

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: LEIOMYOMA THỰC QUẢN HÌNH MÓNG NGỰA

Đỗ Minh Hùng¹, Lâm Trần Tuấn Cảnh²

TÓM TẮT

Leiomyoma thực quản là khối u lành tính của lớp cơ trơn, thường không có triệu chứng trong đa số trường hợp. Nhưng khi kích thước lớn, chúng có thể gây ra các triệu chứng như khó nuốt, đau ngực và sụt cân, nên việc điều trị là cần thiết. Vấn đề ở những khối u to, đặc biệt nếu có dạng hình vòng hoặc hình móng ngựa và có dính vào lớp cơ, việc can thiệp cắt qua nội soi gặp nhiều khó khăn, vì phẫu thuật hạn chế do lòng thực quản là một khoang hẹp. Chúng tôi báo cáo ba trường hợp leiomyoma thực quản hình móng ngựa. Tất cả khối u đều được can thiệp bằng kỹ thuật nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm dưới nước (U-STER) kết hợp cắt một phần cơ vòng do có 1 ca dính sâu vào lớp cơ. Tất cả bệnh nhân đều được điều trị thành công, không có biến chứng xảy ra và phục hồi nhanh chóng. Giải phẫu bệnh cả 3 ca đều xác nhận là u cơ trơn lành tính. Không ca nào có dấu hiệu tái phát trong tháng đầu theo dõi.

Từ khóa: Leiomyoma thực quản hình móng ngựa; Nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm dưới nước (U-STER); Siêu âm nội soi (EUS)

SUMMARY

CASE REPORT OF HORSESHOE-SHAPED ESOPHAGEAL LEIOMYOMAS

Esophageal leiomyomas are benign tumors of the smooth muscle. They are usually asymptomatic, but when large, they may cause symptoms such as dysphagia, chest pain, or weight loss, which may require treatment. Managing these complex tumors, especially in cases with an annular or horseshoe-shaped morphology, presents challenges due to the restricted surgical field during endoscopic resection, because the esophagus has a narrow lumen. We report three cases of horseshoe-shaped esophageal leiomyomas that were treated using the underwater submucosal tunneling endoscopic resection (U-STER) technique combined with partial myotomy due to adherence to the muscularis propria in one case. All tumors were successfully resected without any complications and all patients recovered rapidly. Histological examination confirmed that all tumors were benign smooth muscle tumors. None showed evidence of recurrence at 1-month follow-up.

Keywords: Horseshoe-shaped esophageal leiomyomas; Underwater Submucosal tunneling endoscopic resection (U-STER); Endoscopic ultrasound (EUS)

I. TỔNG QUAN

Leiomyoma thực quản là khối u lành tính của

lớp cơ trơn, điển hình xuất phát từ lớp cơ, vị trí hay gặp là ở đoạn 1/3 giữa và 1/3 dưới thực quản [1]. Chúng hiếm khi gây triệu chứng, nếu có các triệu chứng hay xảy ra ở khối u có kích thước lớn, các triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt, đau ngực và sụt cân [2]. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ, xấp xỉ 2:1. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ ràng [3]. Dạng hiếm gặp nhất là leiomyoma hình vòng hoặc hình móng ngựa, chiếm khoảng 2% các trường hợp [4]. Nội soi đường tiêu hoá trên biểu hiện là dạng u dưới niêm. Trên hình ảnh CT ngực là khối u có mật độ đồng nhất và nguồn gốc xuất phát từ lớp cơ thực quản. Hiện nay, siêu âm nội soi (EUS) đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá chẩn đoán u dưới niêm thực quản [3]. Can thiệp qua nội soi đối với leiomyoma thực quản ngày càng được ứng dụng rộng rãi nhờ tính xâm lấn tối thiểu. Kỹ thuật nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm (STER) và bóc tách dưới niêm mạc qua nội soi (ESD) là những phương pháp can thiệp phù hợp đối với các u xuất phát từ lớp dưới niêm [5, 6].

