

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH BỆN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DƯƠNG VẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hữu Thảo^{1,2,✉}, Nguyễn Tiến Dũng^{2,3}, Lại Hoàng Lâm¹

Nguyễn Quang^{2,3}, Vũ Hồng Tuấn^{1,2}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Nghiên cứu thực hiện trên 65 bệnh nhân ung thư dương vật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2017 đến 2025 nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi nạo hạch ben. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,3 \pm 11,5$ (tuổi) với đa số ở giai đoạn pT1 (58,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $155,7 \pm 55,0$ (phút). Kỹ thuật nội soi nạo hạch ben đảm bảo tính triệt để ung thư học với số hạch nạo được trung bình là 8,4 hạch bên phải và 8,0 hạch bên trái, duy trì số lượng hạch nạo vét ở mức tương đương với các báo cáo phẫu thuật mở trong y văn. Ưu điểm của phẫu thuật này là giảm thiểu biến chứng vật da với tỉ lệ nhiễm trùng và hoại tử da là 0%, trong khi tỉ lệ tụ dịch là 10,8%. Kết quả theo dõi xa cho thấy tỉ lệ sống còn đặc hiệu do ung thư đạt 95,3% và sống còn toàn bộ đạt 93,9%. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi nạo hạch ben là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, giúp giảm thiểu biến chứng trong khi vẫn đảm bảo kết quả ung thư học.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi nạo hạch ben, ung thư dương vật, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật là một bệnh lý ác tính hiếm gặp tại các nước Bắc Mỹ và Châu Âu, chiếm chưa đến 1% các bệnh ung thư ở nam giới, tuy nhiên tỉ lệ này cao hơn đáng kể tại các nước đang phát triển ở Châu Á, Châu Phi và Nam Mỹ. Tiên lượng sống còn của bệnh nhân ung thư dương vật phụ thuộc rất lớn vào tình trạng di căn hạch vùng; tỉ lệ sống sau 5 năm có thể đạt trên 85% nếu không có di căn hạch, nhưng giảm xuống đáng kể khi có sự xâm lấn hạch ben. Do đó, việc chẩn đoán chính xác và xử lý triệt để hạch ben đóng vai trò then chốt trong chiến lược điều trị, giúp cải thiện tỉ lệ sống

còn cho người bệnh.¹

Phẫu thuật nạo vét hạch ben (Inguinal Lymphadenectomy - ILND) hiện vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị các trường hợp có nguy cơ cao hoặc đã xác định di căn hạch.² Mặc dù mang lại lợi ích ung thư học rõ rệt, phẫu thuật mở nạo hạch ben kinh điển lại đi kèm với tỉ lệ biến chứng sau mổ rất cao, dao động từ 20% đến hơn 50%, bao gồm hoại tử vật da, nhiễm trùng vết mổ, tụ dịch bạch huyết và phù chân voi mạn tính.² Những biến chứng này không chỉ kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, khiến phẫu thuật viên và bệnh nhân ngần ngại thực hiện phẫu thuật, dẫn đến nguy cơ bỏ sót tổn thương di căn vi thể.³

Để khắc phục những hạn chế của mổ mở, các phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hữu Thảo

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: dr.huuthao@gmail.com

Ngày nhận: 03/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

đã được phát triển. Năm 2003, Bishoff lần đầu tiên mô tả kỹ thuật nạo hạch ben nội soi trên xác, và sau đó Tobias-Machado đã chuẩn hóa kỹ thuật này trên lâm sàng vào năm 2006 với tên gọi phẫu thuật nội soi nạo hạch ben (Video Endoscopic Inguinal Lymphadenectomy - VEIL).² Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi nạo hạch ben là một kỹ thuật an toàn và khả thi, giúp giảm đáng kể các biến chứng liên quan đến da và vết mổ, rút ngắn thời gian nằm viện mà vẫn đảm bảo số lượng hạch lấy được tương đương với phẫu thuật mổ.²⁻⁴

Mặc dù phẫu thuật nội soi nạo hạch ben trong điều trị ung thư dương vật đã được triển khai tại một số bệnh viện lớn, tuy nhiên, các báo cáo có cỡ mẫu đủ lớn và theo dõi dài hạn tại Việt Nam còn hạn chế. Việc tổng kết dữ liệu tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức- bệnh viện ngoại khoa hàng đầu - là cần thiết để đánh giá hiệu quả và tính khả thi của phương pháp này trong thực tiễn.

