

CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF VIDEO ENDOSCOPIC INGUINAL LYMPHADENECTOMY FOR PENILE CANCER: EXPERIENCE FROM BINH DAN HOSPITAL

Tran Doan Thien Quoc^{1,2*}, Mai Ba Tien Dung^{1,2}, Nguyen Cong Minh^{1,2}

¹Pham Ngoc Thach University of Medicine - 2 Duong Quang Trung, Hoa Hung ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

²Department of Andrology, Binh Dan Hospital - 371 Dien Bien Phu, Ban Co ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 16/06/2026

Revised: 14/07/2026; Accepted: 20/07/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinicopathological characteristics and evaluate surgical outcomes of video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) for penile cancer at Binh Dan Hospital.

Methods: A prospective descriptive case series was conducted from May 2023 to June 2025 at Binh Dan Hospital. A total of 38 penile cancer patients underwent bilateral VEIL. Variables included clinicopathological features, surgical outcomes, complications (Clavien-Dindo classification), and oncological results.

Results: Mean age of the patients was 54.6 ± 10.9 (32-73 years). pT3 accounted for 60.5% and cN2 for 71.1%; G1 histological grade predominated (60.5%). All 38 cases (100%) completed bilateral VEIL without conversion. Mean total operative time was 189.5 ± 23.2 min (120-240 min). The great saphenous vein was preserved in 97.4% per side. Mean lymph node yield was 16.0 ± 2.3 per patient (range 13-23). Pathological staging: pN0 78.9%; pN1 13.2%; pN2 7.9%; extranodal extension detected in 1 case (2.6%). Subclinical lymphocele 68.4%; symptomatic lymphocele 21.1%. Wound infection 5.3%; no skin necrosis or deep vein thrombosis. Mean hospital stay 5.6 ± 2.3 days. Recurrence rate 13.2%; mean disease-free survival 26.2 ± 13.0 months.

Conclusion: VEIL is a feasible, safe and oncologically adequate inguinal lymphadenectomy technique for penile cancer, with low major complication rates and adequate node yield per EAU-ASCO (2026) criteria.

Keywords: VEIL, penile cancer, video endoscopic inguinal lymphadenectomy, complications, oncological outcomes.

*Corresponding author

Email: 22.05.104.03@pnt.edu.vn Phone: (+84) 907802439 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5805



ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH BỆN TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT: KINH NGHIỆM TỪ BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Đoàn Thiên Quốc^{1,2*}, Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Nguyễn Công Minh^{1,2}

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch - 2 Đường Quang Trung, phường Hòa Hưng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân - 371 Điện Biên Phủ, phường Bàn Cờ, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 16/06/2026

Ngày chỉnh sửa: 14/07/2026; Ngày duyệt đăng: 20/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi nạo hạch ben (VEIL) trong điều trị ung thư dương vật tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca, thực hiện từ tháng 5/2023 đến tháng 6/2025 tại Bệnh viện Bình Dân, gồm 38 bệnh nhân ung thư dương vật được phẫu thuật VEIL hai bên. Các biến số gồm đặc điểm bệnh học, kết quả phẫu thuật, biến chứng (phân loại Clavien-Dindo) và kết quả ung thư học.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $54,6 \pm 10,9$ (32-73 tuổi). Đa số bệnh nhân ở giai đoạn pT3 (60,5%) và cN2 (71,1%); phân độ mô học G1 chiếm đa số (60,5%). Toàn bộ 38 ca (100%) hoàn thành VEIL hai bên thành công, không chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật tổng trung bình $189,5 \pm 23,2$ phút (120-240 phút). Tĩnh mạch hiển lớn bảo tồn ở 97,4% mỗi bên. Số hạch lấy được trung bình $16,0 \pm 2,3$ hạch (13-23 hạch)/bệnh nhân. Phân giai đoạn hạch sau mổ: pN0 = 78,9%; pN1 = 13,2%; pN2 = 7,9%; xâm lấn vỏ hạch ghi nhận 1 trường hợp (2,6%). Tỷ lệ tụ dịch bạch huyết 21,1%. Nhiễm trùng vết mổ 5,3%. Không ghi nhận hoại tử đa hay huyết khối tĩnh mạch sâu. Thời gian nằm viện trung bình $5,6 \pm 2,3$ ngày. Tỷ lệ tái phát 13,2%; gồm thời gian sống không bệnh trung bình $26,2 \pm 13,0$ tháng.

