

KẾT HỢP NỘI SOI LỒNG NGỰC VÀ NỘI SOI THỰC QUẢN BÓC U CƠ DƯỚI NIÊM MẠC THỰC QUẢN

Hồ Hữu Thiện¹, Phan Hải Thanh¹, Phạm Trung Vỹ¹, Trần Nghiêm Trung¹, Trần Như Nguyễn Phương², Phạm Như Hiền¹, Phạm Như Hiệp¹

¹Khoa Ngoại Nhi - Cấp Cứu Bụng, Bệnh viện Trung ương Huế

²Khoa Nội soi, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo phương pháp điều trị mới bằng cách kết hợp nội soi lồng ngực và nội soi thực quản như một phương tiện hướng dẫn bóc khối u dưới niêm mạc thực quản trong việc ngăn ngừa tổn thương niêm mạc.

Đối tượng, phương pháp: Báo cáo 6 bệnh nhân u cơ trơn thực quản được phẫu thuật liên tiếp từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023, trong đó có 5 nam và 1 nữ với độ tuổi trung bình là $46,66 \pm 15,34$ (28 - 63).

Kết quả: Năm bệnh nhân có một khối u cơ trơn và một bệnh nhân có 2 khối u cơ trơn liền kề. Chiều dài khối u dài nhất trung bình $3,21 \pm 1,76$ cm (2,2 - 7,0). Cả 6 bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi lồng ngực bên phải dưới sự giám sát nội soi thực quản. Sinh thiết tức thời cho thấy u cơ trơn ở cả 6 bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào phải chuyển sang mổ mở hoặc cắt thực quản qua nội soi lồng ngực. Một bệnh nhân bị thủng niêm mạc trong quá trình phẫu thuật đã được khâu lại dưới giám sát và kiểm tra của nội soi thực quản. Thời gian phẫu thuật trung bình là $111,66$ phút $\pm 24,62$ (90 - 180 phút). Không có bệnh nhân nào tử vong. Không có bệnh nhân nào bị viêm phổi hoặc dò thực quản sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,16 \pm 3,43$ ngày. Ngoài ra, thời gian rút ống thông dạ dày và rút ống dẫn lưu ngực lần lượt là 2,66 ngày và 1,83 ngày.

Kết luận: Kết hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực và nội soi thực quản để bóc u cơ dưới niêm mạc thực quản là khả thi và an toàn. Tuy nhiên, cần nghiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân để có đánh giá chính xác hơn về phương pháp này.

Từ khóa: U cơ thực quản, phẫu thuật nội soi lồng ngực, nội soi thực quản.

ABSTRACT

THORACOSCOPIC ENUCLEATION OF ESOPHAGEAL LEIOMYOMA IN COMBINATION WITH ESOPHAGEAL ENDOSCOPY

Ho Huu Thien¹, Phan Hai Thanh¹, Pham Trung Vy¹, Tran Nghiem Trung¹, Tran Nhu Nguyen Phuong², Pham Nhu Hien¹, Pham Nhu Hiep¹

Aims: To report a new approach by combining thoracoscopy and esophagoscopy as a means of guidance to dissect esophageal submucosal tumors in preventing mucosal damage.

Methods: A total of 6 esophageal leiomyoma patients were consecutively operated on from January 2022 to January 2023, of which 5 were men and 1 woman with an average age of 46.66 ± 15.34 (28 - 63).

