Kết quả bước đầu điều trị ung thư thực quản 1/3 dưới bằng phẫu thuật Ivor-Lewis tại Bệnh viện Thanh Nhàn

Đào Quang Minh, Nguyễn Văn Trường

Bệnh viện Thanh Nhàn

Địa chỉ liên hệ:
Nguyễn Văn Trường,
Bệnh viện Thanh Nhàn
42 Thanh Nhàn, Quận Hai Bà Trưng, Hà Nội
Điện thoại: 0907 022 777
Email: quoctruongf@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/9/2024
Ngày chấp nhận đăng: 24/10/2024
Ngày xuất bản: 10/11/2024

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ngày nay với sự phát triển của phương tiện cắt nối ống tiêu hoá, tỷ lệ rò miệng nối ngày càng giảm đi, điều trị ung thư thực quản 1/3 dưới bằng phẫu thuật nội soi kiểu Ivor-Lewis với miệng nối trong ngực ngày càng được ứng dụng rộng rãi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc, không đối chứng. Các chỉ tiêu nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật và điều trị sau phẫu thuật trên 17 trường hợp ung thư thực quản được bằng phẫu thuật nội soi kiểu Ivor-Lewis tại bệnh viện Thanh Nhàn giai đoạn (2021 - 2023).

Kết quả: Tỷ lệ Nam/Nữ = 16/1, tuổi thường gặp từ 40 – 60; 47,1%. Thời gian mắc trung bình 2,3 ± 1,8 tháng; nuốt nghẹn là triệu chứng sớm 58,8%; khoảng cách khối u – cung răng trước trung bình 38,3 ± 5,1cm. Thời gian mổ trung bình 215,7 ± 17,3 phút; ung thư biểu mô tuyến chiếm 88,2%; biến chứng sau mổ 17,6%; theo dõi phát hiện 02 trường hợp tái phát và 01 trường hợp tử vong.

Kết luận: qua nghiên cứu 17 trường hợp được phẫu thuật bằng phương pháp Ivor-Lewis với miệng nối trong ngực, bước đầu có tính khả quan.

Từ khóa: Ung thư, phẫu thuật nội soi, ung thư thực quản, Ivor-lewis.

Initial results of treating lower third esophagus cancer by Ivor-Lewis procedure at Thanh Nhan Hospital

Dao Quang Minh, Nguyen Van Truong

Thanh Nhan Hospital

Abstract

Introduction: Nowadays, with the development of gastrointestinal anastomosis materials, the rate of anastomotic leakage is decreasing, and the treatment of lower 1/3 esophageal cancer by Ivor-Lewis procedure with an anastomosis in the chest is widely applied.

Patients and Methods: It's a prospective, longitudinal, non-controlled study. Research indicators on clinical, paraclinical, surgical and postoperative treatment characteristics of 17 cases of esophageal cancer treated by Ivor-Lewis procedure at Thanh Nhan Hospital in the period (2021 - 2023) were enrolled.

Results: Male/Female ratio = 16/1, common age from 40 - 60, 47.1%. Average duration of illness was 2.3 ± 1.8 months; dysphagia was an early symptom 58.8%; The average distance between tumor and anterior dental arch was 38.3 ± 5.1 cm. The average operating time was 215.7 ± 17.3 minutes; adenocarcinoma accounted for 88.2%; postoperative complications were 17.6%; follow-up detected 02 cases of recurrence and 01 death.

Conclusions: Through the study of 17 cases operated by the Ivor-Lewis procedure with anastomosis in the chest, the initial results were promising.

Keywords: Cancer, endoscopic surgery, esophageal cancer, Ivor-lewis.

Đặt vấn đề

Ung thư thực quản (UTTQ) là khối u ác tính xuất phát từ các tế bào biểu mô thực quản, gồm hai loại: Ung thư biểu mô tuyến – ADC khoảng 90%, ung thư tế bào vảy – SCC khoảng 6%, ung thư không điển hình 1 - 4%. Theo GLOBOCAN 2020[1], có khoảng 500.000 ca được chẩn đoán mới và 450.000 ca tử vong. Tại Việt Nam, ung thư thực quản đứng thứ 15 trong những bệnh ung thư thường gặp nhất với 2.411 chẩn đoán mới, 2.222 ca tử vong mỗi năm và tỷ lệ mắc 8,7/100.000 dân. Độ tuổi mắc căn bệnh này thường gặp nhất