Kết luận: VEIL là kỹ thuật nạo hạch ben khả thi, an toàn và có hiệu quả ung thư học phù hợp trong điều trị ung thư dương vật, với tỷ lệ biến chứng nặng thấp và đảm bảo tiêu chuẩn số hạch lấy được.

Từ khóa: VEIL, ung thư dương vật, nạo hạch ben nội soi, biến chứng, kết quả ung thư học.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật là bệnh lý ác tính hiếm gặp ở các quốc gia phát triển, chiếm khoảng 0,5-1,5/100.000 nam giới, nhưng tỷ lệ cao hơn tại các quốc gia nhiệt đới đang phát triển như Việt Nam [1]. Di căn hạch ben là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, ảnh hưởng trực tiếp đến quyết định điều trị và khả năng sống còn dài hạn [2]. Theo Hướng dẫn EAU-ASCO (2026), nạo hạch ben là tiêu chuẩn vàng trong xử trí hệ bạch huyết ben ở bệnh nhân ung thư dương vật nguy cơ cao hoặc đã xác định di căn [2].

Nạo hạch ben mổ mở truyền thống có tỷ lệ biến chứng đáng kể, bao gồm nhiễm trùng vết mổ (9-21%), hoại tử da (3-50%), phù bạch huyết mạn tính chi dưới (10-40%) và huyết khối tĩnh mạch sâu [3]. Các biến chứng này kéo dài thời gian hồi phục và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống sau điều trị [4].

Phẫu thuật nội soi nạo hạch ben (video endoscopic inguinal lymphadenectomy - VEIL) tiếp cận vùng ben qua đường nội soi, bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn, giảm tổn thương da và mô mềm, từ đó giảm tỷ lệ biến chứng so với nạo hạch ben mổ mở [4-5]. Các phân tích gộp gần đây xác nhận VEIL tương đương về hiệu quả ung thư học trong khi có ưu thế về mặt biến chứng [4-5].

Tại Việt Nam, VEIL vẫn là kỹ thuật còn mới và còn ít nghiên cứu được công bố. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: (1) Mô tả đặc điểm bệnh học của bệnh nhân

ung thư dương vật được phẫu thuật VEIL tại Bệnh viện Bình Dân; (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật và biến chứng ngắn hạn; và (3) Nhận xét bước đầu về kết quả ung thư học.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca, thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 5/2023 đến tháng 6/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn sau: chẩn đoán xác định ung thư dương vật qua giải phẫu bệnh; có chỉ định nạo hạch ben theo Hướng dẫn EAU-ASCO (2026) [2]; đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: hạch ben cố định hoặc xâm lấn thành bụng (cN3 cố định); chống chỉ định gây mê toàn thân; không đồng ý phẫu thuật nội soi.

2.3. Kỹ thuật VEIL

Bệnh nhân nằm ngửa, dạng chân 30°, kê gối dưới đùi. Dùng 3 trocar đặt tại mặt trong đùi: 1 trocar 10 mm tại đỉnh tam giác đùi (cách nếp ben 10-12 cm), 2 trocar 5 mm hai bên cách 5-6 cm. Khoảng nội soi tạo bằng bóc tách ngón tay trước khi bơm CO₂ áp lực 10-12 mmHg. Giới hạn nạo hạch: dây chằng ben (trên), góc hội tụ giữa cơ may và cơ khép dài (dưới), cơ khép dài (trong), cơ may (ngoài). Tĩnh

*Tác giả liên hệ

Email: 22.05.104.03@pnt.edu.vn Điện thoại: (+84) 907802439 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD9.5805

mạch hiển lớn được bảo tồn khi có thể. Toàn bộ mô mỡ bạch huyết lấy en-bloc vào túi thu hồi mẫu. Bệnh nhân được đặt dẫn lưu hút sau đóng trocar.