Results: Five patients had a single leiomyoma and one patient had 2 adjacent leiomyomas. The longest tumor length averaged 3.21 ± 1.76 cm (2.2 - 7.0). All 6 patients underwent right - sided thoracoscopic surgery

Ngày nhận bài: 05/9/2023. Ngày chỉnh sửa: 14/10/2023. Chấp thuận đăng: 21/10/2023

Tác giả liên hệ: Hồ Hữu Thiện. Email: thientrangduc@hotmail.com. SĐT: 0905130430

Kết hợp nội soi lồng ngực và nội soi thực quản bóc u cơ...

under esophageal endoscopic supervision. Frozen biopsy showed leiomyoma in all 6 patients. No patient needed conversion to open surgery or thoracoscopic esophagectomy. One patient had a mucosal perforation during surgery that was sutured. The average surgery time is 111.66 minutes $\pm$ 24.62 (90 - 180 minutes). No patient died. No patient had pneumonia or esophageal leakage postoperatively. The average postoperative hospital stay was 7.16 $\pm$ 3.43 days. In addition, the time of gastric tube placement and chest tube placement were 2.66 days and 1.83 days, respectively.

Conclusion: *Combining thoracoscopic and esophageal endoscopic surgery to remove esophageal submucosal myoma is feasible and safe. However, research on a large number of patients is needed to have a more accurate assessment of this method.*

Keywords: *Esophageal leiomyomas, esophagoscopy and thoracoscopic procedures.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn thực quản là khối u lành tính phổ biến nhất của thực quản, thường phát sinh từ lớp cơ hoặc cơ niêm mạc. Tỷ lệ khối u thực quản lành tính tương đối hiếm khoảng từ 0,005% - 7,9% trong các trường hợp khám nghiệm tử thi, và u cơ trơn chiếm 70 - 80% trong số đó [1]. U cơ trơn thực quản thường gặp ở bệnh nhân từ 20 đến 50 tuổi và thường gặp hơn ở nam, với tỷ lệ nam/nữ là 2:1 [2]. Những dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân có triệu chứng là vùng thương vị khó chịu (68%) và khó nuốt (52%) [3], và đường kính khối u trung bình ở những bệnh nhân có triệu chứng là 5,3 cm so với 1,5 cm ở bệnh nhân không có triệu chứng [3]. Vì thế, thông thường, các khối u thực quản có kích thước nhỏ hơn 5cm không có triệu chứng. Hầu hết các u cơ trơn thực quản nằm ở 1/3 dưới thực quản (53%) hoặc ở 1/3 giữa thực quản (43%) [3]. Điều trị bao gồm giám sát các khối u có kích thước nhỏ và phẫu thuật cắt bỏ đối với những khối u lớn hoặc có triệu chứng. Hiện nay, các phương pháp xâm lấn tối thiểu đang được coi là thích hợp cho việc bóc u thực quản dưới niêm mạc, phổ biến là bóc u cơ thực quản qua phẫu thuật nội soi ngực. Tuy nhiên, việc bóc các khối u lớn và phức tạp bằng phẫu thuật nội soi ngực đôi khi khó khăn có nguy cơ dẫn đến mở ngực, cắt thực quản [4]. Inoue H đã nghiên cứu cắt bỏ khối u dưới niêm mạc qua nội soi thực quản (POET) như một thủ tục xâm lấn tối thiểu hơn cho đường

tiêu hóa trên [5]. Tuy nhiên, các chỉ định cho POET được giới hạn ở các khối u có đường kính nhỏ hơn 40 - 50 mm vì những khối u này được lấy ra qua miệng [5, 6]. Gần đây, Koki Oyama đã sử dụng nội soi thực quản tạo đường hầm, phẫu tích khối u cơ dưới niêm mạc, kết hợp với phẫu thuật nội soi ngực để lấy khối u [7].

