

## PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U VÁCH THỰC QUẢN

Dương Bá Lập\*, Đỗ Minh Hùng\*, Phan Thanh Tuấn\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả kỹ thuật, đánh giá tính khả thi, mức độ an toàn và ghi nhận kết quả sớm của phẫu thuật nội soi bóc u lành tính ở vách thực quản.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca các trường hợp u vách thực quản lành tính được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân. Tùy thuộc vào vị trí khối u, phương pháp phẫu thuật nội soi xuyên khe hoành hoặc nội soi lồng ngực hỗ trợ được chọn lựa thực hiện. Sau khi bóc u, lớp cơ thực quản được khâu phục hồi. Trong các trường hợp tiếp cận xuyên khe hoành, các kỹ thuật chống trào ngược sẽ được thực hiện.

**Kết quả:** Từ 2013 – 2015, có 8 trường hợp u vách thực quản được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân (5 nam, 3 nữ). Tuổi trung bình là 40,75 tuổi. Vị trí phân bố u trên chiều dài thực quản ngực là 2 trường hợp ở 1/3 trên, 5 trường hợp ở 2/3 giữa - dưới, 1 trường hợp ở thực quản tâm vị. Có 6 trường hợp được phẫu thuật nội soi xuyên hoành, 2 trường hợp được phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ, tương ứng với phân bố vị trí u. Có 1 trường hợp nội soi xuyên hoành kết hợp mở đường mổ nhỏ sau khi đã di động thực quản tâm vị do u có kích thước dưới 1 cm ở chỗ nối thực quản tâm vị, khó xác định qua nội soi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 135 phút (90 – 195 phút). 2 trường hợp rách niêm mạc thực quản khi bóc u, được khâu lại lớp niêm mạc. Không có biến chứng chảy máu hoặc xì dò sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ ghi nhận có 5 trường hợp u lành cơ trơn, 1 trường hợp Schwannoma, 1 trường hợp u sợi lành tính và 1 ca GIST. Thời gian nằm viện trung bình là 7,8 ngày (5-9 ngày). Sau thời gian theo dõi hậu phẫu trung bình là 2 tháng, tất cả bệnh nhân đều không than phiền có triệu chứng tái phát.

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi bóc u có thể được thực hiện một cách hiệu quả và an toàn trong điều trị bệnh lý u vách thực quản do ít có biến chứng hậu phẫu, bệnh nhân hồi phục nhanh và rút ngắn thời gian nằm viện. Phẫu thuật nội soi có thể thay thế hoàn toàn phẫu thuật mở ngực trong điều trị u vách thực quản lành tính.

**Từ khóa:** u lành tính thực quản, phẫu thuật ít xâm hại, phẫu thuật nội soi xuyên khe hoành, phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ.

### ABSTRACT

#### MINIMALLY INVASIVE SURGERY FOR BENIGN TUMOR OF THE ESOPHAGUS

Duong Ba Lap, Do Minh Hung, Phan Thanh Tuan

\* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Supplement of Vol. 20 - No 2 - 2016: 244 - 248

**Objectives:** This study describes the surgical techniques, estimates the feasibility and reports the early results of minimally invasive surgery for benign esophageal tumors.

**Method:** This is a series cases report. Depend on the location of tumor, the trans – hiatal laparoscopic or the right video assisted thoracoscopic surgery was choiced. After tumor enucleation, reapproximation of the muscle layers was performed. In cases of trans – hiatal approach, fundoplication was added to prevent the regurgitation.

**Results:** In 3 years from 2013 to now, 8 patients (5 men and 3 women; median age 40,75 years) underwent

\* Khoa Ngoại tiêu hóa, BV Bình Dân

Tác giả liên hệ: ThS-BS Dương Bá Lập

ĐT : 0913675764

Email : balapbvbd@yahoo.com

surgery because of benign esophageal tumor. The surgical approaches included trans – hiatal laparoscopy (n= 6) for tumors of lower two - third of the esophagus and right video assisted thoracoscopy for tumors in the rest location (n=2). One leiomyoma located at the GE junction required minimal open conversion for enucleation due to the small size (<1cm). The median operative time was 135 mins (90 – 195 mins). There were 2 cases of mucosal perforation needing repair suture. There was no major morbidities, including bleeding or leakage. The anatopathological results confirmed that there was 5 case of leiomyoma, 1 case of schwannoma, 1 case of GIST and 1 case of fibroma. The median postoperative hospital stay was 7,8 days (5 – 9 days). All the patients were free of symptoms during a median follow – up period of 2 months.