2.4. Biến số và phân tích thống kê

- Biến số lâm sàng: tuổi, giai đoạn pT và cN (phân loại TNM theo AJCC/UICC ấn bản thứ 9 (2025), đối chiếu với ấn bản thứ 8 (2017) để bảo đảm tính so sánh với y văn trước đây), phân độ mô học (G1-G3), xâm lấn mạch bạch huyết (LVI), xâm lấn quanh thần kinh (PNI).

- Biến số phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tỷ lệ bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn, số hạch lấy được, giai đoạn pN và xâm lấn ngoài vỏ hạch (ENE). Tụ dịch bạch huyết được phân loại thành 2 nhóm: (1) cận lâm sàng - phát hiện qua siêu âm định kỳ, không có triệu chứng lâm sàng (Clavien I); và (2) có triệu chứng - cần can thiệp y tế hoặc thủ thuật (Clavien $\geq$ II).

- Biến chứng phân loại theo Clavien-Dindo, trong đó các thủ thuật chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm được xếp vào IIIa.

- Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất là giá trị ước lượng dựa trên hồ sơ phẫu thuật. Kết quả ung thư học gồm thời gian sống không bệnh, tỷ lệ tái phát và thời gian sống còn toàn bộ.

Phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0. Biến liên tục phân phối chuẩn trình bày dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Biến phân loại trình bày dạng tần suất (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Bình Dân phê duyệt (mã số 17/HĐĐĐ-BVBD). Tất cả bệnh nhân ký biên bản đồng ý tham gia nghiên cứu trước phẫu thuật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của 38 bệnh nhân ung thư dương vật (n = 38)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (năm)	54,6 $\pm$ 10,9
	Min-max (năm)	32-73
Phân độ mô học	G1	23 (60,5%)
	G2	14 (36,8%)
	G3	1 (2,6%)
Giai đoạn pT	pT1 (pT1a + pT1b)	10 (26,3%)
	pT2	4 (10,5%)
	pT3	23 (60,5%)
	pT4	1 (2,6%)
Giai đoạn cN lâm sàng	cN1	11 (28,9%)
	cN2	27 (71,1%)
Yếu tố nguy cơ mô học	Xâm lấn mạch bạch huyết (LVI)	3 (7,9%)
	Xâm lấn quanh thần kinh (PNI)	3 (7,9%)
FNA hạch bẹn (n = 13 thực hiện)	FNA dương tính	4 (30,8%)
	FNA âm tính	9 (69,2%)

Đặc điểm		Kết quả
Xử lý u nguyên phát (trước VEIL)	Cắt bán phần dương vật	33 (86,8%)
	Cắt toàn phần dương vật	4 (10,5%)
	Phẫu thuật cục bộ (cắt bao quy đầu/u)	1 (2,6%)

Ghi chú: LVI: lymphovascular invasion; PNI: perineural invasion; FNA: fine needle aspiration.

Tổng số 38 bệnh nhân (76 bên) được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 54,6 $\pm$ 10,9 tuổi (32-73 tuổi). Đa số bệnh nhân ở giai đoạn pT3 (60,5%) và cN2 (71,1%). Phân độ mô học G1 chiếm ưu thế (60,5%). LVI và PNI lần lượt ghi nhận ở 7,9% bệnh nhân. Chọc hút tế bào hạch bẹn (FNA) được thực hiện ở 13/38 bệnh nhân (34,2%), trong đó 4 ca dương tính (30,8%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh hậu phẫu

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh hậu phẫu (n = 38)