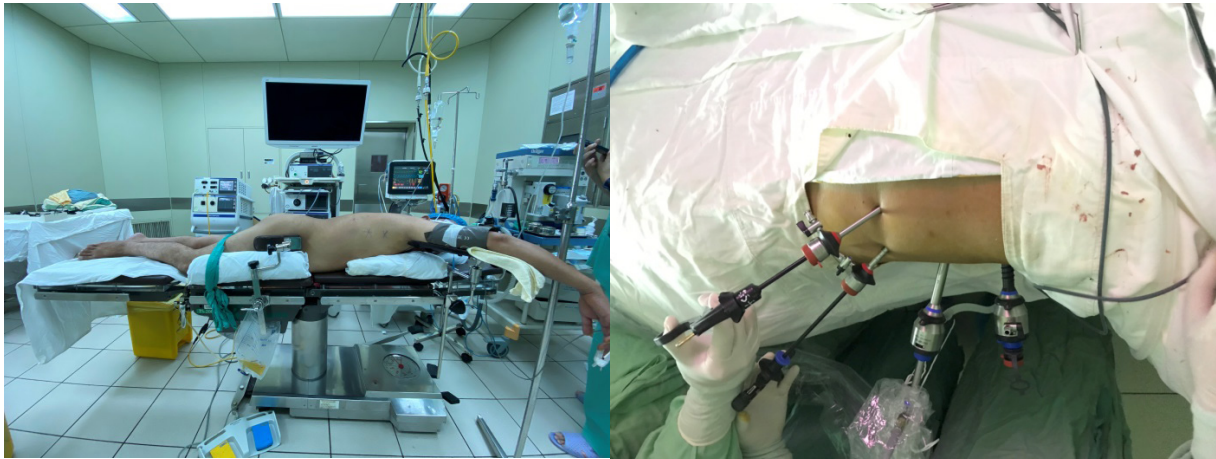
Chúng tôi xin báo cáo một cách tiếp cận mới bằng cách sử dụng kết hợp nội soi lồng ngực và nội soi thực quản như một phương tiện để hướng dẫn để bóc khối u cơ thực quản và ngăn ngừa tổn thương niêm mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Có 6 bệnh nhân đã được phẫu thuật bóc u cơ thực quản qua nội soi ngực từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 1 năm 2023 tại Khoa Ngoại nhi - Cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung ương Huế, đã được đưa vào nghiên cứu này.

Đánh giá trước phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân đều được kiểm tra bằng chụp cắt lớp vi tính ngực (CT), chụp thực quản cản quang, nội soi thực quản dạ dày, siêu âm - nội soi, xét nghiệm máu thường quy, điện tâm đồ và siêu âm tim. Bệnh nhân có ASA 1 - 3. Bệnh nhân được giải thích trước mổ và đồng ý với phẫu thuật cũng như khả năng chuyển sang cắt thực quản nếu u được chẩn đoán ác tính trong mổ hoặc thực quản bị tổn thương nhiều có nguy cơ rò chỗ khâu được đánh giá bởi phẫu thuật viên.