là khoảng 50 đến 60 tuổi, yếu tố nguy cơ chính của ung thư thực quản là lạm dụng rượu bia, hút thuốc lá và thói quen ăn uống nóng. Ung thư thực quản là một trong những ung thư có tiên lượng rất xấu, đặc biệt với các trường hợp không thể can thiệp phẫu thuật. Mặt khác bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn nên việc điều trị ung thư thực quản rất khó khăn, tỷ lệ phẫu thuật thấp, tiên lượng xa không tốt. Điều trị UTTQ phụ thuộc vào vị trí u, giai đoạn bệnh, thể trạng. Có nhiều phương pháp phẫu thuật Mc Keown, Ivor Lewis, Akiyama, Orringger...[2],[3]. Phẫu thuật Ivor-Lewis đường ngực phải và bụng với miệng nối trong ngực được chỉ định cho ung thư ở 1/3 dưới thực quản. Với miệng nối trong ngực, nguy cơ diễn biến nặng khi biến chứng xì rò miệng nối, hiện nay nhờ sự phát triển của phương tiện cắt nối (stapler), miệng nối trong ngực đã trở lên an toàn hơn [2]. Bệnh viện Thanh Nhàn đã thực hiện phẫu thuật này từ 2021 tới nay và đã có những kết quả khả quan. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật, hoàn thiện quy trình phương pháp phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng và mẫu: các trường hợp UTTQ 1/3 dưới, ung thư kiểu siewert I giai đoạn 2021 - 2023. Phương pháp chọn mẫu không xác xuất, mẫu thuật tiện.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, theo dõi dọc, không đối chứng.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Đặc điểm tuổi giới, triệu trứng nuốt vướng, triệu chứng cận u, kết quả nội soi, chụp cắt lớp vi tính; kết quả phẫu thuật: trong mổ, sau mổ; kết quả sớm và theo dõi sau mổ. Được thực hiện theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Chỉ định và chống chỉ định: Ung thư thực quản 1/3 dưới, Ung thư kiểu Siewert I[4]. Chống chỉ định: Người bệnh già yếu hoặc có các bệnh nặng, có tiền sử phẫu thuật dạ dày, có bệnh phổi mạn tính hoặc viêm dính màng phổi.

Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật thì bụng và thì ngực, với miệng nối trong ngực thực hiện bằng phương tiện nối tự động.

Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 20.0

Kết quả nghiên cứu

Tuổi và giới: Có 17 trường hợp, có 16 nam và 1 nữ, tuổi trung bình 53 ± 12,7, nhóm 40 – 60 tuổi chiếm 47,1%.

Các yếu tối nguy cơ: rượu và thuốc lá là 2 nguy cơ chính chiếm 64,7%, có 2 trường hợp bị loét thực quản bị ung thư hoá.

Triệu chứng lâm sàng: dấu hiệu khó nuốt chiếm tỷ lệ cao nhất 58,8%, tiếp đến là sụt cân và ăn kém (41,2% và 23,5%).

Thời gian mắc bệnh: trung bình 2,3 ± 1,8 tháng, nhóm trên 1 tháng chiếm 64,8%

Dấu ấn ung thư: sự kết hợp CEA và CA199 giúp phát hiện 64,7%, có 52,9% trường hợp tăng CEA và 23,5% tăng CA199 đơn thuần.

Khoảng cách U – cung răng trước: khoảng cách trung bình 38,3 ± 5,1 cm, có 02 trường hợp (11,7%) u trên 5cm, 04 trường hợp (23,5%) u có kích thước 3-5cm, 11 trường hợp dưới 3cm.

Thời gian phẫu thuật: trung bình chung 215,7 ± 17,3 phút (215-325 phút), thì ngực 156,3 ± 17,2 phút (145-205 phút), thì bụng 113,5 ± 14,6 phút. (90-145 phút).

Tạo hình: 100% được tạo hình môn vị, tỷ lệ trào ngược là 17,6%.

Bảng 1: Khó khăn trong mổ

Khó khăn	n	%	Xử trí
Dính màng phổi	03	17.6	Mở rộng, gỡ dính
Rách khí quản	02	11.8	Khâu khí quản
Thiếu máu	01	5.9	Quan sát, đánh giá

Nhận xét: Có 1 trường hợp rách khí quản trong phẫu thuật, được khâu kín ngay.