Chúng tôi báo cáo ba trường hợp leiomyoma thực quản hình móng ngựa được can thiệp thành công bằng kỹ thuật nội soi cắt u qua đường hầm dưới niêm dưới nước (U-STER)

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca 1 (Hình 1). Bệnh nhân nam 34 tuổi đến khám vì đau bụng và ợ hơi. Khám lâm sàng và các xét nghiệm đều không ghi nhận bất thường. Nội soi đường tiêu hoá trên phát hiện một u dưới niêm ở đoạn 1/3 giữa thực quản. Trên hình ảnh CT ngực ghi nhận dày khu trú thành thực quản đoạn 1/3 giữa, kích thước khoảng 10×16×25mm. Siêu âm nội soi (EUS) phát hiện tổn thương giảm âm, hình móng ngựa, chiếm gần hết chu vi thực quản, xuất phát từ lớp cơ niêm (lớp thứ 2), ranh giới rõ, không tăng sinh mạch và bề dày đo được 9–10mm. EUS theo dõi leiomyoma thực quản 1/3 giữa.

Kỹ thuật U-STER được thực hiện với gây mê nội khí quản, bệnh nhân nằm ngửa. Đường mở niêm mạc cách tổn thương khoảng 2cm về phía gần để tạo đường hầm dưới niêm. Việc bóc tách gặp khó khăn do khối u lớn có hình móng ngựa (1.5×8cm). Khối u được cắt thành nhiều mảnh do kích thước lớn và đường mở niêm mạc được khép lại bằng 05 hemoclip. Không có biến chứng trong và sau thủ thuật. Giải phẫu bệnh sau cắt là u cơ trơn lành tính. Bệnh nhân được xuất viện

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Hùng

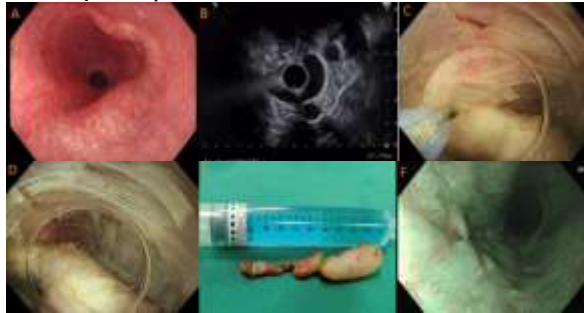
Email: dominhhung148@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

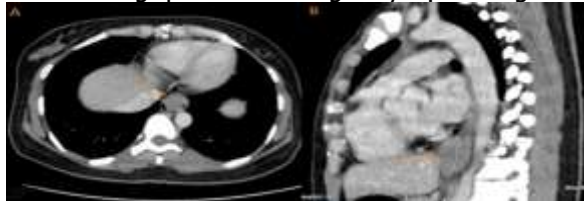
Ngày duyệt bài: 9.12.2025

sau 7 ngày. Tái khám sau 1.5 tháng, trên hình ảnh nội soi ghi nhận sẹo lành tốt và không có dấu hiệu tái phát.



Hình 1: (A) Khối u dưới niêm thực quản. (B) EUS: tổn thương echo kém, hình móng ngựa, xuất phát từ lớp cơ niêm. (C), (D) Quá trình bóc tách và bóc lộ khối u. (E) Mẫu bệnh phẩm. (F) Sẹo sau U-STER (Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh)

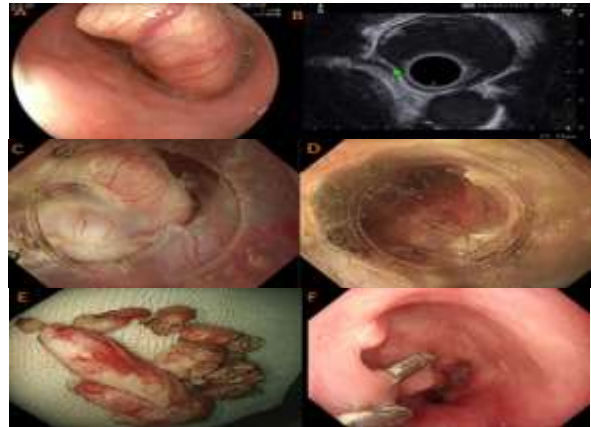
2.2. Ca 2 (Hình 2 & 3). Bệnh nhân nữ 34 tuổi, nhập viện vì đau bụng và thỉnh thoảng khó nuốt. Nội soi thực quản - dạ dày - tá tràng phát hiện một u dưới niêm thực quản, cách cung răng trên 32–35cm, chiếm khoảng 3/4 chu vi lòng thực quản. Trên hình ảnh CT ngực là một u dưới niêm ở đoạn 1/3 dưới thực quản, kích thước 21×18×39mm. Khối u bắt thuốc kém, không xâm lấn mô xung quanh và không thấy hạch vùng:



Hình 2. CT ngực: u dưới niêm 1/3 dưới thực quản (A) Lát cắt axial. (B) Lát cắt sagittal

Trên EUS biểu hiện là một tổn thương echo kém, hình móng ngựa, xuất phát từ lớp cơ niêm (lớp thứ 2), mật độ chắc, vôi hóa bên trong và kích thước 27×12mm. Theo dõi leiomyoma thực quản 1/3 dưới.

Kỹ thuật U-STER: đường mở niêm mạc rộng khoảng 15mm, tạo đường hầm dưới niêm. Tiến hành bóc tách quanh khối u, cách rìa u 10mm. Khối u dính một phần vào lớp cơ vòng gây khó khăn trong quá trình bóc tách, do đó chúng tôi phải cắt từng mảnh và cắt một phần cơ vòng để lấy trọn được u. Kiểm tra đường hầm, cầm máu và khép đường mở niêm mạc bằng 10 hemoclip. Mô bệnh học sau cắt: u cơ trơn thực quản lành tính. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ hai sau thủ thuật. Tái khám sau 1 tháng hết khó nuốt, sẹo lành tốt.



Hình 3: (A) U dưới niêm 1/3 dưới thực quản. (B) EUS: khối giảm âm hình móng ngựa, xuất phát từ lớp cơ niêm. (C) Khối u được bóc lộ sau bóc tách. (D) Đường hầm dưới niêm mạc sau khi lấy khối u. (E) Mẫu bệnh phẩm. (F) Một số clip còn lại trên sẹo sau U-STER (Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh)

2.3. Ca 3 (Hình 4 & 5). Bệnh nhân nữ, 34 tuổi đến khám với các triệu chứng: đầy hơi và trào ngược, không khó nuốt hay sụt cân. Nội soi dạ dày phát hiện một u dưới niêm, kích thước 20-25mm ở đoạn 1/3 dưới thực quản. Hình ảnh trên CT ngực ghi nhận một u dưới niêm, kích thước 10×18×25mm ở đoạn thực quản xa, gần tâm vị, ranh giới rõ và bắt thuốc nhẹ. Không xâm lấn mô xung quanh và không có hạch vùng.

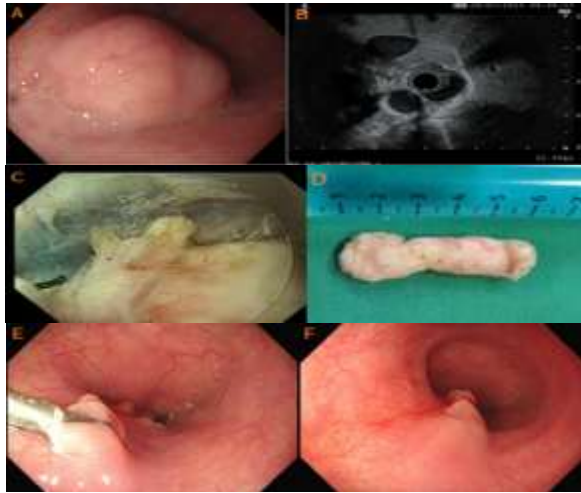


Hình 4. CT ngực: u dưới niêm 1/3 dưới thực quản, gần sát tâm vị

(A) Lát cắt axial. (B) Lát cắt coronal

EUS: một tổn thương echo kém, đồng nhất, hình móng ngựa, ranh giới rõ, mật độ chắc, xuất phát từ lớp cơ niêm, kích thước 25×10mm và không tăng sinh mạch. Theo dõi leiomyoma thực quản.