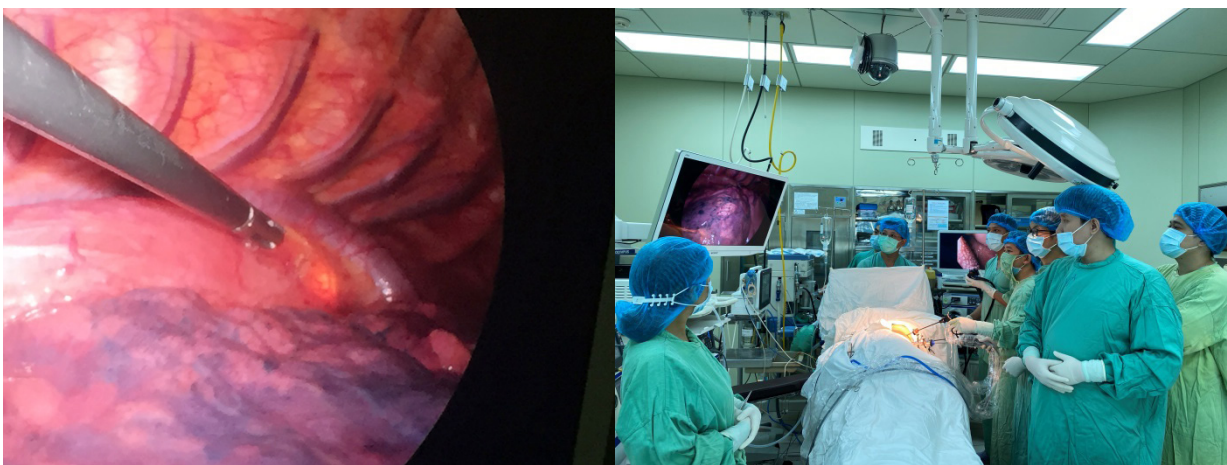


Hình 1: Tư thế bệnh nhân và đặt troca trong phẫu thuật nội soi ngực

Phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê toàn thân với đặt nội khí quản hai nòng. Bệnh nhân được đặt vào tư thế nằm sấp, nghiêng trái 30°. Nội soi lồng ngực với 4 cổng. Camera 30° được đặt ở khoang liên sườn thứ bảy, đường nách giữa. Hai cổng thao tác bao gồm một cổng làm việc ở khoang liên sườn 5 ở đường nách trước, 10mm và một cổng ở đường nách thứ 9 khoang liên sườn ở đường nách sau, 5mm. Một cổng thêm vào ở liên sườn 8, 5mm (Hình 1). Bên phải phổi được kéo về phía trung thất trước bộc lộ thực quản. Nếu khối U ở 1/3 giữa, tĩnh mạch azygous được thắt và cắt. Tại thời điểm này nội soi trong lòng thực quản giúp xác định khối u, thường nhô vào trong lòng thực quản nhờ vào ánh sáng của ống nội soi. Cắt cơ theo chiều dọc được thực hiện

trên tổn thương. Cuộc phẫu thuật được theo dõi và hướng dẫn dưới nội soi thực quản (Hình 2). Dùng kim phẫu tích ấn vào thành thực quản hoặc khối u có thể dễ dàng phân định dưới nội soi thực quản để tránh tổn thương niêm mạc. Khối u sau đó được tách ra khỏi niêm mạc một cách tỉ mỉ, với sự trợ giúp của một mũi khâu kéo được khâu vào khối u. Khối u được cắt bỏ được đưa ra ngoài qua cổng làm việc 10mm. Bơm không khí thực quản được thực hiện dưới nội soi thực quản hướng dẫn để xác nhận tính toàn vẹn của niêm mạc và không có không khí rò rỉ được phát hiện sau khi cho chảy dịch vào lồng ngực. Sau đó, đóng lớp cơ thực quản theo chiều dọc. Cuối cùng, Sau khi cầm máu cẩn thận, đặt ống dẫn lưu ngực 24-Fr thông qua cổng ở camera để dẫn lưu sau phẫu thuật.



Hình 2: Kết hợp phẫu thuật nội soi ngực và nội soi thực quản đồng thời trong mổ

Kết hợp nội soi lồng ngực và nội soi thực quản bóc u cơ...

Theo dõi

Bệnh nhân được theo dõi ngoại trú hoặc qua điện thoại 3 tháng một lần sau phẫu thuật. Việc theo dõi được tiến hành đến tháng 8 năm 2023. Thời gian không tái phát được tính từ ngày phẫu thuật đến ngày tái phát. Thời gian theo dõi trung bình là 8 tháng.

Phân tích thống kê

Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 26.0 (SPSS Corp., Chicago, IL, USA). Các biến liên tục được thể hiện bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc phạm vi, giá trị trung vị và phạm vi liên vùng cho phân bố bất thường; dữ liệu được phân tích bằng bài kiểm tra student's t test hoặc Mann - Whitney U test trong trường hợp phân phối bất thường. Đối với dữ liệu phân loại, thử nghiệm chính xác chi bình phương hoặc Fisher được áp dụng. Giá trị p nhỏ hơn 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tổng cộng có 6 bệnh nhân u cơ trơn thực quản đã được phẫu thuật liên tiếp từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023, trong đó 5 nam và 1 nữ với độ tuổi trung bình là $46,66 \pm 15,34$ (28 - 63). Năm bệnh nhân có một khối u cơ trơn duy nhất và một bệnh nhân có 2

khối u cơ trơn cạnh nhau. Không có bệnh nhân nào được sinh thiết trước phẫu thuật. Hầu hết các trường hợp đều không có triệu chứng và nằm ở 1/3 giữa và dưới của thực quản. Có 2 trường hợp u cơ nằm phía trái của thực quản. Sinh thiết tức thời cho kết quả u cơ trơn ở cả 6 bệnh nhân. Chiều dài nhất của khối u trung bình đạt $3,21 \pm 1,76$ cm (2,2 - 7,0) và hầu hết bệnh nhân không có biểu hiện vôi hóa.