Bảng 2: Giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	n	%
Ung thư biểu mô tuyến	15	88,2
Ung thư tế bào vảy	02	11,8
Biệt hoá cao	03	17,6
Biệt hoá vừa	12	70,5
Kém biệt hoá	02	11,8

Nhận xét: Chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến 15/17 trường hợp

Nạo vét hạch: Trung bình có 22.8 ± 2.1 (12-28) hạch nạo vét được, trong đó thì ngực 14.1 ± 5.3 (7-23) hạch, thì bụng 8.7 ± 3.2 (5-15) hạch.

Bảng 3: biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	%	Xử trí
Không biến chứng	12	70,6	Không
Viêm phổi	02	11,8	Hồi sức tích cực
Tràn dịch màng phổi	02	11,8	Dẫn lưu màng phổi
Hẹp ống thực quản	01	5,9	Đặt stent
Trào ngược	03	17,6	Thuốc, tạo hình
Rò tiêu hoá	01	5,9	Hút áp lực cao

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau mổ 29.4%

Theo dõi sau mổ: có 02 trường hợp tái phát và 01 trường hợp tử vong.

Bàn luận

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: UTTQ là ung thư thường gặp ở người lớn tuổi, phần lớn người bệnh ở độ tuổi trên 50 hay 70 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của người bệnh là 53 ± 12,7, dao động từ 36 tuổi đến 72 tuổi; trong đó lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 40 - 60 tuổi (47,1%) Tuổi trung bình của những người bệnh UTTQ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của một số tác giả trong nước [3]. Điều này cho thấy tỷ lệ UTTQ tại Việt Nam ngày càng trẻ hóa. Nguyên nhân có thể do tỉ lệ hút thuốc và uống rượu ở Việt Nam còn cao, nhiều người bệnh hút thuốc lá, uống rượu từ sớm cũng như điều kiện kinh tế xã hội còn chưa cao có thể là yếu tố nguy cơ của UTTQ. Nghiên cứu có 11/16 trường hợp có yếu tố nguy cơ rượu và thuốc lá. Theo báo cáo của E. Morgan [1], UTTQ ở nam thường gặp hơn ở nữ gấp 4,7 lần. Phần lớn UTTQ thường gặp ở nam giới do thói quen hút thuốc lá và uống rượu nhiều. Trong nghiên cứu này có 16/17 trường hợp nam giới chiếm 94.1%.

Theo nghiên cứu của Phạm Đức Huấn [3] thời gian mắc bệnh trung bình là 3,3 ± 3,5 tháng người bệnh đến sớm nhất là 1 tháng và muộn nhất là 20 tháng. Trong đó thời gian có triệu chứng tới khi được khám trên 1 tháng chiếm 64,8%. Thời gian mắc bệnh trung bình 2,3 ± 1,8 tháng. Thời gian để người bệnh quyết định đi khám bệnh kể từ lúc có triệu chứng bệnh đầu tiên là không giống nhau. Nghiên cứu này lâm sàng chủ yếu là nuốt vướng 10/17 (58,8%) trường hợp, trong đó 7 trường hợp sụt cân đi khám và phát hiện tổn thương. Nghiên cứu của Phạm Đức Huấn và Nguyễn Xuân Hòa tỷ lệ này lần

lượt là 100% và 98,8%. Có thể giải thích rằng người bệnh của chúng tôi phát hiện ở giai đoạn sớm hơn. Có 7 trường hợp ở tình trạng không nghẹn (23,6%) hoặc nuốt nghẹn độ I (70,6%) và nuốt nghẹn độ II (5,8%), không có trường hợp đến trong tình trạng nuốt nghẹn hoàn toàn hay độ III. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người bệnh bị gầy sút cân gặp ít chiếm 41,2% vì người bệnh không nuốt nghẹn hoặc không nghẹn đặc, tỷ lệ người bệnh nuốt đau ít nên người bệnh vẫn ăn uống được. Khi người bệnh mất 10% trọng lượng cơ thể thì đây coi là một yếu tố tiên lượng nặng.