Kỹ thuật U-STER được tiến hành dưới gây mê nội khí quản: Mở niêm mạc, tạo đường hầm và bóc tách quanh khối u. Khối u được cắt trọn nguyên khối mà không có biến chứng nào xảy ra. Kiểm tra cầm máu và đóng đường mở niêm mạc bằng 07 hemoclip. Giải phẫu bệnh sau cắt là u cơ trơn thực quản lành tính. Bệnh nhân xuất viện sau đó một ngày. Tái khám bệnh nhân có cảm giác đầy hơi nhẹ.



Hình 5: (A) Khối u dưới niêm ở đoạn 1/3 dưới thực quản, gần tâm vị. (B) EUS: khối giảm âm, hình móng ngựa, xuất phát từ lớp cơ niêm thực quản. (C) Bóc tách và bóc lộ khối u. (D) Mẫu bệnh phẩm. (E) Một clip còn lại trên sẹo sau thủ thuật U-STER. (F) Vết sẹo sau khi clip cũ được gỡ bỏ qua nội soi (Nguồn: Đỗ Minh Hùng, Bệnh viện Tâm Anh Thành phố Hồ Chí Minh)

III. BÀN LUẬN

Leiomyoma là khối u lành tính thường gặp nhất của thực quản. Ở những khối u nhỏ chúng rất hiếm khi gây triệu chứng và thường không đòi hỏi phải can thiệp. Tuy nhiên, đối với khối u lớn, đặc biệt nếu gây triệu chứng thì việc điều trị trở nên cần thiết. Phẫu thuật là phương pháp điều trị kinh điển, tuy nhiên là phương pháp xâm lấn nên những phương pháp xâm lấn tối thiểu được ưu tiên hàng đầu và trở thành xu hướng trong những năm gần đây. Dù có nhiều phương pháp nội soi can thiệp được phát triển nhưng chỉ có thể can thiệp hiệu quả với những u có kích thước nhỏ, hình dạng điển hình. Khi u có kích thước lớn và hình dạng phức tạp như hình vòng hoặc hình móng ngựa thì can thiệp cắt qua nội soi vẫn còn nhiều thách thức.

Kỹ thuật STER cho phép cắt trọn các u xuất phát từ lớp cơ thực quản. Nhưng STER là thủ thuật thuộc "khoảng thứ ba" (third-space procedure), nên phẫu thuật cắt qua nội soi bị giới hạn, không đủ rộng để cắt bỏ hoàn toàn các khối u lớn phức tạp. Hơn nữa, lòng thực quản là một khoang hẹp khiến cho việc cắt qua nội soi lại càng khó hơn. Cả ba trường hợp đều được can thiệp cắt qua nội soi thành công, không có biến chứng xảy ra. Trong đó có hai trường hợp, chúng tôi phải thực hiện cắt từng mảnh (piecemeal resection) để có đủ không gian thao

tác và 1 trường hợp phải cắt một phần cơ vòng do u dính sâu vào lớp cơ.

U-STER được thực hiện dưới gây mê nội khí quản. Chúng tôi sử dụng ống nội soi dạ dày tiêu chuẩn, có gắn cap trong suốt, máy bơm nước và CO₂, nước muối sinh lý vô khuẩn. Dụng cụ chính của chúng tôi là dao hybrid, không chỉ dùng để tiêm nâng và bóc tách mà còn để cầm máu, từ đó giúp tiết kiệm đáng kể thời gian thủ thuật. Máy ERBE VIO 300D cài đặt chế độ cắt ENDO CUT Q (Effect 2, Duration 4, Interval 2) cho phép cắt niêm mạc và cơ với độ chính xác cao, hạn chế tối đa cắt phạm vào vùng khác gây thủng thực quản. Chế độ đông cầm máu chúng tôi sử dụng FORCED COAG (Effect 2, 80W) để chủ động cầm máu sớm khi mạch máu lộ rõ nhờ sự "phóng đại" của nước, vì khi thực hiện STER dưới nước khi chảy máu xảy ra, máu sẽ lan ra toàn bộ đường hầm dưới niêm như "hồ máu" làm che khuất tầm nhìn, khiến việc cầm máu sẽ cực kỳ khó khăn.