**Conclusions:** Minimally invasive enucleation of benign esophageal tumor can be performed effectively and safely with less complications, sooner recovery and shorter hospital stay. This procedure may be recommended replacing for standard open surgery in treatment of benign esophageal tumor.

**Key words:** benign esophageal tumor, minimally invasive surgery, trans – hiatal laparoscopic surgery, video – assisted thoracoscopic surgery.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U lành tính thực quản là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỉ lệ từ 1% đến 10% tất cả các trường hợp u tân sinh của thực quản. Trong số đó, u vách thực quản chiếm khoảng 70% đến 80%. U vách thực quản thường gặp ở những bệnh nhân có độ tuổi từ 20 đến 50 tuổi, tỉ lệ mắc bệnh ở nam gấp 2 lần ở nữ, vị trí xuất hiện chủ yếu ở 2/3 dưới thực quản. Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng. Nếu có, nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp nhất, tiếp đến là than phiền vì đau hay nặng ngực.

Chiến lược điều trị u vách thực quản là phẫu thuật. Phẫu thuật mở ngực điều trị u vách thực quản có rất nhiều biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân. Từ năm 1996, sau ca đầu tiên phẫu thuật nội soi điều trị u vách thực quản, có rất nhiều trung tâm trên thế giới đã thực hiện kỹ thuật này.

Với những kinh nghiệm đã tích lũy được trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư thực quản, chúng tôi đã bắt đầu thực hiện thường quy phẫu thuật nội soi điều trị u vách thực quản với mong muốn giảm thiểu các biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

## PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca.

## Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp u lành tính thực quản được phẫu thuật nội soi cắt u tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2013 đến nay.

Tiêu chuẩn chẩn đoán u lành tính thực quản dựa vào hình ảnh đặc trưng trên X-quang thực quản cản quang và kết quả sinh thiết qua nội soi thực quản để loại trừ khả năng u ác tính.

Có 2 phương pháp phẫu thuật nội soi tùy thuộc vào vị trí khối u: phẫu thuật nội soi xuyên khe hoành nếu u nằm ở đoạn 2/3 dưới thực quản ngực và nội soi lồng ngực hỗ trợ nếu u ở đoạn thực quản ngực cao hơn. Trong trường hợp phẫu thuật nội soi lồng ngực hỗ trợ, bệnh nhân nằm nghiêng trái, vào khoang màng phổi phải qua 3 trocar, bơm hơi khoang màng phổi phải với áp lực thấp (<10 cmH<sub>2</sub>O), đặt dẫn lưu kín khoang màng phổi khi kết thúc cuộc mổ. Trong trường hợp phẫu thuật nội soi xuyên khe hoành, bệnh nhân nằm ngửa dang chân, vào bụng với 3 – 4 trocar, khe hoành được mở rộng để di động tốt đoạn dưới thực quản ngực, kỹ thuật chống trào ngược Dor được thực hiện khi kết thúc phẫu thuật. Trong cả 2 phương pháp, chúng tôi bóc tách khối u trong vách thực quản bằng móc đốt đơn cực, cố gắng tránh làm thủng niêm mạc thực quản, khâu lại lớp cơ thực quản sau khi bóc trọn u. Sau mổ, bệnh nhân được chụp X quang thực quản với chất cản quang tan trong nước để loại

trừ khả năng xì dò trước khi được cho ăn uống lại qua đường miệng.

Các thông tin điều tra bao gồm: dịch tế học, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học (nội soi thực quản, X-quang thực quản cản quang, chụp cắt lớp điện toán), kỹ thuật phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh lý và hóa mô miễn dịch, theo dõi sau xuất viện.