Xuất phát từ thực tiễn lâm sàng và xu hướng phát triển của phẫu thuật ít xâm lấn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả theo dõi xa của phẫu thuật nội soi nạo hạch ben trong điều trị ung thư dương vật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 65 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư dương vật và được phẫu thuật nội soi nạo hạch ben tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 01/2017 đến tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư dương vật bằng kết quả giải phẫu bệnh, có chỉ định và thực hiện phẫu thuật nội

soi nạo hạch ben; có hồ sơ bệnh án được ghi chép đầy đủ thông tin (với nhóm hồi cứu) hoặc đồng ý tham gia nghiên cứu, tuân thủ quy trình theo dõi và tái khám (với nhóm tiền cứu).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân ung thư dương vật giai đoạn sớm chỉ cần phẫu thuật cắt bỏ u, không có chỉ định nạo vét hạch ben.

- Bệnh nhân giai đoạn muộn, hạch ben to, cố định, mất tính di động, không còn khả năng thực hiện phẫu thuật nội soi hoặc không còn chỉ định can thiệp ngoại khoa.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, có theo dõi dọc.

Chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn **đối tượng** nghiên cứu. Trong 65 bệnh nhân có 51 ca hồi cứu và 14 ca tiền cứu.

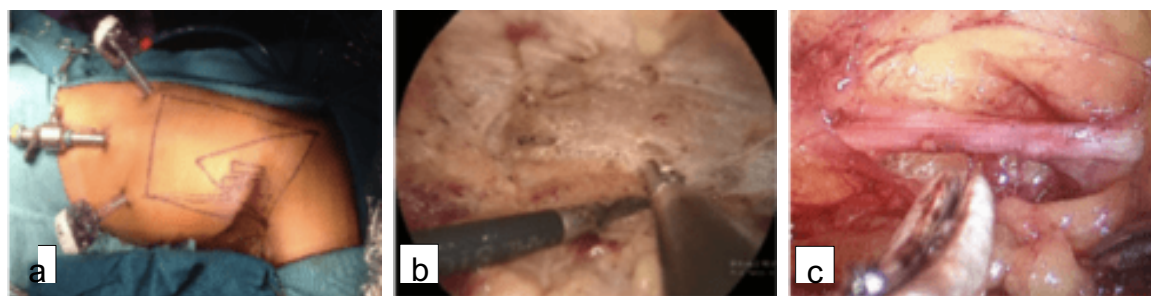
Quy trình phẫu thuật nội soi nạo hạch ben (VEIL)

Đây là kỹ thuật chuyên sâu được áp dụng tại bệnh viện, dựa trên quy trình chuẩn hóa của Tobias-Machado và các cộng sự, thực hiện sau khi bệnh nhân đã được phẫu thuật xử lý khối u nguyên phát (cắt đoạn hoặc cắt cụt dương vật). Quy trình bao gồm các bước chính:

Tư thế và vô cảm: Gây mê nội khí quản, nằm ngửa, hai chân dạng 15 độ.

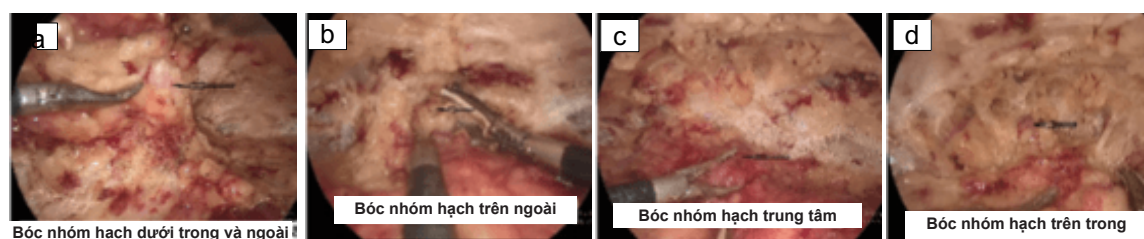
Vị trí trocar: Sử dụng 3 trocar. Trocart camera đặt dưới trung điểm đường dưới tứ giác 5 cm; hai trocar thao tác (10 mm và 5 mm) đặt tại các đỉnh của tam giác phẫu thuật tương ứng để tạo thành góc thao tác thuận lợi.