Khoảng cách trung bình 38,3 ± 5,1cm, chủ yếu u có kích thước dưới 3cm: nội soi thực quản kết hợp sinh thiết đã được áp dụng một cách hệ thống nhằm chẩn đoán xác định UTTQ nhất là giai đoạn sớm. Hình ảnh nội soi của UTTQ thường gặp dưới dạng u sùi, loét, thâm nhiễm cứng, khả năng chẩn đoán xác định đạt từ 70 - 95%[4]. Nếu phối hợp nội soi sinh thiết và chẩn đoán mô bệnh học có thể chẩn đoán đúng 100% trường hợp. Nội soi kết hợp nhuộm màu niêm mạc thực quản và quang động học đánh dấu tổn thương làm tăng khả năng sinh thiết đúng vị trí, phát hiện u thực quản nhiều vị trí. Trường hợp u thâm nhiễm cứng, không rõ khối cần thực hiện siêu âm nội soi để giúp chẩn đoán. Nội soi khí quản: có 2 trường hợp đè đẩy khí quản, không có trường hợp nào xâm lấn phế quản. Xâm lấn khí phế quản của UTTQ là một dấu hiệu quan trọng nhất đối với phẫu thuật. Các nghiên cứu cho thấy bình thường vùng tiếp xúc giữa khí phế quản và thực quản thường có một đường giảm tỷ trọng hẹp có thể phân biệt được trên phim cắt lớp vi tính. Khi đường này mất thì khả năng xâm lấn của u vào khí phế quản nhiều hơn. Cần phải thực hiện nội soi khí quản thường quy để xác định khối u có thể đè ép di lệch khí phế quản, thành khí phế quản không đều, xuất hiện khối mô mềm gây hẹp lòng khí phế quản ngấm thuốc tương tự tổ chức u hay u gây thủng vào khí phế quản là dấu hiệu xác định ung thư thực quản xâm lấn khí phế quản [5].

Thời gian phẫu thuật trung bình: 215,7 ± 17,3 phút; ngắn nhất 245 phút, dài nhất 375 phút. Thời gian trung bình thì nội soi ngực là 156,3 phút; thì nội soi bụng là 113,5 phút; Lượng máu mất trung bình trong cuộc mổ là không đáng kể 100 - 150ml. Rất nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cắt thực quản trong điều trị UTTQ. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa cho kết quả khá tốt về thời gian mổ, lượng máu mất và các biến chứng sớm sau mổ, một số kết quả còn ưu thế hơn so với phẫu thuật mổ mở [4].

Tổn thương trong mổ: dính màng phổi 3 trường hợp, rách khí quản 02 trường hợp và 01 trường hợp thiếu máu miệng nối. Nguyên nhân tổn thương khí phế quản thường do 2 nhóm chính: do bác sỹ gây mê và do phẫu thuật viên. Nguyên nhân do bác sỹ gây mê xảy ra khi đặt Carlen 2 nòng mà bơm cớp bóng nội khí quản quá căng làm rách khí phế quản, hoặc trường hợp u to chèn ép khí phế quản khó đặt nội khí quản. Nguyên nhân do phẫu thuật viên chủ yếu là trong quá trình phẫu tích bằng dao đơn cực hoặc dao siêu âm, thunderbeat do tác động trực tiếp hoặc do quá trình truyền nhiệt trong quá trình phẫu tích. Ngoài ra có nguyên nhân khác do rò miệng nối tạo áp xe gây rò khí quản (do dịch vị hay dịch tiết khác tác động). Decker và cộng sự ghi nhận tỉ lệ tổn thương khí phế quản trong phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản là 0,8%. Chúng tôi có gặp 02 trường hợp tổn thương khí quản do trong quá trình phẫu tích dùng dao thunderbeat tác động trực tiếp, do gây mê và được xử lý bằng khâu lại

phế quản qua nội soi mà không cần chuyển mổ mở. Khoảng cách từ khối u đến diện cắt trên lớn hơn 6cm và phải di động thực quản khoảng 3-5 cm để nối máy nên diện phẫu tích tiệm cận với cung tĩnh mạch đơn, điều này lý giải vì sao u thực quản 1/3 dưới nhưng miệng nối lại cao ngang mức ngã ba khí phế quản. Đặc biệt có trường hợp khi nạo vét hạch ngã ba khí phế quản quan sát thấy bóng nội khí quản màu xanh nằm ở phế quản gốc trái nhưng phế quản chưa rách và còn một lớp màng mỏng. Chúng tôi cho giảm áp lực trong bóng nội khí quản để tránh rách phần màng phế quản gốc trái. Vì thế làm giảm khả năng tổn thương khi bơm bóng xanh để giữ nòng của phế quản gốc trái phải dùng máy đo áp lực (áp lực an toàn khi nằm trong giới hạn 15 - 25cm H2O) [4],[6]. Miệng nối được thực hiện bằng máy cắt nối vòng hoặc thẳng. Với kiểu nối bằng stapler thực hiện miệng nối kiểu bên - bên, nhưng có nhược điểm phải khâu đóng nhiều, và nguy cơ rò tiêu hóa cao hơn. Do đó chúng tôi chọn giải pháp với máy nối tròn, giúp lưu thông tiêu hóa tốt hơn tránh tổn thương khi phải đặt lại sonde dạ dày. Chúng tôi thực hiện khâu tăng cường 2 mũi chữ U hai bên miệng nối đồng thời cố định miệng nối với phúc mạc thành để tránh căng miệng nối.