**KẾT QUẢ**

**Bảng 1**

| Yếu tố khảo sát            | Kết quả (N=8) |
|----------------------------|---------------|
| Đặc điểm bệnh nhân         |               |
| Tuổi trung bình            | 40,75 tuổi    |
| Nam/nữ                     | 5/3           |
| Kích thước u               | 1-5cm         |
| Vị trí u                   |               |
| 1/3 trên                   | 2             |
| 1/3 giữa – 1/3 dưới        | 5             |
| Thực quản tâm vị           | 1             |
| Phương pháp phẫu thuật     |               |
| Nội soi xuyên khe hoành    | 6             |
| Có mở đường mổ nhỏ         | 1             |
| Nội soi lồng ngực hỗ trợ   | 2             |
| Thời gian mổ               | 135 phút      |
| Thời gian nằm viện         | 7,8 ngày      |
| Kết quả mô học             |               |
| U cơ trơn                  | 5             |
| U sợi                      | 1             |
| U mô đệm ống tiêu hóa      | 1             |
| U tế bào thần kinh Schwann | 1             |

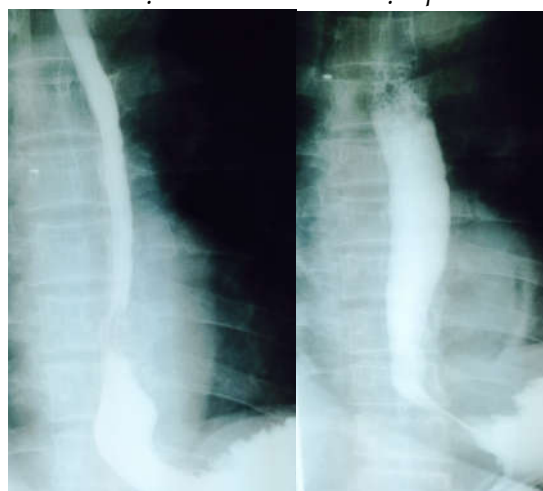
Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thực hiện được 8 trường hợp phẫu thuật nội soi bóc u lành thực quản. Chỉ có 2/8 trường hợp bệnh nhân than phiền có triệu chứng nuốt vướng, 6 trường hợp còn lại được phát hiện tình cờ qua nội soi tiêu hóa trên vì các triệu chứng của bệnh lý dạ dày tá tràng. Kết quả nghiên cứu được mô tả ở bảng 1:

Trong lúc bóc u, có làm rách niêm mạc thực quản trong 2 trường hợp, được phát hiện và khâu lại ngay. Trong nhóm phẫu thuật nội soi xuyên khe hoành, có 1 trường hợp phải kết hợp mở đường mổ nhỏ ở thượng vị vì u nằm ở thực quản tâm vị có kích thước nhỏ (1cm), khó xác định khi thám sát qua nội soi. Không có biến

chứng sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều lành bệnh không triệu chứng sau thời gian theo dõi trung bình là 2 tháng.



**Hình 1:** Ảnh nội soi: u dưới niêm thực quản



**Hình 2:** Ảnh X-quang thực quản cản quang trước và sau mổ

**BÀN LUẬN**

Khác với ung thư thực quản, u lành tính và nang thực quản là bệnh lý hiếm gặp. Trong suốt 3 năm, chúng tôi chỉ thu thập được 8 trường hợp u lành tính ở thực quản. Ghi nhận trong y văn, nhiều báo cáo tử thiết với các phương pháp khảo sát khác nhau cho thấy u lành tính chỉ chiếm < 1% tất cả các trường hợp u tân sinh của thực quản. Ngoài ra, tỉ lệ u lành tính chiếm khoảng 5% tất cả các trường hợp phẫu thuật điều trị u thực quản<sup>(1)</sup>. Sussius là người đầu tiên mô tả một trường hợp u lành thực quản vào năm 1559. Khối u được phát hiện khi tử thiết, nằm ở đoạn xa của thực quản ngực, được cho là u lành cơ trơn. Kể từ đó, ít có thêm những báo cáo về u lành tính và nang thực quản, phản ánh tần suất hiếm gặp của bệnh lý này. Số liệu hiện tại về nguồn gốc, chẩn đoán, diễn tiến lâm sàng và