Kỹ thuật nạo vét: Phẫu thuật viên tiến hành tạo khoang mặt trước trong đùi đến đỉnh là gai chậu trước trên, thờng tĩnh; xác định và bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn (nếu có thể).



Hình 1. a- Vị trí đặt các trocar; b- Tiến hành tạo khoang; c- Xác định tĩnh mạch hiển lớn

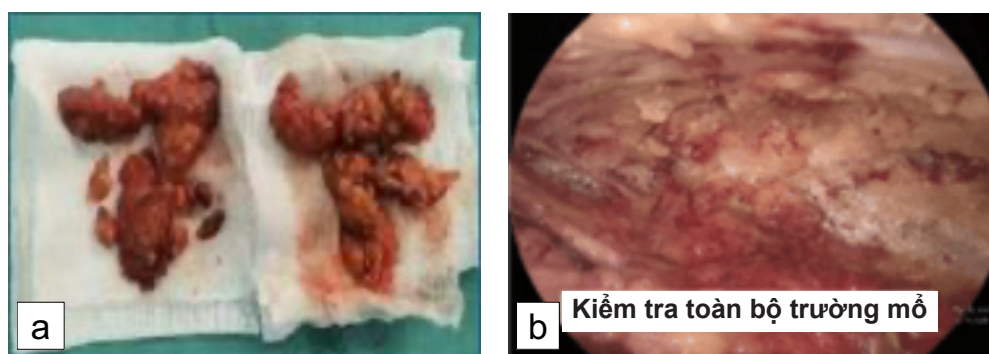
Tiến hành phẫu tích và lấy bỏ hệ thống hạch theo các nhóm: hạch nông (dưới ngoài, dưới trong, trên ngoài, trên trong) và nhóm hạch sâu trung tâm.



Hình 2. Phẫu tích và lấy bỏ hệ thống hạch theo các nhóm

Bệnh phẩm hạch được lấy ra qua túi nội soi để làm giải phẫu bệnh.

Kết thúc: Kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu áp lực âm và băng ép vùng bẹn.



Hình 3. a- Bệnh phẩm hạch đã được lấy ra ngoài; b- Kiểm tra toàn bộ trường mổ

Các chỉ số, biến số chính trong nghiên cứu

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Tuổi, phân loại T của khối u, tình trạng hạch bẹn trên lâm sàng (cN).

Kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, số lượng hạch nạo được, số lượng hạch di căn, tình trạng bảo tồn tĩnh mạch hiển, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian rút dẫn lưu

và thời gian nằm viện.

Các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ (trong vòng 90 ngày) được ghi nhận và phân loại theo hệ thống Clavien-Dindo. Các biến chứng tại chỗ được quan tâm đặc biệt bao gồm tụ dịch bạch huyết, rò bạch huyết, nhiễm trùng vết mổ và hoại tử vạt da.

Tiêu chuẩn rút dẫn lưu: Ống dẫn lưu được

rút khi lượng dịch dẫn lưu ghi nhận dưới 50 ml trong 24 giờ.

Kết quả xa: Tỷ lệ tái phát, tình trạng sống còn (thời gian sống còn toàn bộ- OS, thời gian sống còn đặc hiệu do ung thư- CSS).

Thời gian theo dõi được tính từ ngày thực hiện phẫu thuật đến khi người bệnh tử vong hoặc thời điểm kết thúc theo dõi.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi giá trị $p < 0,05$ với khoảng tin cậy 95%.

Các biến liên tục (như tuổi, thời gian phẫu thuật, số lượng hạch nạo được, thời gian nằm viện, thời gian rút dẫn lưu) được trình bày dưới dạng: Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn (Giá trị nhỏ nhất – Giá trị lớn nhất). Các biến phân loại (như nhóm tuổi, bệnh đồng mắc, pT, đặc điểm cấu trúc hạch bẹn, tình trạng bảo tồn tĩnh mạch hiển, biến chứng sau mổ) được trình bày dưới

dạng: Tần số (n) và tỉ lệ phần trăm (%).

Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm đặc hiệu do ung thư (CSS) được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier. Sự khác biệt về đường cong sống sót giữa các nhóm pN được đánh giá thông qua kiểm định Log-rank.

3. Đạo đức nghiên cứu

Các bệnh nhân được giải thích chi tiết về nghiên cứu và viết giấy đồng ý tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học- Trường Đại học Y Hà Nội. (Giấy chứng nhận Chấp thuận đề cương nghiên cứu số 1393/GCN-HMUIRB, ngày 3 tháng 5 năm 2024).