3.2. Đặc điểm trong mổ

Tất cả 6 bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi lồng ngực bên phải dưới giám sát của nội soi thực quản. Không có bệnh nhân nào cần phải chuyển mổ mở hoặc chuyển cắt thực quản nội soi. Một bệnh nhân bị rách niêm mạc trong khi phẫu thuật đã được khâu lại. Thời gian mổ trung bình là $111,66$ phút $\pm 24,62$ (90 - 180 phút)

3.3. Đặc điểm sau mổ

Không có bệnh nhân tử vong, không có bệnh nhân nào bị rò thực quản. Không có bệnh nhân nào bị viêm phổi Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,16 \pm 3,43$ ngày. Ngoài ra, thời gian đặt ống thông dạ dày, thời gian đặt ống dẫn lưu ngực lần lượt là 2,66 ngày và 1,83 ngày.

Chi tiết đặc điểm và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân được thể hiện ở Bảng 1

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và kết quả phẫu thuật

Số TT	Tuổi	Giới	Vị trí u cơ	Chiều dài nhất u cơ	Tai biến trong mổ	Thời gian nằm viện
1	28	Nam	1/3 giữa , phải	2,2	Không	5
2	55	Nam	1/3 giữa, phải	3,8	Không	6
3	63	Nữ	1/3 dưới,phải	2,5	Không	5
4	45	Nam	1/3 giữa, phải	2,5 và 2,2*	Không	7
5	60	Nam	1/3 dưới, trái	2,3	Không	6
6	29	Nam	1/3 giữa, trái	7	Thủng niêm mạc thực quản**	14

*U cơ thực quản gồm 2 khối vị trí cạnh nhau; **Thủng niêm mạc thực quản được phát hiện và khâu trong mổ

IV. BÀN LUẬN

U cơ trơn là loại u lành tính dưới niêm mạc phổ biến nhất của thực quản. Tần số của u cơ trơn thực quản khoảng 1/50 so với ung thư biểu mô thực quản [8]. Nội soi thực quản, chụp cộng hưởng từ ngực, CT Scan ngực, EUS và EUS-FNA rất hữu ích

để chẩn đoán u dưới niêm mạc thực quản. Những nghiên cứu trước đây báo cáo độ chính xác chẩn đoán của EUS-FNA là 86 - 100% độ nhạy và độ đặc hiệu của EUS-FNA trước phẫu thuật trong các trường hợp khối u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) lần lượt là 82 - 100% và 100% [9 - 11].

Tuy nhiên, một nghiên cứu báo cáo rằng độ chính xác chẩn đoán của EUS-FNA đối với u dưới niêm mạc đường tiêu hóa trên dao động rộng từ 64 đến 93% [12]. Baysal et al. báo cáo rằng các mẫu bệnh phẩm từ EUS-FNA được xem là không đầy đủ hoặc không thể chẩn đoán được trong 48% trường hợp u cơ trơn thực quản [13].