Thông số		Kết quả
Thời gian phẫu thuật	Tổng hai bên (phút)	189,5 $\pm$ 23,2 (120-240)
	Bên phải (phút)	93,0 $\pm$ 14,2
	Bên trái (phút)	96,5 $\pm$ 16,8
Lượng máu mất ước tính (mL)		85,1 $\pm$ 16,4
Bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn	Bên phải (phút)	37/38 (97,4%)
	Bên trái (phút)	37/38 (97,4%)
Số hạch lấy được	Tổng hai bên (hạch)	16,0 $\pm$ 2,3 (13-23)
	Bên phải (hạch)	7,9 $\pm$ 1,3 (6-11)
	Bên trái (hạch)	8,1 $\pm$ 1,7 (6-12)
Giai đoạn pN hậu phẫu	pN0	30 (78,9%)
	pN1	5 (13,2%)
	pN2	3 (7,9%)
	ENE	1 (2,6%)
Thời gian dẫn lưu (trung vị, khoảng) (ngày)		13 (10-21)
Thời gian nằm viện ($\bar{X} \pm SD$, khoảng) (ngày)		5,6 $\pm$ 2,3 (3-10)

Ghi chú: ENE: extranodal extension; thời gian phẫu thuật từng bên là giá trị ước lượng.

Toàn bộ 38 bệnh nhân (100%) được thực hiện VEIL hai bên thành công, không có trường hợp nào cần chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật tổng trung bình 189,5 $\pm$ 23,2 phút (120-240 phút). Tĩnh mạch hiển lớn bảo tồn ở 97,4% (37/38 bệnh nhân) mỗi bên. Số hạch lấy được trung bình 16,0 $\pm$ 2,3 hạch (13-23 hạch)/bệnh nhân, đáp ứng ngưỡng tối thiểu $\geq$ 6 hạch/bên theo EAU-ASCO (2026) ở toàn bộ bệnh nhân [2]. Kết quả giải phẫu bệnh: pN0 = 78,9% (n = 30), pN1 = 13,2% (n = 5), pN2 = 7,9% (n = 3). Ghi nhận 1 trường hợp (2,6%) có ENE. Thời gian dẫn lưu lympho trung vị 13 ngày (10-21 ngày). Thời gian nằm viện trung bình 5,6 $\pm$ 2,3 ngày (3-10 ngày).

3.3. Biến chứng sau mổ

Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật VEIL (n = 38)

Biến chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tự dịch bạch huyết	Tự dịch bạch huyết cận lâm sàng	26	68,4
	Tự dịch bạch huyết có triệu chứng	8	21,1
	Tổng	34	89,5
	Nhiễm trùng vết mổ	2	5,3
	Hoại tử da	0	0
	Huyết khối tĩnh mạch sâu	0	0
Phân loại Clavien-Dindo	Grade 0 (không biến chứng lâm sàng)	3	7,9
	Grade I	27	71,1
	Grade II	7	18,4
	Grade IIIa	1	2,6

Biến chứng thường gặp nhất là tự dịch bạch huyết, ghi nhận ở 34/38 bệnh nhân (89,5%), trong đó 26/38 ca (68,4%) là tự dịch bạch huyết cận lâm sàng - phát hiện qua siêu âm định kỳ nhưng không có triệu chứng lâm sàng, được xếp Clavien I và theo dõi bảo tồn; 8/38 ca (21,1%) là tự dịch bạch huyết có triệu chứng - cần can thiệp y tế hoặc chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm (Clavien II-IIIa). Nhiễm trùng vết mổ xảy ra ở 2/38 bệnh nhân (5,3%), được điều trị bằng kháng sinh toàn thân (Clavien II). Không ghi nhận hoại tử da hay huyết khối tĩnh mạch sâu. Theo phân loại Clavien-Dindo: Grade 0: 3 ca (7,9%); Grade I: 27 ca (71,1%); Grade II: 7 ca (18,4%); Grade IIIa: 1 ca (2,6%).