III. KẾT QUẢ

1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

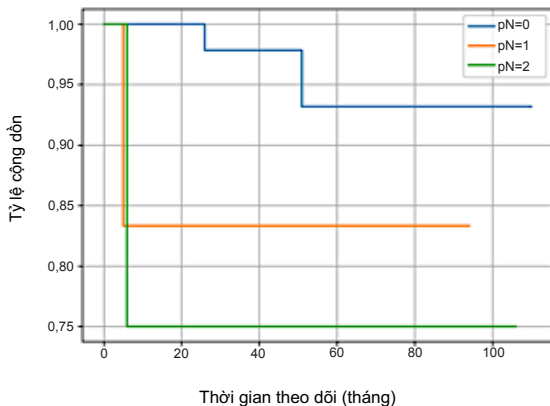
Đặc điểm		Phân nhóm	n (%)
Tuổi			52,3 $\pm$ 11,5
		≤ 40	13 (20)
		> 40	52 (80)
Bệnh đồng mắc		Tăng huyết áp	4 (6,2)
		Đái tháo đường	2 (3,1)
		Viêm gan B	8 (12,3)
pT (khối u)		T1	38 (58,5)
		T2	23 (35,4)
		T3	4 (6,2)
Siêu âm hạch bẹn			
Kích thước hạch bẹn (mm)			13,5 $\pm$ 5,4
Cấu trúc hạch bẹn		Bình thường	53 (81,5)
		Bất thường	12 (18,5)

2. Kết quả phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn trong điều trị ung thư dương vật**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn trong điều trị ung thư dương vật**

Chỉ số		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)		155,7 ± 55,0 (90 - 360)
Tình trạng bảo tồn tĩnh mạch hiển	Không	26 (40)
	1 bên	1 (1,5)
	2 bên	38 (58,5)
Số hạch lấy được trung bình	Bên phải	8,4 ± 3,2 (2 - 17)
	Bên trái	8,0 ± 3,4 (1 - 17)
Số hạch di căn trung bình	Bên phải	0,15 ± 0,44 (0 - 2)
	Bên trái	0,12 ± 0,41 (0 - 2)
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)		17,2 ± 9,3 (4 - 49)
Thời gian nằm viện (ngày)		18,7 ± 9,2 (6 - 51)
Biến chứng sau mổ	Tụ dịch	7 (10,8)
	Chảy máu	2 (3,1)
	Nhiễm trùng	0 (0)
	Hoại tử vật da	0 (0)

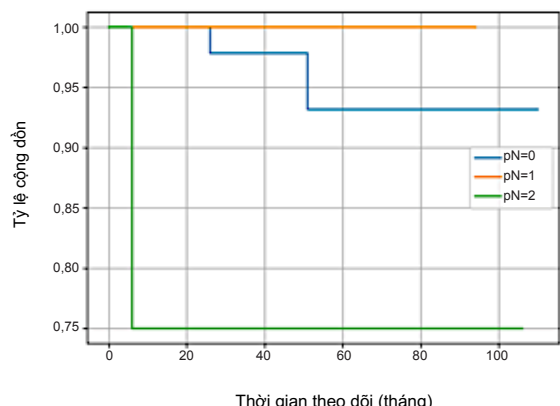
3. Kết quả theo dõi xa**Bảng 3. Kết quả theo dõi xa**

Phân loại pN	n	Chết (n)	Tỉ lệ sống còn toàn bộ (%)	Chết do ung thư (n)	Tỉ lệ sống còn đặc hiệu do ung thư (%)
0	55	2	93,2	2	93,2
1	6	1	83,3	0	100
2	4	1	75	1	75
Tổng	65	4	93,9	3	95,3



	0	20	40	60	80	100
pN0	55	49	29	18	7	4
pN1	6	5	3	2	1	0
pN2	4	2	1	1	1	1

(A) Tỷ lệ sống thêm toàn bộ (OS)



	0	20	40	60	80	100
pN0	55	49	29	18	7	4
pN1	6	5	3	2	1	0
pN2	4	2	1	1	1	1

(B) Tỷ lệ sống thêm đặc hiệu do ung thư (CSS)

Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan- Meier về tỉ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm đặc hiệu do ung thư theo tình trạng di căn hạch (pN)