Ở nhiều bệnh nhân, U dưới niêm mạc không được chẩn đoán rõ ràng cho đến sau khi cắt bỏ và có kết quả giải phẫu bệnh. Vì vậy, phẫu thuật cắt bỏ được khuyến khích đối với chẩn đoán và điều trị khối u ở bệnh nhân có khối u lớn hơn 2 cm hoặc ở những bệnh nhân có triệu chứng [14]. Nói chung, nội soi lồng ngực là phương pháp phẫu thuật được khuyến khích bóc những khối u có đường kính 2 - 5cm [15]. Thông thường, việc bóc u là phương pháp điều trị được lựa chọn cho khối u lành tính có triệu chứng hoặc to nhanh về kích thước. Mặc dù Robb và cộng sự đã báo cáo rằng việc bóc u đối với GIST thực quản là an toàn về mặt ung thư cho khối u có đường kính dưới 65mm [16], cắt thực quản nên được chọn thay vì bóc u để đảm bảo khả năng chữa khỏi, nếu có khả năng ác tính, như đã báo cáo trước đây [17]. Tuy nhiên, sự khác biệt về chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật giữa phương pháp bóc u và cắt thực quản là rất rõ rệt, do đó, về mặt lâm sàng, rất khó khăn để lựa chọn cho những bệnh nhân có các khối u có tiềm năng ác tính hoặc có kích thước lớn. Hiện nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực bóc u cơ thực quản ít biến chứng về phổi hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn, và ít đau sau phẫu thuật hơn so với phẫu thuật mở [18 - 20]. Tuy nhiên, đối với những khối u nhỏ, đặc biệt khối u nằm bên trái thực quản rất khó định vị qua nội soi lồng ngực. Ngoài ra, đối với những khối u lớn, nguy cơ tổn thương niêm mạc gây rò thực quản sau mổ, thủng thực quản trong mổ vẫn là nguy cơ hiện hữu đối với bóc u cơ thực quản phẫu thuật qua nội soi ngực.

Các bệnh nhân của chúng tôi, có 4 bệnh nhân khối u có đường kính dưới 2,5cm và 2 bệnh nhân khối u nằm bên trái thực quản nên rất khó xác định vị trí. Nội soi lồng ngực thực quản, ánh đèn của ống soi đã giúp chúng tôi định vị chính xác vị trí khối u từ đó có thể tiếp cận để phẫu tích một cách an toàn.

Chúng tôi lo ngại về nguy cơ tổn thương niêm mạc do không xác định được đã bóc đến lớp niêm mạc hay chưa đối với những khối u lớn và có viêm

dính. Theo dõi qua nội soi thực quản trong khi phẫu tích khối u cơ cho chúng ta biết đã đến lớp niêm mạc hay chưa một cách dễ dàng. Đặc biệt, theo dõi qua nội soi đã giúp chúng tôi phát hiện trong mổ một trường hợp thủng thực quản và sau khi khâu đã kiểm tra kín hay chưa nhờ vào bơm hơi thực quản. Chúng tôi luôn làm sinh thiết tức thời để xác định bản chất khối u. Nếu ác tính chúng tôi sẽ chuyển sang phẫu thuật cắt thực quản nội soi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả trường hợp đều u cơ lành tính. Tuy vậy, trước mổ, ngoài thông báo cho bệnh nhân khả năng cắt thực quản nếu thực quản tổn thương rộng khâu không an toàn và cả khả năng cắt thực quản nếu khối u ác tính.

Trong 6 trường hợp của chúng tôi việc bóc thực quản đã diễn ra an toàn và đặc biệt không có biến chứng rò thực quản sau mổ. Việc theo dõi trong mổ dưới nội soi thực quản làm tăng độ an toàn của phẫu tích, tránh gây tổn thương niêm mạc thực quản và dễ dàng phát hiện nếu có thủng thực quản và có thể kiểm tra đã khâu kín hay chưa.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực và nội soi thực quản để bóc u cơ dưới niêm mạc thực quản khả thi và an toàn. Tuy nhiên, cần nghiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân để có đánh giá chính xác hơn về phương pháp này

