

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U DƯỚI NIÊM THỰC QUẢN

Trần Nam¹, Lâm Việt Trung², Bùi Đức Ái², Tiêu Loan Quang Lâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu: U dưới niêm thực quản đa số lành tính và phẫu thuật nội soi bóc u dưới niêm thực quản là một phương pháp điều trị được chấp nhận rộng rãi. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả, tính khả thi của phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị u dưới niêm thực quản.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu từ tháng 01/2015 đến tháng 04/2020 có 27 trường hợp được PTNS bóc u điều trị u dưới niêm thực quản tại bệnh viện Chợ Rẫy được đưa vào nghiên cứu.

Kết quả: Có 16 nam và 11 nữ trong mẫu nghiên cứu với tuổi trung bình là 47,2 tuổi (từ 25 đến 76 tuổi). 92,6% bệnh nhân có triệu chứng, triệu chứng thương gặp nhất là nuốt nghẹn (n=19), tuy nhiên vẫn có 7,4% bệnh nhân không có triệu chứng. Bóc u qua đường ngực phải được thực hiện ở 18 bệnh nhân, còn lại 9 bệnh nhân được tiếp cận qua đường bụng, u lớn nhất có thể PTNS bóc u là 8 cm. Mô bệnh học sau mổ bao gồm u cơ trơn 23 trường hợp (85,2%), u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) 3 trường hợp (11,1%), u tế bào Schwann 1 trường hợp (3,7%). Tổng kết không có trường hợp nào xì rò, có 1 trường hợp bị trào ngược dạ dày thực quản sau mổ nhưng điều trị ổn với ức chế bơm proton trong 2 tuần.

Kết luận: PTNS bóc u là phương pháp an toàn, khả thi trong điều trị u dưới niêm thực quản.

Từ khóa: u dưới niêm, thực quản, PTNS đường bụng, PTNS đường ngực

ABSTRACT

CLINICAL FEATURES AND RESULT OF MINIMALLY INVASIVE SURGICAL MANAGEMENT ESOPHAGEAL SUBMUCOSAL TUMORS

Tran Nam, Lam Viet Trung, Bui Duc Ai, Tieu Loan Quang Lam

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 25 - No 1 - 2021: 280 - 285

Objectives: Esophageal submucosal tumors are usually benign, and minimally invasive enucleation is widely accepted as the treatment of choice. The goals of this study were to investigate clinical characteristics and surgical outcomes after enucleation of esophageal submucosal tumors to establish the feasibility of minimally invasive.

Method: We performed a retrospective review of 27 patients who underwent minimally invasive enucleation of esophageal submucosal tumors between 01/2015 and 04/2020 at Cho Ray Hospital.

Result: There were 16 men and 11 women in the study group, with a mean age of 47.2 years (range, 25-76 years). About ninety-two (92.6%) patients were symptomatic, the most common symptom was dysphagia (n = 19), however, 7.4% of patients were asymptomatic. Thoracoscopic approaches were used in 18 patients, laparoscopic approaches were performed in 9 patients. The largest tumor is 8 cm we can perform enucleation by thoracoscopic with no conversion to open surgery. Pathologic diagnosis included leiomyoma (n=23 [85.2%]), gastrointestinal stromal tumor (GIST) (n=3 [11.1%]) and schwannoma (n = 1 [3.7%]). Overall, there were no postoperative leaks and no other major complications. One patient has a new one-set gastroesophageal reflux disease after tumor resection; however, the symptom was adequately controlled with proton pump inhibitor medications for 2 weeks.