Nghiên cứu này có 88.2% ung thư biểu mô tuyến, số lượng hạch trung bình thì bụng 8,7 ± 3,2, thì ngực 14,1 ± 5,3 và tổng chung là 22,8 ± 2,1 hạch. 47,1% u nhóm T3 và không có T4. Cho đến nay, nạo hạch trong UTTQ vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau, UTTQ có tỉ lệ cao di căn hạch và di căn xa ngay cả ở giai đoạn sớm, do đó cần điều trị đa mô thức. Một số nghiên cứu cho thấy thực hiện nạo vét hạch triệt để hơn có thể mang lại lợi ích kiểm soát bệnh tại chỗ, tại vùng và kéo dài thời gian sống. [3-4] Do tác động đến tỉ lệ tai biến, biến chứng cũng như tử vong, một số tác giả khác cân nhắc về mức độ nạo hạch. Theo các tác giả Nhật Bản, đối với ung thư biểu mô tế bào vảy thực quản 1/3 giữa nên nạo hạch cổ (qua ngực và một phần qua cổ), ngực và bụng; đối với ung thư thực quản 1/3 dưới, có thể chỉ cần nạo hạch ngực và bụng. Chúng tôi tiến hành nạo hạch 2 phẫu trường: ngực và bụng và cộng thêm hạch cạnh khí quản (trung thất trên). Số lượng hạch trung bình của chúng tôi là: hạch ngực 14,1 ± 5,3, hạch bụng 8,7 ± 3,2, tổng hạch 22,8 ± 2,1. Iwahashi và cộng sự so sánh 46 người bệnh cắt thực quản mổ mở (nằm nghiêng trái) và 46 người bệnh phẫu thuật nội soi cắt thực quản với thì ngực ở tư thế nằm sấp, ghi nhận số hạch nạo được ở hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa [7], [8].

Thời gian rút NKQ 10,2 ± 4,3 giờ, thời gian nằm ICU 16,3 ± 4,2 giờ... PTNS là phẫu thuật ít xâm lấn vì vậy giúp giảm đau sau mổ, giảm thời gian thở máy, giảm biến chứng hô hấp, giảm thời gian nằm hồi sức sau mổ. Ưu điểm PTNS trong phẫu thuật thực quản đã được chứng minh rõ ràng. Smithers và cộng sự [9] nghiên cứu thời gian nằm săn sóc đặc biệt ở nhóm UTTQ cắt thực quản (324 trường hợp) ngắn hơn so với mổ mở (114 trường hợp), 19 giờ so với 23 giờ, p = 0,03. Nghiên cứu của tác giả Kuwabara [7] và cộng sự cũng cho kết quả tương tự với P = 0,048. Tuy nhiên, trong rất nhiều nghiên cứu khác nhau thì thời gian nằm hồi sức giữa mổ mở và mổ nội soi khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tạo hình môn vị trong mổ: có nhiều nghiên cứu về vấn đề này nhưng chưa thống nhất theo hướng cụ thể. Một số tác giả cho rằng khi cắt ngang thực quản thì cắt luôn cả thần kinh X, gây nên tình trạng liệt dạ dày sau mổ, chính vì thế tỷ lệ rò miệng nối dạ dày thực quản có thể do sự ứ đọng tại dạ dày sau mổ, do đó cần phải tạo hình môn vị. Một số nghiên cứu

gần đây [10], lại cho thấy tạo hình môn vị trong tạo hình thực quản bằng ống dạ dày là không cần thiết, biến chứng tại miệng nối hay sự ứ đọng dạ dày sau mổ là không liên quan đến tạo hình môn vị. Thậm chí việc tạo hình còn gây lên hội chứng Dumping và trào ngược dịch mật về sau này. Tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện tạo hình 100%, đánh giá sau mổ tỷ lệ ứ đọng dịch dạ dày hoặc dạ dày giãn 2 trường hợp và 17,6% trường hợp biến chứng trào ngược dạ dày cần dung thuốc [11], [12].