cách điều trị u lành thực quản rất hạn chế vì dựa trên các báo cáo ca hiếm gặp hoặc những nghiên cứu loạt ca có số liệu nhỏ. Tuy nhiên, tần suất bệnh được báo cáo có xu hướng gia tăng dần trong thời gian gần đây, phản ánh những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh và những hiểu biết sâu hơn về mô bệnh học<sup>(2)</sup>.

U lành tính thực quản thường gặp ở nam hơn ở nữ, đa số là u cơ trơn, tần suất tăng nhẹ ở vị trí 1/3 dưới thực quản<sup>(3,4)</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự.

Về triệu chứng, Choong và Mayers ghi nhận có 5 kiểu biểu hiện lâm sàng của bệnh u lành thực quản: không triệu chứng, gây tắc nghẽn trong lòng ống, chèn ép ra ngoài, có liên quan đến các cấu trúc lân cận ở trung thất, loét niêm mạc gây chảy máu. Mặc dù u lành tính ở thực quản có thể đạt đến kích thước lớn đáng kể nhưng đa số bệnh nhân không có triệu chứng. Tuy không phổ biến, khó nuốt là biểu hiện thường gặp nhất, tỉ lệ thay đổi từ 0,075 – 0,14%. Chèn ép đường thở gây ho và thở khò khè. Oẹ ra u có cuống thường gặp ở bệnh nhân có polyp sợi mạch. Chảy máu thì ít gặp, có thể do u mạch máu ở thực quản<sup>(1)</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/8 trường hợp có biểu hiện khó nuốt, các trường hợp còn lại được phát hiện tình cờ qua nội soi tiêu hóa trên vì bệnh viêm loét dạ dày tá tràng.

Ở những bệnh nhân không có triệu chứng, chẩn đoán u lành thực quản thường được nghĩ đến đầu tiên khi trên phim X quang ngực thẳng có khối mờ cạnh thực quản, ở trung thất giữa. Chụp cắt lớp điện toán sẽ giúp xác định tổn thương rõ hơn trong đa số các trường hợp. Trong một vài tình huống, tổn thương chỉ là chỗ dày lên không đồng tâm của thực quản. Trên phim có uống thuốc cản quang, có hình ảnh khuyết thuốc bờ trơn láng điển hình. Nội soi thực quản thấy có tổn thương đội vào lòng thực quản, bề mặt niêm mạc bình thường. Siêu âm qua nội soi giúp xác định bản chất là mô đặc của tổn thương, liên quan như thế nào với lớp cơ thực quản. Thường hình ảnh siêu âm qua nội soi

đủ để chẩn đoán lâm sàng, tuy nhiên, nên sinh thiết để có chẩn đoán mô bệnh học<sup>(5)</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 8 trường hợp đều có hình ảnh điển hình trên Xquang thực quản cản quang và nội soi thực quản gợi ý u nằm trong vách thực quản. Đáng chú ý là kết quả sinh thiết qua nội soi thực quản đều không xác định được bản chất mô học của u. Nguyên nhân là do u nằm sâu trong lớp cơ, không thể tiếp cận được khi sinh thiết. Vì vậy, mục tiêu của sinh thiết qua nội soi là để loại trừ khả năng ung thư biểu mô thực quản.

Có 3 cách phân loại u lành tính thực quản. Hệ thống phân loại đầu tiên được Sweet và cộng sự cũng như Moersch và Harrington đề nghị, dựa trên biểu hiện lâm sàng và đặc điểm mô học đại thể. Hệ thống này phân loại u theo nguồn gốc xuất phát từ các lớp của thành thực quản: niêm mạc, dưới niêm và cơ. Hệ thống thứ hai phân loại theo giải phẫu do Nemir và cộng sự đề xuất, theo đó u thực quản được phân loại theo nguồn gốc tế bào: biểu mô, không phải biểu mô và mô lạc chỗ. Hệ thống thứ ba phân loại u theo vị trí và biểu hiện lâm sàng (trên nội soi và X-quang). Reed và Herrera phân thành u trong lòng ống, trong vách và ngoài vách. Avezzano lại chỉ chia làm 2 nhóm: trong vách – dưới niêm mạc và trong lòng ống – niêm mạc<sup>(1)</sup>.

