y, Liu Y, Li Y, Wang Z: Transesophageal intraluminal ultrasonography in diagnosis and differential diagnosis of

- esophageal leiomyoma. *Zhonghua Yixue Zazhi* 2002, 82:456-458.
13. Palazzo L, Landi B, Cellier C, Cuillerier E, Roseau G, Barbier JP: Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal stromal cell tumours. *Gut* 2000, 46:88-92.
  14. Asteriou Ch, Konstantinou D, Lalountas M, Kleontas A, Setzis K, Zafiriou G and Barbetakis N: Nine years experience in surgical approach of leiomyomatosis of esophagus. *World Journal of Surgical Oncology* 2009, 7:102.
  15. Mafune K, Tanaka Y, Thoracoscopic enucleation of an esophageal leiomyoma with balloon dilator assistance. *Surg Today* 1997; 27: 189-92
  16. Obuchi. T, Sasaki.A, Nitta.H, Koeda.K, Ikeda.G, Wakabayashi (2010) Minimally invasive surgical enucleation for esophageal leiomyoma: report of seven cases *Dis Esophagus* 23, E1-E4.
  17. S.H Choi, Y.T.Kim, K.N. Han, Y.J. Ra, C.H. Kang, S. W. Sung, J.H. Kim (2011) Surgical management of the esophageal leiomyoma: lessons from a retrospective review. *Dis Esophagus* 24: 325-329.
  18. Izumi Y, Inoue H, Endo M (1996) Combined endoluminal-intracavitary thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the esophagus. A new method. *Surg Endosc* 10:457-458.
  19. Bonavina L, Segalin A, Rosati R, Pavanello M, Peracchia A (1995) Surgical therapy of esophageal leiomyoma. *J Am Coll Surg* 181:257-262.
  20. Giovanni Dapri, Jacques Himpens, Ruffin Ntounda, Stephane Alard, Etienne Dereeper, Guy bernard Cadiere (2010) Enucleation of a leiomyoma of the mid-esophagus through a right thoracoscopy with the patient in prone position. *Surg Endosc* 24: 215-218.
  21. Koide.N, Kishimoto.K, Komatsu.O, Yoshizawa.A, Sugiyama.A, Miyagawa.S. (2004) Thoracoscopic enucleation of esophageal stromal tumor. *Dis Esophagus* 17: 104-108.
  22. Li.Z.G, Chen.H.Z, Jin.H, Yang.X.L, Xu.Y.Z, Liu.F, Yao.F (2009) Surgical treatment of esophageal leiomyoma located near of at the esophagogastric junction via a thoracoscopic approach. *Dis Esophagus* 22: 185-189.