U-STER có nhiều ưu điểm: thứ nhất, cải thiện phẫu trường: nước giúp rửa sạch mảnh vụn và phóng đại các lớp mô, giúp xác định rõ mặt phẳng dưới niêm và giảm nguy cơ thủng thực quản [7]. Thứ hai, bảo vệ khỏi tổn thương niêm mạc do nhiệt: nước hoạt động như một "bộ tản nhiệt" rất hiệu quả do giúp phân tán nhiệt lượng sinh ra trong quá trình cắt cơ, từ đó giúp bảo vệ lớp niêm mạc [8]. Thứ ba, duy trì độ ổn định của đường hầm dưới niêm: nước tạo áp lực và giữ cho khoang thủ thuật luôn mở đủ rộng và giữ đường hầm ổn định hơn nhờ hạn chế được sự dao động của cung động mạch chủ và tâm nhĩ, tránh tình trạng xẹp đường hầm dưới niêm làm mất tầm nhìn - khắc phục những nhược điểm và biến chứng của việc thực hiện STER cổ điển bằng khí CO₂ [9]. Sau U-STER tất cả bệnh nhân đều phục hồi nhanh chóng, không biến chứng trong và sau thủ thuật, thời gian nằm viện ngắn. Giải phẫu bệnh sau cắt, tất cả các trường hợp đều là u cơ trơn lành tính. Tái khám ở tháng đầu tiên cả 3 ca đều không ghi nhận tái phát.

Các ca lâm sàng của chúng tôi cho thấy U-STER là phương pháp xâm lấn tối thiểu, hiệu quả và an toàn trong điều trị các u cơ trơn thực quản phức tạp, đặc biệt là các khối u lớn gần trọn chu vi hoặc dính một phần vào lớp cơ.

IV. KẾT LUẬN

U-STER là lựa chọn ưu tiên cho điều trị xâm lấn tối thiểu các leiomyoma thực quản phức tạp. Kinh nghiệm của chúng tôi ủng hộ việc áp dụng rộng rãi kỹ thuật U-STER trong điều trị các khối u lành tính dưới niêm ở thực quản có kích thước

lớn hoặc dính vào đến lớp cơ, với tỷ lệ biến chứng thấp, phục hồi nhanh và thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jiang W, Rice TW, Goldblum JR. Esophageal leiomyoma: experience from a single institution. *Dis Esophagus*. 2013;26(2):167-174. doi:10.1111/j.1442-2050.2012.01345.x
2. Lee LS, Singhal S, Brinster CJ, et al. Current management of esophageal leiomyoma. *J Am Coll Surg*. 2004;198(1): 136-146. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2003.08.015
3. Mathew G, Osueni A, Carter YM. Esophageal Leiomyoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Updated 2022 Sep 26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493173/>
4. Gowrie S, Noel A, Wooten C, et al. Slicing Through the Options: A Systematic Review of Esophageal Leiomyoma Management. *Cureus*. 2025;17(4):e81614. doi:10.7759/cureus.81614
5. Shen EF, Arnott ID, Plevris J, et al. Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and management of suspected upper gastrointestinal submucosal tumours. *Br J Surg*. 2002;89(2):231-235. doi:10.1046/j.0007-1323.2001.02002.x
6. Gress F, Schmitt C, Savides T, et al. Interobserver agreement for EUS in the evaluation and diagnosis of submucosal masses. *Gastrointest Endosc*. 2001;53(1):71-76. doi:10.1067/mge.2001.111384
7. Muramatsu T, Nakagawa K, Suzuki Y, et al. Underwater endoscopic submucosal dissection with gel immersion. *Endoscopy*. 2024;56(S01):E258-E259. doi:10.1055/a-2275-0894
8. Hallit R, Lacleire S, Hervieu V, et al. Underwater peroral endoscopic myotomy. *Endoscopy*. 2020;53(1):94-95. doi:10.1055/a-1198-4646
9. Binmoeller KF, Bhat YM. Underwater peroral endoscopic myotomy. *Gastrointest Endosc*. 2016;83(2): 454-455. doi:10.1016/j.gie.2015. 08.023