Các trường hợp trong nghiên cứu đều được tái khám theo lịch trình 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng. Và được điều trị bổ trợ sau mổ (hóa trị - xạ trị) nhưng chỉ có 15/17 trường hợp hoá trị bổ trợ và 11/17 trường hợp được xạ trị. Với người bệnh hiện nay xạ trị vẫn là gánh nặng tinh thần, các trường hợp không đồng ý xạ trị đều do lo sợ biến chứng. Chúng tôi theo dõi được 16/17 trường hợp, thời gian theo dõi ngắn nhất 9 tháng, dài nhất 31 tháng. Phát hiện 01 trường hợp tái phát miệng nối: xử trí stent + hóa trị. 01 trường hợp có tổn thương di căn gan được xử trí RFA + hóa trị. 01 trường hợp tử vong do suy kiệt vì di căn đa cơ quan [12].

Kết luận

Qua nghiên cứu 17 trường hợp: Tỷ lệ Nam/Nữ = 15/2, tuổi thường gặp từ 40 - 60, 47,1%, thời gian mắc trung bình 2,3 ± 1,8 tháng, nuốt nghẹn là triệu chứng sớm 76,5%. Khoảng cách khối u – cung răng trước trung bình 38,3 ± 5,1cm, thời gian mổ trung bình 215,7 ± 17,3 phút, ung thư biểu mô tuyến chiếm 88,2%, biến chứng sau mổ chiếm 17,6%. Theo dõi phát hiện 02 trường hợp tái phát và 01 trường hợp tử vong. Do số lượng nghiên cứu chưa nhiều, nên phẫu thuật Ivor-Lewis cần được cân nhắc bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Tài liệu tham khảo

1. E. Morgan, I. Soerjomataram, H. Rumgay và cộng sự (2022). The Global Landscape of Esophageal Squamous Cell Carcinoma and Esophageal Adenocarcinoma Incidence and Mortality in 2020 and Projections to 2040: New Estimates From GLOBOCAN 2020. Gastroenterology, 163 (3), 649-658.e642.
2. R. D. Birla, M. Mitrea và P. A. Hoara (2022). Ivor Lewis Minimally Invasive Esophagectomy - What Do We Choose? Literature Review. Chirurgia (Bucur), 117 (2), 164-174.
3. Đ. M. L. Phạm Đức Huấn, Nguyễn Xuân Hòa (2017). Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng nạo vét hạch rộng hai vùng với tư thế sấp nghiêng 30 độ. Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, tập 7-số 2/ 2017, tr. 36-46.
4. Đ. Q. Á. Phạm Đức Huấn, Nguyễn Xuân Hòa, Trần Ngọc Dũng, Hà Văn Quyết (2017). "Kết quả bước đầu cắt thực quản nội soi trong điều trị ung thư thực quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội". Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam, Số 4/2017, tr. 69-74. .
5. C. Harrington và D. Molena (2021). Minimally invasive Ivor Lewis esophagectomy in 10 steps. JTCVS Tech, 10, 489-494.
6. G. Decker, W. Coosemans, P. De Leyn và cộng sự (2009). Minimally invasive esophagectomy for cancer. Eur J Cardiothorac Surg, 35 (1), 13-20; discussion 20-11.
7. S. Kuwabara và N. Katayanagi (2010). Comparison of three different operative methods of video-assisted thoracoscopic esophagectomy. Esophagus, 7, 23-29.
8. M. Iwahashi, M. Nakamori, M. Nakamura và cộng sự (2014). Clinical benefits of thoracoscopic esophagectomy in the prone position for esophageal cancer. Surgery today, 44, 1708-1715.
9. B. M. Smithers, D. C. Gotley, I. Martin và cộng sự (2007). Comparison of the outcomes between open and minimally invasive esophagectomy. Annals of surgery, 245 (2), 232-240.

10. S. Arya, S. Markar, A. Karthikesalingam và cộng sự (2015). The impact of pyloric drainage on clinical outcome following esophagectomy: a systematic review. Diseases of the Esophagus, 28 (4), 326-335.
11. D. Palmes, M. Weilinghoff, M. Colombo-Benkmann và cộng sự (2007). Effect of pyloric drainage procedures on gastric passage and bile reflux after esophagectomy with gastric conduit reconstruction. Langenbeck's Archives of Surgery, 392, 135-141.
12. M. Lanuti, P. E. de Delva, C. D. Wright và cộng sự (2007). Post-esophagectomy gastric outlet obstruction: role of pyloromyotomy and management with endoscopic pyloric dilatation. European journal of cardio-thoracic surgery, 31 (2), 149-153.