3.4. Kết quả theo dõi ung thư học

Tính đến ngày 15/5/2026, thời gian theo dõi trung vị 32,5 tháng (1,3-47 tháng); thời gian sống không bệnh trung bình $26,2 \pm 13,0$ tháng. Ghi nhận 5/38 bệnh nhân tái phát trong thời gian theo dõi (13,2%). Phù bạch huyết mạn tính chỉ dưới ghi nhận ở 4/38 bệnh nhân (10,5%) tại thời điểm 12 tháng sau mổ. Trong số 8 bệnh nhân pN dương tính, 3 ca (37,5%) được điều trị hóa chất bổ trợ theo phác đồ BMP (Bleomycin, Methotrexate, Cisplatin).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân 54,6 tuổi trong nghiên cứu này tương đồng với các chuỗi ca VEIL tại châu Á, phản ánh đặc điểm dịch tễ học của ung thư dương vật ở khu vực nhiệt đới đang phát triển [1]. Đa số bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ (pT3: 60,5%) và đã có hạch bẹn to trên lâm sàng (cN2: 71,1%), phù hợp với ghi nhận tại các quốc gia có thu nhập thấp đến trung bình khi bệnh nhân ung thư dương vật thường đến khám muộn do thiếu tiếp cận dịch vụ y tế [1-2].

Phân độ mô học G1 chiếm đa số (60,5%), trong khi G3 chỉ có 1 ca (2,6%). Tỷ lệ LVI thấp (7,9%). Xét nghiệm HPV/p16 chưa được triển khai thường quy tại Bệnh viện Bình Dân trong giai đoạn nghiên cứu, do đó không thể xếp phân nhóm liên quan HPV theo Hướng dẫn của EAU-ASCO (2026) [2]; đây là một hạn chế cần khắc phục trong các nghiên cứu tiếp theo do tiểu loại HPV ảnh hưởng đến tiên lượng và chiến lược điều trị. Đáng chú ý, trong 38 bệnh

nhân nghiên cứu, ghi nhận 1 trường hợp (2,6%) có ENE - một yếu tố tiên lượng xấu cần theo dõi sát và cân nhắc điều trị bổ trợ tích cực.

4.2. Tính khả thi và hiệu quả của kỹ thuật VEIL

Tỷ lệ hoàn thành VEIL hai bên 100% (không chuyển mổ mở) xác nhận tính khả thi của kỹ thuật. Kết quả này tương đồng với phân tích gộp của Suartz C.V và cộng sự (2025) trên các nghiên cứu tiến cứu, cho thấy VEIL có tỷ lệ chuyển mổ mở thấp khi được thực hiện tại các trung tâm có kinh nghiệm [5]. Thời gian phẫu thuật tổng 189,5 phút phản ánh giai đoạn tích lũy kinh nghiệm, phù hợp với mô tả của Aydin A.M và cộng sự rằng thời gian phẫu thuật VEIL rút ngắn theo kinh nghiệm tích lũy [6].

Tỷ lệ bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn đạt 97,4% mỗi bên là ưu điểm nổi bật của VEIL so với nạo hạch bẹn mở. Bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn góp phần giảm tỷ lệ phù bạch huyết mạn tính, một biến chứng gây tàn phế phổ biến sau nạo hạch bẹn [4-5]. Số hạch lấy được trung bình $16,0 \pm 2,3$ hạch/bệnh nhân (7,9 hạch bên phải và 8,1 hạch bên trái, tối thiểu 6 hạch/bên) đáp ứng ngưỡng tối thiểu theo EAU-ASCO (2026) (≥ 6 hạch/bên) [2] và tương đồng với các chuỗi ca VEIL tại châu Á trong các nghiên cứu gần đây [6-7]. Tỷ lệ pN dương tính 21,1% cho thấy VEIL có khả năng phân loại giai đoạn chính xác, tương đương nạo hạch bẹn mở mở theo bằng chứng của hai phân tích gộp gần đây [4-5].