TỶ LỆ THIỂU CƠ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG

Trần Công Hậu¹, Lê Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu cơ thường gặp ở bệnh thận mạn (CKD) và liên quan bất lợi đến biến cố tim mạch, nhập viện và tử vong. Dữ liệu trong nước còn hạn chế, đặc biệt về mối liên hệ giữa thiếu cơ với tuổi, BMI, độ lọc cầu thận và mức đạm niệu. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thiếu cơ và mô tả các yếu tố liên quan ở bệnh nhân CKD. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 101 người bệnh CKD. Các biến số gồm tuổi, giới, thời gian mắc CKD, BMI, ACR niệu, eGFR (phân tầng G1–G5), chỉ số khối cơ xương (SMI), khối cơ các chi (ASM), tỷ lệ mỡ (%PBF), cơ lực tay (handgrip) và tốc độ đi bộ. Phân tích so sánh hai nhóm CKD có và không có thiếu cơ, cũng như mối tương quan giữa các chỉ số khối cơ và chức năng cơ. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 67 (60–72) năm, với nam là 40,6% (41/101). Phân bố eGFR chiếm nhiều nhất ở nhóm G3b và albumin niệu đa số ở nhóm A3. Tỷ lệ thiếu cơ trong dân số nghiên cứu là 33,7% (34/101), trong đó ở nam là 34,1% và nữ là 33,3%. Nhóm bệnh nhân CKD thiếu cơ lớn tuổi hơn (với trung vị là 70 năm so với 65 năm ở nhóm không thiếu cơ; $p < 0,05$) và BMI thấp hơn ($21,7 \pm 2,2$ so với $25,5 \pm 2,9$ kg/m²; $p < 0,001$). Cơ lực tay và SMI tương quan thuận mạnh ($r = 0,694$; $p < 0,001$), cơ

lực tay tương quan nghịch với thời gian đi bộ ($r = -0,542$; $p < 0,001$) và SMI tương quan nghịch với thời gian đi bộ ($r = -0,458$; $p < 0,001$). **Kết luận:** Thiếu cơ hiện diện ở khoảng một phần ba bệnh nhân CKD và liên quan chặt chẽ với tuổi cao, BMI thấp và suy giảm khả năng vận động. Kết quả ủng hộ việc áp dụng sàng lọc định kỳ tình trạng thiếu cơ trong quản lý CKD theo các khuyến cáo quốc tế hiện nay.

Từ khóa: thiếu cơ; CKD; SMI; cơ lực tay; tốc độ đi bộ; eGFR; ACR.

SUMMARY

PREVALENCE OF SARCOPENIA AND ASSOCIATED FACTORS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Background: Sarcopenia is common in CKD and portends adverse outcomes. Local data on correlates with age, BMI, kidney function and performance measures are limited. **Objective:** To estimate sarcopenia prevalence and analyze associated factors in CKD. **Methods:** Cross-sectional study of 101 adults with CKD. Variables included age, sex, CKD duration, BMI, albumin-to-creatinine ratio, eGFR categories (G1–G5), skeletal muscle index (SMI), appendicular skeletal muscle (ASM), percent body fat, handgrip strength and gait speed. Comparative and correlation analyses were performed. **Results:** Median age was 67 with 40.6% male. The eGFR G3b group was predominated and albuminuria A3 was most frequent. Sarcopenia prevalence was 33.7% with no sex difference. Sarcopenic patients were older (median age 70 vs. 65; $p < 0,05$) and had lower BMI ($21,7 \pm 2,2$ vs. $25,5 \pm 2,9$ kg/m²; $p < 0,001$). Handgrip strongly correlated with SMI ($r = 0.694$; $p < 0.001$) and inversely with gait time ($r = -0.542$; $p < 0.001$);

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyên Á

²Trường Y, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: dr.lequocluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025