¹Bệnh viện Quận Thủ Đức

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Tác giả liên lạc: ThS.BS. Trần Nam ĐT: 0962094547

Email: trannamyds@gmail.com

Conclusion: *Minimal invasive enucleation tumors are technically safe and feasible for esophageal submucosal tumors.*

Key words: *submucosal tumors, esophageal, laparoscopic, thoracoscopic*

ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm thực quản là u trung mô ở thành thực quản, hiện diện thành một nhóm không đồng nhất chiếm ít hơn 1% của tất cả u thực quản và đa số lành tính^(1,2). U cơ trơn u lành tính phổ biến nhất của u dưới niêm thực quản chiếm khoảng 70-80%⁽²⁾. Các loại u khác như u mô đệm đường tiêu hóa (GIST), u tế bào Schwann rất hiếm gặp. Việc chẩn đoán gặp nhiều khó khăn vì các loại u dưới niêm thực quản có triệu chứng lâm sàng, đặc điểm trên nội soi tiêu hóa và hình ảnh học giống nhau nên chuẩn đoán xác định chính xác phải dựa vào mô bệnh học và hóa mô miễn dịch sau mổ⁽³⁾.

Phẫu thuật bóc u được chấp nhận rộng rãi như một phương pháp điều trị chuẩn^(4,5). Tuy nhiên một số trường hợp u mô đệm đường tiêu hóa thực quản ác tính có thể phải cắt thực quản với tỉ lệ tai biến, biến chứng và tử vong cao hơn^(3,5,6,7). Trước đây phẫu thuật bóc u qua đường mở ngực hoặc mở bụng kinh điển thường hay được áp dụng phổ biến^(4,5). Những báo cáo gần đây cho thấy tính khả thi của việc bóc u bằng phẫu thuật nội soi (PTNS), tuy nhiên kỹ thuật này có thể gặp khó khăn và tăng biến chứng phẫu thuật ở những u kích thước lớn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xem xét đánh giá tính khả thi và kết quả sớm PTNS điều trị u dưới niêm thực quản.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân đã được PTNS điều trị và chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là u dưới niêm thực quản như u cơ trơn, GIST, u tế bào Schwann, u tế bào hạt, u máu, u mạch bạch huyết, u mỡ, sarcoma cơ trơn từ 01/01/2015 đến 30/04/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ

Ung thư di căn, các tổn thương khác từ ngoài đè ép vào thực quản như hạch trung thất, phình

động mạch chủ ngực, hồ sơ bệnh án không đầy đủ như không có chụp cắt lớp vi tính ngực cản quang, siêu âm nội soi, mô bệnh học sau mổ.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu - báo cáo hàng loạt ca.

Các bước thu thập số liệu

Thu thập danh sách bệnh nhân có mã ICD tương ứng với các cụm từ: “U lành tính thực quản”, “U mô đệm đường tiêu hóa”, “U cơ trơn”, “GIST”, “U tân sinh chưa rõ tính chất thực ở thực quản” trong vòng 5 năm từ 01/01/2015 đến 30/04/2020 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Sàng lọc và chọn các hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ. Các biến số nghiên cứu được ghi nhận và tổng hợp theo biểu mẫu thu thập số liệu.

Phương pháp mổ và kỹ thuật

Đánh giá tiền phẫu đã được hội chẩn với ban lãnh đạo và các thành viên khoa Ngoại tiêu hóa.

Chỉ định phẫu thuật bao gồm: Có triệu chứng lâm sàng, u tăng kích thước khi theo dõi và cần xác định chẩn đoán mô bệnh học.

Phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí và kích thước u. Chúng tôi tiếp cận u ở vị trí gần vùng liên kết dạ dày thực quản bằng phương pháp PTNS đường bụng, u ở các vị trí còn lại chúng tôi tiếp cận bằng phương pháp PTNS đường ngực phải. Khi tiếp cận u qua đường ngực phải tất cả đều được thực hiện ở tư thế bệnh nhân nằm nghiêng trái. Để thực hiện PTNS qua đường ngực phải, bệnh nhân được gây mê nội khí quản bằng ống 2 nòng, điều này cho phép thông khí 1 phổi trái, phổi phải xẹp để thuận tiện phẫu thuật. Chúng tôi sử dụng 3 đến 4 trocar để phẫu thuật. Sau khi xác định được vị trí u, màng phổi trung thất được cắt mở dọc theo thực quản và mở lớp cơ bao phủ trên u. Khối u được bóc tách cẩn thận để tránh thủng lớp niêm mạc. Bơm khí vào thực quản qua ống thông mũi

dạ dày được thực hiện để kiểm tra sự nguyên vẹn của lớp niêm mạc sau mổ bóc u. Tất cả bệnh nhân đều được khâu lại lớp cơ sau bóc u để tránh biến chứng hình thành túi thừa thực quản về sau.