Trong quá khứ, việc phát hiện một tổn thương u ở thực quản đồng nghĩa với phải chỉ định phẫu thuật để cắt bỏ u và xác định chẩn đoán. Bệnh nhân thường phải chịu đựng diễn tiến hậu phẫu nặng nề sau phẫu thuật mở ngực. Tuy nhiên, với những khảo sát hình ảnh học kèm sinh thiết qua nội soi, ngày nay người ta chấp nhận theo dõi những trường hợp u lành thực quản có kích thước nhỏ, không triệu chứng. Đối với loại u trong lòng ống – niêm mạc, điều trị qua nội soi bao gồm cắt hết niêm mạc, cột cuống các tổn thương dạng polyp<sup>(7)</sup>. Đối với nhóm u trong vách – dưới niêm mạc, phẫu thuật cắt bỏ (cắt u hoặc cắt thực quản) ngày càng được thực hiện nhiều hơn bằng các phương pháp ít

xâm hại, qua ngả ngực hoặc ngả bụng, chứng tỏ tính an toàn và hiệu quả cao<sup>(6,8,9)</sup>.

U cơ trơn lành tính là loại u phổ biến nhất, chiếm 2/3 tổng số u lành tính trong vách thực quản. Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu tương tự khác cũng xác nhận kết quả này.

**KẾT LUẬN**

Phẫu thuật nội soi bóc u có thể được thực hiện một cách hiệu quả và an toàn trong điều trị bệnh lý u vách thực quản. Phẫu thuật nội soi nên thay thế hoàn toàn phẫu thuật mở ngực trong điều trị u vách thực quản lành tính do ít có biến chứng hậu phẫu, thời gian hồi phục nhanh.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Choong C, Meyers B, (2003). Benign esophageal tumors : introduction, incidence, classification and clinical features. Semin Thorac Cardiovasc Surg; 15:3-8 No.1.WB Saunders.  
 2. Ha C, Regan J, Cetindag IB, Ali A, Mellinger JD (2015). Benign esophageal tumors. Surg Clin N Am 95 491-514. Elsevier Inc.

3. Heitmiller RF, Brock M (2013): Benign tumors and cysts of the esophagus. Shackelfords Surgery of the Alimentary Tract 7<sup>th</sup> Ed: 462-477  
 4. Maish MS, (2012): Esophagus. Sabiston Textbook of Surgery 19<sup>th</sup> Ed: 1020-1094  
 5. Rice TW (2003). Benign esophageal tumors : esophagoscopy and endoscopic esophageal ultrasound. Semin Thorac Cardiovasc Surg; 15:20-6 No.1. WB Saunders  
 6. Shi-Ping Luh, Sheng-Mou Hou, Chien-Chung Fang, Chi-Yi Chen (2012). Video-thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. World Journal of Surgical Oncology, 10:52  
 7. Vallbohmer D (2007), Holscher A, Brabender J, Bollschweiler E, Gutschow C: Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyomas: a feasible and safe procedure. Endoscopy, 39:1097-1099.  
 8. Von Rahden B, Stein H, Feussner H, Siewert JR, (2004). Enucleation of submucosal tumors of the esophagus: Minimally invasive versus open approach. Surg Endosc; 18: 924-930.  
 9. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, Rizzetto C, Salvador R, Rampado S, Pennelli G, Anconaz E, (2006). Minimally invasive enucleation of esophageal leiomyoma. Surg Endosc; 20:1904-1908

*Ngày nhận bài báo:* 25/11/2015  
*Ngày phản biện nhận xét bài báo:* 19/12/2015  
*Ngày bài báo được đăng:* 22/02/2016