IV. BÀN LUẬN

Việc đánh giá di căn hạch bên đóng vai trò quyết định đến tiên lượng sống còn của bệnh nhân ung thư dương vật.^{5,6} Tại Việt Nam, các phương tiện sàng lọc ít/không xâm lấn như sinh thiết hạch lymphatic hay PET/CT chưa được áp dụng rộng rãi hoặc có tỉ lệ âm tính giả cao, vì vậy, phẫu thuật hạch bên vẫn là tiêu chuẩn vàng để xác định giai đoạn và điều trị.⁵ Nghiên cứu của chúng tôi trên 65 bệnh nhân ung thư dương vật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức cho thấy sự thành công của kỹ thuật phẫu thuật nội soi nạo hạch bên trong việc cân bằng giữa tính triệt để ung thư học và giảm thiểu biến chứng.

Kết quả phẫu thuật và tính khả thi

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là $155,7 \pm 55,0$ phút (90 - 360 phút). Con số này dài hơn so với báo cáo của Tobias-Machado (trung bình 90 phút) và Falcone (trung vị 93 phút).^{4,5} Tuy nhiên, không có trường hợp nào trong nghiên cứu của chúng tôi phải chuyển mổ mở, ủng hộ tính khả thi và an toàn của kỹ thuật nội soi nạo hạch bên tương đương với các báo cáo quốc tế.⁵

Biến chứng phẫu thuật

Ưu điểm lớn nhất của phẫu thuật nội soi nạo hạch trong điều trị ung thư dương vật là giảm thiểu biến chứng vật da – gánh nặng lớn nhất của mổ mở kinh điển (có tỉ lệ từ 30-60%).^{3,5} Kết quả của chúng tôi ghi nhận 0% nhiễm trùng vết mổ và không có trường hợp hoại tử vật da. Tỉ lệ tụ dịch bạch huyết là 10,8%, khá tương đồng với kết quả của Tobias-Machado (8,6%).⁵

Bên cạnh đó, tình trạng bảo tồn tĩnh mạch hiển lớn trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tỉ lệ cao (58,5% bảo tồn cả hai bên). Theo Ma và cộng sự (2022), việc bảo tồn tĩnh mạch hiển và các nhánh nông giúp giảm đáng kể tỉ lệ phù chi dưới sau mổ.² Thời gian rút dẫn lưu trung bình của chúng tôi là 17,2 ngày, dài hơn so với mức 7 - 15 ngày trong các nghiên cứu khác.⁴ Điều này có thể do quan điểm chăm sóc hậu phẫu thận trọng trong giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật nhằm kiểm soát nguy cơ tụ dịch bạch huyết.

Tính triệt để về ung thư học

Số lượng hạch nạo được là chỉ số quan trọng

nhất đánh giá chất lượng phẫu thuật.^{6,7} Chúng tôi lấy được trung bình 8,4 hạch bên phải và 8,0 hạch bên trái. Tại Việt Nam, kết quả này của chúng tôi có sự tương đồng với báo cáo của Trần Đoàn Thiên Quốc và cộng sự (2024), ghi nhận số hạch lấy được trung bình là 8,3 hạch.⁹ So sánh với các nghiên cứu trên thế giới, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các báo cáo của Tobias-Machado (trung bình 10 hạch/bên) và Falcone (trung vị 8 hạch/bên).^{4,5} Kết quả này gợi ý diện nạo vét tương đồng với mổ mở, đảm bảo lấy bỏ toàn bộ hệ thống hạch nông và hạch sâu trong tam giác Scarpa.^{5,7}

Kết quả sống thêm và tiên lượng

Thời gian theo dõi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,0 (tháng). Tỷ lệ sống còn đặc hiệu do ung thư (CSS) trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 95,3% và sống còn toàn bộ (OS) đạt 93,9%. Tỷ lệ này cao hơn đáng kể so với mức OS 10 năm của Tobias-Machado (74,2%).⁵ Sự khác biệt này phần lớn do nhóm đối tượng của chúng tôi có giai đoạn bệnh sớm hơn (58,5% pT1), trong khi nghiên cứu của Tobias-Machado có tới 96,2% bệnh nhân ở giai đoạn pT2-pT3.⁵