Định nghĩa các biến số

U dưới niêm: Là thuật ngữ thường dùng trên lâm sàng để chỉ khối u có đặc điểm đại thể phát triển nhô vào trong lòng thực quản và nằm dưới lớp niêm mạc.

Kích thước u: Đường kính lớn nhất của khối u đo được sau mổ.

Phân loại u dưới niêm theo giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch:

U cơ trơn: Đại thể đặc chắc, có lớp bao trơn láng, mặt cắt có màu trắng, xám, nâu vàng. Vi thể thấy tế bào sợi cơ trơn bện xoắn hoặc đan xen với tế bào chất bạch cầu ái toan. Hóa mô miễn dịch dương tính (+) với SMA, desmin trong khi âm tính (-) với CD 117 và CD 34.

U mô đệm đường tiêu hóa (GIST): Đại thể thường có lớp vỏ bao sợi collagen. Vi thể thấy tế bào hình thoi, dạng biểu mô hoặc đa hình. Hóa mô miễn dịch dương tính (+) với CD 117, CD 34 trong khi âm tính (-) với desmin, SMA.

U tế bào Schwann: Đại thể có màu vàng nhạt, bề mặt cắt nhẵn mịn. Vi thể chứa các tế bào của sợi thần kinh. Hóa mô miễn dịch dương tính (+) với S100, Vimentin trong khi âm tính (-) với SMA, desmin.

U tế bào hạt: Đại thể có màu trắng vàng. Vi thể thấy tế bào hình ô van hoặc đa giác được phân chia bởi những sợi collagen. Hóa mô miễn dịch dương tính (+) với S100.

Phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0. Kiểm định mối tương quan giữa các biến định tính bằng phép kiểm Chi bình thường (Có hiệu chỉnh theo Exact's Fisher trong trường hợp bảng 2x2 có ít nhất 1 ô có vọng trị <5). Kiểm định sự khác biệt giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm T test, phân phối không chuẩn

bằng phép kiểm Mann-Whitney.

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm 27 bệnh nhân u dưới niêm thực quản được PTNS bóc u

Biến số	Tần suất (%)
Tuổi, năm (nhỏ nhất - lớn nhất)	47,2 (25-76)
Giới tính	
Nam	16 (59,3%)
Nữ	11 (40,7%)
Triệu chứng	
Không triệu chứng	2 (7,4%)
Nuốt nghẹn	19 (70,4%)
Đau thượng vị	7 (25,9%)
Đau ngực	2 (7,4%)
Đau sau xương ức	1 (3,7%)
Ợ chua, ợ hơi	1 (3,7%)
Vị trí	
Thực quản 1/3 trên	5 (18,5%)
Thực quản 1/3 giữa	9 (33,3%)
Thực quản 1/3 dưới	13 (48,2%)
Kích thước trung vị u, cm (khoảng tứ phân vị)	
Tất cả bệnh nhân	3,0 (2,0-5,0)
Bệnh nhân không triệu chứng	5,5 (3,0-8,0)
Bệnh nhân có triệu chứng	3,0 (2,0-5,0)

Đặc điểm bệnh nhân được mô tả trong *Bảng 1*. Trong mẫu nghiên cứu có 16 nam và 11 nữ với tuổi trung bình là 47,2 tuổi, nhỏ nhất 25 tuổi, lớn nhất 76 tuổi. Đa số u ở vị trí thực quản 1/3 dưới (n=13 [48,2%]) và thực quản 1/3 giữa (n=9 [33,3%]). 92,6% có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chỉ có 2 bệnh nhân (7,4%) không có triệu chứng, phát hiện u dưới niêm thực quản qua nội soi dạ dày tá tràng khi đi khám sức khỏe tổng quát. Triệu chứng thường gặp nhất là nuốt nghẹn (n = 19). Kích thước trung vị u ở tất cả bệnh nhân là 3,0 cm (2,0-5,0), u nhỏ nhất là 1,2 cm, u lớn nhất là 8 cm. Khi so sánh kích thước trung vị để tìm mối liên quan với triệu chứng lâm sàng cho thấy kích thước trung vị u ở bệnh nhân có triệu chứng khác biệt không có ý nghĩa so với bệnh nhân không triệu chứng (3,0 cm (2,0-5,0) với 5,5 cm (3,0-8,0), p=0,302).