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xu H, Li Y, Wang F, et al. Video-Assisted Thoracoscopic Surgery for Esophageal Leiomyoma: A Ten-Year Single-Institution Experience. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2018;28:1105-8.
2. Seremetis MG, Lyons WS, DeGuzman VC, Peabody JW. Leiomyomata of the esophagus - an analysis of 838 cases. Cancer. 1976;38:2166-77.
3. Mutrie CJ, Donahue DM, Wain JC, et al. Esophageal leiomyoma. A 40-year experience. Ann Thorac Surg. 2005; 79:1122-5.
4. Luh SP, Hou SM, Fang CC, et al. Video-thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. World J Surg Oncol. 2012;10:52
5. Inoue H, Ikeda H, Hosoya T, Onimaru M, Yoshida A, Eleftheriadis N, Maselli R, Kudo S. Submucosal endoscopic tumor resection for subepithelial tumors in the esophagus and cardia. Endoscopy. 2012;44:225-30.
6. Technology Committee ASGE, Aslanian HR, Sethi A,

- Bhutani MS, et al. ASGE guideline for endoscopic full-thickness resection and submucosal tunnel endoscopic resection. Official Video Journal of the American Society for Gastrointestinal Endoscopy. 2019;4:343-50.
7. Koki Oyama¹, Kenoki Ohuchida¹, Koji Shindo et al., Thoracoscopic surgery combined with endoscopic creation of a submucosal tunnel for a large complicated esophageal leiomyoma. Surgical Case Reports. 2020;6:92.
 8. Inoue H, Ikeda H, Hosoya T, Onimaru M, Yoshida A, Eleftheriadis N, Maselli R, Kudo S. Submucosal endoscopic tumor resection for subepithelial tumors in the esophagus and cardia. Endoscopy. 2012;44:225-30.
 9. Arnorsson T, Aberg C, Aberg T. Benign tumours of the oesophagus and oesophageal cysts. Scand J Thorac Surg. 1984;18:145-50.
 10. Akahoshi K, Sumida Y, Matsui N, et al. Preoperative diagnosis of gastrointestinal stromal tumor by endoscopic ultrasound guided fine needle aspiration. World J Gastroenterol. 2007;14:2077-82.
 11. Ando N, Goto H, Niwa Y, et al. The diagnosis of GI stromal tumors with EUS guided fine needle aspiration with immunohistochemical diagnosis. Gastrointest Endosc. 2002;55:37-43.
 12. Watson RR, Binmoeller KF, Hamerski CM, et al. Yield and performance characteristics of endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration for diagnosing upper GI tract stromal tumors. Dig Dis Sci. 2011;56:1757-1762.
 13. Dendy M, Johnson K, Boffa DJ. Spectrum of FDG uptake in large (>10 cm) esophageal leiomyomas. J Thorac Dis. 2015;7:E648-51.
 14. Depypere L, Coosemans W, Naftoux P. Fluorine-18-fluorodeoxyglucose uptake in a benign oesophageal leiomyoma: a potential pitfall in diagnosis. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2012;14:234-6.
 15. Pih GY, Kim DH. Endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration and biopsy in gastrointestinal subepithelial tumors. Clin Endosc. 2019;52:314-20.
 16. Baysal B, Masri OA, Eloubeidi MA, et al. The role of EUS and EUS-guided FNA in the management of subepithelial lesions of the esophagus: a large, single-center experience. Endosc Ultrasound. 2017;6:308-16.
 17. Daiko H, Fujita T, Ohgura T, Yamazaki N, Yano T, et al. Minimally invasive hybrid surgery combined with endoscopic and thoracoscopic approaches for submucosal tumor originating from thoracic esophagus. World Journal of Surgical Oncology. 2015;13:40.
 18. Liang C, Hussain K, Yuchen S, Zhitao G, Ji C, Fang W. A novel hybrid approach for enucleation of esophageal leiomyoma. J Thorac Dis. 2019;11: 2576-80.
 19. Robb WB, Bruyere E, Amielh D, et al. Esophageal gastrointestinal stromal tumor: is tumoral enucleation a viable therapeutic option? Ann Surg. 2015; 261:117-24.
 20. Gupta V, Sinha SK, Vaiphei K, Lal A. Esophageal resection for giant leiomyoma. J Cancer Res Ther. 2015;11:651.