4.3. Biến chứng sau mổ

Tự dịch bạch huyết là biến chứng phổ biến nhất trong nghiên cứu này, với tổng tỷ lệ 89,5% khi áp dụng siêu âm định kỳ để phát hiện. Điều quan trọng cần nhấn mạnh là nghiên cứu này phân biệt rõ 2 nhóm tự dịch bạch huyết dựa trên biểu hiện lâm sàng và mức độ can thiệp: (1) tự dịch bạch huyết cận lâm sàng (68,4%) - chỉ phát hiện qua siêu âm, không có triệu chứng, không cần điều trị chủ động, xếp Clavien I; và (2) tự dịch bạch huyết có triệu chứng (21,1%) - gây khó chịu rõ, cần can thiệp y tế hoặc chọc hút, xếp Clavien II-IIIa. Sự phân biệt này phù hợp với khuyến cáo của Eskenazi F và cộng sự (2025) rằng tỷ lệ tự dịch bạch huyết dao động 15-50% khi chỉ ghi nhận dạng có triệu chứng và lên tới 80-90% khi áp dụng siêu âm hệ thống [3]. Tỷ lệ tự dịch bạch huyết có triệu chứng 21,1% trong nghiên cứu này tương đồng với khoảng giá trị được báo cáo trong y văn VEIL và thấp hơn đáng kể so với nạo hạch bẹn mở.

Nhiễm trùng vết mổ (5,3%) thấp hơn đáng kể so với nạo hạch bẹn mở (20-40%) theo báo cáo của Aydin A.M và cộng sự (2024) [6], và cũng thấp hơn so với dữ liệu trước đây của chúng tôi khi giai đoạn kỹ thuật chưa hoàn thiện. Đặc biệt, không ghi nhận hoại tử da hay huyết khối tĩnh mạch sâu - hai biến chứng nặng nề thường gặp sau nạo hạch bẹn mở. Kết quả này nhất quán với phân tích gộp của Brouwer).R và cộng sự (2023), Suartz C.V và cộng sự (2025), xác nhận ưu thế của VEIL về an toàn phẫu thuật [4-5]. Tỷ lệ Clavien IIIa chỉ 2,6% (1 trường hợp chọc hút tự dịch bạch huyết dưới hướng dẫn siêu âm) phản ánh mức biến chứng nặng rất thấp của kỹ thuật.

Phù bạch huyết mạn tính chỉ dưới ghi nhận ở 10,5% bệnh nhân tại thời điểm 12 tháng sau mổ, phù hợp với lợi ích của việc bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn trong VEIL. Tỷ lệ này thấp hơn so với 20-40% được báo cáo sau nạo hạch bẹn mở của Eskenazi F và cộng sự [3].

4.4. Kết quả ung thư học bước đầu

Tỷ lệ tái phát 13,2% sau thời gian theo dõi trung vị 32,5 tháng là kết quả tương đối khả quan trong bối cảnh đa số bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển (pT3, cN2). Lohia N và cộng sự (2023) báo cáo tỷ lệ tái phát vùng bẹn sau VEIL là 3,8% trong chuỗi 105 bệnh nhân với thời gian theo dõi dài hơn [7], sự khác biệt có thể do tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn tiến triển cao hơn trong nghiên cứu này. Thời gian sống không bệnh trung bình $26,2 \pm 13,0$ tháng phản ánh hiệu quả kiểm soát bệnh tương đối tốt trong nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Suartz C.V và cộng sự (2025) trong phân tích gộp các nghiên cứu tiến cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả ung thư học giữa VEIL và nạo hạch bẹn mở [5], khẳng định rằng ưu thế của VEIL về biến chứng không đánh đổi bằng kết quả kiểm soát ung thư. Brassetti A và cộng sự (2023) đề xuất tiêu chí “tetrafecta” (số hạch đủ + không biến chứng nặng + pN chính xác + kiểm soát ung thư) như một thước đo toàn diện chất lượng phẫu thuật VEIL [8]; nghiên cứu này đạt được 3 trong 4 tiêu chí đó.