Phương pháp phẫu thuật và kết quả sau mổ

PTNS bóc u qua đường ngực phải được thực hiện trên 18 bệnh nhân, còn lại 9 bệnh nhân

được PTNS bóc u qua đường bụng. Thùng lớp niêm mạc trong mổ là 3 trường hợp (11,1%). Nếu thùng lớp niêm mạc được phát hiện trong mổ thì sẽ được khâu lại lớp niêm mạc, sau đó sẽ được kiểm tra bằng cách bơm khí vào ống thông mũi dạ dày để xác nhận lớp niêm mạc đã được khâu kín. Không có trường hợp nào bị xì rò sau bóc u. Có 1 trường hợp (3,7%) thùng khí quản là trường hợp bóc u cơ trơn ở thực quản 1/3 giữa kích thước 7 cm dính chặt vào gốc phế quản trái, trong quá trình bóc u đã làm thùng phế quản gốc trái, sau đó được khâu lại lỗ thùng phế quản gốc trái, hậu phẫu bệnh nhân khỏe, X quang ngực thẳng không có tràn khí, ống dẫn lưu màng phổi được rút ngày hậu phẫu thứ 7, bệnh nhân được xuất viện ở ngày hậu phẫu thứ 8. Không có biến chứng hậu phẫu nào đáng kể. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,2 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 8 ngày.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị 27 ca u dưới niêm thực quản

Biến số	Tần suất (%)
Phương pháp mổ	
Đường ngực phải	18 (66,7%)
Đường bụng	9 (33,3%)
Mô bệnh học sau mổ	
U cơ trơn	23 (85,2%)
U mô đệm đường tiêu hóa	3 (11,1%)
U tế bào Schwann	1 (3,7%)
Thời gian trung bình phẫu thuật, phút ± độ lệch chuẩn	146,5 ± 37,5 (90 – 210)
Tai biến	
Thùng lớp niêm mạc	3 (11,1%)
Thùng phế quản	1 (3,7%)
Xi rò sau mổ	0 (0%)
Thời gian nằm viện sau mổ, ngày (ngắn nhất – dài nhất)	5,22 (3 – 8)

Kết quả mô bệnh học sau mổ

Mô bệnh học thường gặp nhất là u cơ trơn 23 bệnh nhân (85,2%), u mô đệm đường tiêu hóa gặp ở 3 bệnh nhân (11,1%), u tế bào Schwann gặp ở 1 bệnh nhân (3,7%).

Theo dõi

Thời gian theo dõi trung bình là 21,4 tháng (2 – 43 tháng). Trong quá trình theo dõi, 1 bệnh nhân xuất hiện triệu chứng trào ngược dạ dày thực quản 2 tuần sau phẫu thuật bóc u cơ trơn ở

thực quản 1/3 dưới dù bệnh nhân trước đó không có triệu chứng này, tuy nhiên triệu chứng được cải thiện sau điều trị ức chế bơm proton. Tất cả trường hợp u mô đệm đường tiêu hóa đều không ghi nhận tái phát và không cần phải điều trị tân bổ trợ.