Tuy nhiên, chúng tôi cũng ghi nhận sự sụt giảm tiên lượng rõ rệt khi có di căn hạch: nhóm pN0 có CSS 93,2% nhưng giảm xuống 75% ở nhóm pN2. Kết quả này ủng hộ nhận định của y văn rằng tình trạng hạch vùng là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đối với ung thư dương vật.^{5,6}

Hạn chế nghiên cứu

Cũng giống như các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn trong điều trị ung thư dương vật khác, hạn chế của nghiên cứu này là thiết kế mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu và thực hiện tại một trung tâm đơn lẻ.^{5,8} Mặc dù cỡ mẫu 65 bệnh nhân là tương đối lớn đối với một bệnh hiếm này, chúng tôi vẫn cần thêm thời gian theo

dõi dài hơn để đánh giá chính xác tỉ lệ tái phát vùng muộn và chất lượng cuộc sống lâu dài của bệnh nhân.^{4,5}

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn trong điều trị ung thư dương vật là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, giúp giảm thiểu biến chứng da trong khi vẫn duy trì được số lượng hạch lấy được ở mức tương đương với các báo cáo về phẫu thuật mở tiêu chuẩn trong y văn.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục theo dõi dài hạn và thực hiện các nghiên cứu đa trung tâm có đối chứng để đánh giá chất lượng cuộc sống và tình trạng phù chi dưới mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Penile Cancer. Version 1.2026. National Comprehensive Cancer Network; 2026. <https://www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?id=1456>.
2. Ma Y, Hao J, Yin H, et al. A laparoscopic radical inguinal lymphadenectomy approach partly preserving great saphenous vein branches can benefit for patients with penile carcinoma. *BMC Surg.* 2022;22(1):138. doi:10.1186/s12893-022-01582-3
3. Correa AF. Technical management of inguinal lymph-nodes in penile cancer: open versus minimal invasive. *Transl Androl Urol.* 2021;10(5):2264-2271. doi:10.21037/tau.2020.04.02
4. Falcone M, Gül M, Peretti F, et al. Inguinal Lymphadenectomy for Penile Cancer: An Interim Report from a Trial Comparing Open Versus Videoendoscopic Surgery Using a Within-patient Design. *Eur Urol Open Sci.* 2024;63:31-37. doi:10.1016/j.euros.2024.02.007
5. Tobias-Machado M, Ornellas AA, Hidaka

AK, 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

6. European Association of Urology. EAU-ASCO Guidelines on Penile Cancer. European Association of Urology; 2025. <https://uroweb.org/guidelines/penile-cancer>.

7. Sharma P, Zargar H, Spiess PE. Surgical Advances in Inguinal Lymph Node Dissection: Optimizing Treatment Outcomes. *Urol Clin North Am.* 2016;43(4):457-468. doi:10.1016/j.ucl.2016.06.007

8. Alqudrah F, Passarelli R, Sykes J, Islam R, Chua K, Ghodoussipour S. Video-endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) oncological and surgical benefits compared to open inguinal lymph node dissection (ILND). *J Mens Health.* 2024;20(7):20-25. doi:10.22514/jomh.2024.106

9. Trần Đoàn Thiên Quốc, Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Công Minh, Mai Bá Tiến Dũng. Đánh giá kết quả nạo hạch bẹn nội soi trong ung thư dương vật ở 14 trường hợp đầu tiên tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2024; 65 (CĐ 4- Hội Y học giới tính Việt Nam). doi: 10.52163/yhc.v65iCD4.1183

Summary

OUTCOMES OF VIDEO ENDOSCOPIC INGUINAL LYMPHADENECTOMY (VEIL) FOR PENILE CANCER TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

This study was conducted on 65 patients with penile cancer at Viet Duc University Hospital from 2017 to 2025 to evaluate the outcomes of video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL). The mean age was 52.3 ± 11.5 (years old) with the majority at stage pT1 (58.5%). The mean operative time was 155.7 ± 55.0 (minutes). VEIL ensured oncological radicality, with a mean lymph node yield of 8.4 nodes on the right and 8.0 nodes on the left, which is comparable to open surgery reports in the literature. The advantage of this procedure is the minimization of skin flap complications, with infection and skin necrosis rates of 0%, while the incidence of seroma formation was 10.8%. Long-term follow-up revealed a cancer-specific survival rate of 95.3% and an overall survival rate of 93.9%. The study shows that VEIL is a safe and effective technique that minimizes complications while optimizing oncological outcomes.

Keywords: Penile cancer, video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL), Viet Duc University Hospital.