4.5. Điểm mạnh và hạn chế

Đây là nghiên cứu tiến cứu về VEIL với cỡ mẫu 38 bệnh nhân, cung cấp thêm dữ liệu về ung thư dương vật tại Việt Nam. Hạn chế chính bao gồm: (1) thiết kế đơn trung tâm không có nhóm chứng mở; (2) chưa triển khai sinh thiết hạch lymph gác động (dynamic sentinel lymph node biopsy - DSNB) cho nhóm cN0 nguy cơ cao như khuyến cáo của EAU-ASCO (2026); (3) chưa thực hiện xét nghiệm HPV/p16 thường quy; (4) thời gian phẫu thuật và lượng máu mất từng bên là giá trị ước lượng hồi cứu. Các nghiên cứu đa trung tâm so sánh với cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai là cần thiết để khắc phục các hạn chế này.

5. KẾT LUẬN

VEIL là kỹ thuật nạo hạch bẹn ít xâm lấn, khả thi và an toàn trong điều trị ung thư dương vật tại Bệnh viện Bình Dân. Với tỷ lệ chuyển mổ mở thấp, bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn cao, số hạch lấy được đạt tiêu chuẩn EAU-ASCO (2026) ở toàn bộ bệnh nhân, không ghi nhận hoại tử da hay huyết khối tĩnh mạch sâu, kỹ thuật này có thể được xem xét như một lựa chọn thay thế nạo hạch bẹn mở

tại các trung tâm phẫu thuật ung thư học ở Việt Nam có đủ điều kiện kỹ thuật. Phân biệt tụ dịch bạch huyết cận lâm sàng và có triệu chứng trong báo cáo biến chứng là cần thiết để đánh giá chính xác gánh nặng biến chứng thực sự của kỹ thuật. Cần nghiên cứu tiến cứu đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ kết quả ung thư học dài hạn của VEIL.

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Zhu W, Chen W, Zou D et al. Global pattern and trends in penile cancer incidence: population-based study. *JMIR Public Health Surveill*, 2022, 8 (7): e34874. doi: 10.2196/34874.
- [2] Brouwer O.R, Tagawa S.T, Albersen M et al. EAU-ASCO guidelines on penile cancer. *European Association of Urology*, 2026. <https://uroweb.org/guidelines/penile-cancer>
- [3] Eskenazi F, Medina L.G, Soto Suarez R et al. Optimizing inguinal lymph node dissection for penile cancer: a pathway to improve outcomes and complications - a narrative review. *Complications*, 2025, 2 (3). doi: 10.3390/complications2030020
- [4] Brouwer O.R, Clavell-Hernandez J, Huo J et al. Systematic review and individual patient data meta-analysis of studies comparing conventional and videoendoscopic inguinal lymph node dissection in penile cancer. *Eur Urol Oncol*, 2023, 6 (2): 168-177. doi: 10.1111/bju.16661
- [5] Suartz C.V et al. Comparing open and video endoscopic lymphadenectomy for penile cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BJU International*, 2025, 135 (4): 567-576. doi: 10.1111/bju.16661
- [6] Aydin A.M, Biben E, Yu A, Chakiryan N.H, Mehrazin R, Spiess P.E. Minimally invasive management of inguinal lymph nodes in penile cancer: recent progress and remaining challenges. *Cancers (Basel)*, 2024, 16 (17): 2935. doi: 10.3390/cancers16172935.
- [7] Lohia N, Nazeer T, Chava S et al. Long-term oncological and surgical outcomes after video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) in patients with penile cancer. *Int Braz J Urol*, 2023, 49 (5): 580-589. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2023.0065.
- [8] Brassetti A, Anceschi U, Cozzi G et al. Combined reporting of surgical quality and cancer control after surgical treatment for penile tumors with inguinal lymph node dissection: the tetrafecta achievement. *Curr Oncol*, 2023, 30 (2): 1882-1892. doi: 10.3390/curroncol30020146.