BÀN LUẬN

U dưới niêm thực quản là u trung mô hiếm gặp, hiện diện ít hơn 1% của tất cả các u thực quản và mô bệnh học rất đa dạng. Mặc dù u có thể gây triệu chứng như nuốt nghẹn, đau thượng vị, trào ngược nhưng chúng có thể vô tình phát hiện mà không có triệu chứng. Theo kết quả phẫu thuật bóc u dưới niêm thực quản ở 87 ca được báo cáo bởi tác giả Shin, 66,7% trường hợp không triệu chứng và những bệnh nhân có triệu chứng thì u lớn hơn có ý nghĩa so với những bệnh nhân không triệu chứng. Chẩn đoán xác định u dưới niêm thực quản phải dựa vào mô bệnh học sau mổ. Bonavina L⁽⁴⁾ khuyến cáo không nên thực hiện nội soi sinh thiết u dưới niêm thực quản, bởi vì nội soi sinh thiết có thể làm viêm hoặc tổn thương lớp niêm mạc, điều này có thể làm tăng nguy cơ thùng lớp niêm mạc trong quá trình bóc u. Chúng tôi không nội soi sinh thiết thường quy nếu u dưới niêm có kiểu hình lành tính trên chụp cắt lớp vi tính hoặc siêu âm nội soi. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp khó phân biệt chính ác u lành tính hay ác tính trên siêu âm nội soi, từ đó sinh thiết sẽ được thực hiện trong những trường hợp u có kiểu hình chưa loại trừ ác tính với xác suất cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi PTNS bóc u được tiếp cận qua đường ngực phải và đường bụng kể cả với khối u kích thước lớn 8cm mà không có biến chứng nào đáng kể, với thời gian nằm viện sau mổ trung vị chỉ 5,2 ngày.

Có nhiều lựa chọn điều trị u dưới niêm thực quản như theo dõi, nội soi tiêu hóa điều trị và phẫu thuật điều trị⁽⁵⁾. Phẫu thuật là một lựa chọn điều trị u dưới niêm thực quản và bóc u được chấp nhận rộng rãi như một điều trị chuẩn^(4,5). Mổ mở bóc u là phương pháp thực hiện phổ biến trước đây^(4,5). Kể từ khi

Everitt NJ⁽⁶⁾ thực hiện ca bóc u dưới niêm thực quản bằng PTNS năm 1992, phương pháp PTNS bằng đường ngực ngày càng được sử dụng nhiều và một vài nghiên cứu đã kiểm tra tính khả thi và an toàn^(8,9,10,11,12,13). Nghiên cứu của tác giả von Rahden BH⁽¹²⁾ khi so sánh với mổ mở, bóc u dưới niêm thực quản nội soi giảm biến chứng phổi, thời gian nằm viện và ít đau sau mổ. Nghiên cứu của tác giả Kent M⁽¹⁰⁾ cũng cho kết quả PTNS có thời gian nằm viện ngắn hơn khi so sánh với nhóm mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian trung bình nằm viện sau mổ chỉ 5,2 ngày.

Về chỉ định bóc u nội soi chưa được thống nhất. Jiang G⁽⁹⁾ đề nghị u cơ trơn thực quản từ 1-5 cm là lý tưởng nhất cho PTNS bóc u đường ngực. U kích thước lớn hơn 5 cm cũng có thể bóc u nội soi, mặc dù điều này có thể làm tăng khả năng chuyển mổ mở⁽¹⁰⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi thực hiện PTNS bóc u qua đường ngực phải với u kích thước lớn nhất là 8 cm mà không phải chuyển mổ mở hay có tai biến, biến chứng nào nghiêm trọng. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 0%. Tất cả các trường hợp thủng niêm mạc trong quá trình bóc u đều được khâu lại và hầu hết bệnh nhân xuất viện không có biến chứng.

Thời gian theo dõi sau mổ u dưới niêm thực quản lành tính không được cụ thể. Trong những trường hợp GIST, theo dõi thường xuyên được khuyến cáo dựa vào khả năng ác tính. Ngược lại, sự tái phát các u dưới niêm thực quản còn lại hiếm khi được báo cáo, nên chúng có thể không cần theo dõi về mặt ung thư học. Thay vào đó, chức năng tiêu hóa sau mổ như trào ngược dạ dày thực quản sau mổ nên được quan tâm. Kent M⁽¹⁰⁾ báo cáo kết quả sau bóc u 20 trường hợp u dưới niêm thực quản, có 5 trường hợp phải phẫu thuật tạo van chống trào ngược sau mổ do xuất hiện triệu chứng trào ngược hoặc triệu chứng trào ngược nặng thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 bệnh nhân xuất hiện triệu chứng mới trào ngược sau mổ, và được điều trị ổn bằng PPI trong 2 tuần.

KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy, phẫu thuật bóc u dưới niêm thực quản là một phương pháp đủ để điều trị đa số u dưới niêm thực quản. Tiếp cận bằng phương pháp nội soi thì cũng khả thi cho bệnh nhân được chọn lựa và kết quả cho thời gian nằm viện ngắn. Theo dõi về mặt ung thư học là không cần thiết đối với u cơ trơn bởi vì tỉ lệ rất nhỏ tái phát nhưng chức năng tiêu hóa sau mổ nên được theo dõi.

Trong nghiên cứu hồi cứu của chúng tôi còn tồn tại nhiều mặt hạn chế. Vì thông tin, dữ liệu mà chúng tôi thu thập được dựa trên hồ sơ cũ, nên trong nghiên cứu còn nhiều mặt khiếm khuyết. Nhưng chúng tôi đã cố gắng thu thập dữ liệu đầy đủ, chính xác nhất có thể để hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Postlethwait RW, Musser AW (1974). "Changes in the esophagus in 1,000 autopsy specimens". *J Thorac Cardiovasc Surg*, 68(6):953-6.
2. Seremetis MG, Lyons WS, deGuzman VC, Peabody JW (1976). "Leiomyomata of the esophagus. An analysis of 838 cases". *Cancer*, 38(5):2166-77.
3. Blum MG, Bilimoria KY, Wayne JD, de Hoyos AL, Talamonti MS, Adley B (2007). "Surgical considerations for the management and resection of esophageal gastrointestinal stromal tumors". *Ann Thorac Surg*, 84(5):1717-23.
4. Bonavina L, Segalin A, Rosati R, Pavanello M, Peracchia A (1995). "Surgical therapy of esophageal leiomyoma". *J Am Coll Surg*, 181(3):257-62.
5. Lee LS, Singhal S, Brinster CJ, Kucharczuk JC (2004). "Current management of esophageal leiomyoma". *J Am Coll Surg*, 198(1):136-46.
6. Coccolini F, Catena F, Ansaloni L, Lazzareschi D, Pinna AD (2010). "Esophagogastric junction gastrointestinal stromal tumor: resection vs enucleation". *World J Gastroenterol*, 16(35):4374-6.
7. Lee HJ, Park SI, Kim DK, Kim YH (2009). "Surgical resection of esophageal gastrointestinal stromal tumors". *Ann Thorac Surg*, 87(5):1569-71.
8. Everitt NJ, Glinatsis M, McMahon MJ (1992). "Thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the oesophagus". *Br J Surg*, 79(7):643.
9. Jiang G, Zhao H, Yang F, Wang J (2009). "Thoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma: a retrospective study on 40 cases". *Dis Esophagus*, 22(3):279-83.
10. Kent M, d'Amato T, Nordman C, Alvelo-Rivera M, Luketich J (2007). "Minimally invasive resection of benign esophageal tumors". *J Thorac Cardiovasc Surg*, 134(1):176-81.
11. Obuchi T, Sasaki A, Nitta H, Koeda K, Ikeda K, Wakabayashi G (2010). "Minimally invasive surgical enucleation for

- esophageal leiomyoma: report of seven cases". *Dis Esophagus*, 23(1):E1-4.
12. von Rahden BH, Stein HJ, Feussner H, Siewert JR (2004). "Enucleation of submucosal tumors of the esophagus: minimally invasive versus open approach". *Surg Endosc*, 18(6):924-30.
13. Zaninotto G, Portale G, Costantini M, Ancona E (2006). "Minimally invasive enucleation of esophageal leiomyoma". *Surg Endosc*, 20(12):1904-8.
- Ngày nhận bài báo: 04/08/2020
- Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 20/02/2021
- Ngày bài báo được đăng: 10/03/2021
-