

Laparoceli – Luglio 2025 (Analisi scientifica avanzata – senza PICO)

Articoli indicizzati su PubMed nel mese di luglio 2025 riguardanti la chirurgia dei laparoceli. Traduzioni e sintesi in italiano. Ogni scheda include domanda di ricerca, ipotesi, disegno & metodi, risultati, volevano dimostrare → hanno dimostrato, rischio di bias, generalizzabilità, aspetti economici/QoL/recidive e limiti.

1. eTEP robotico vs TARM/TARUP (review sistematica e meta-analisi)

Autori: Brucchi F. et al.

Rivista/Anno: Journal of Abdominal Wall Surgery (PMC), 2025

Identificativo: PMCID: PMC12270933

Link: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12270933/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: L'approccio eTEP robotico riduce complicanze e degenza rispetto a TARM/TARUP?

- Ipotesi: eTEP robotico superiore su complicanze minori e lunghezza degenza; recidive simili.

Disegno & metodi:

- - PRISMA; 3 studi, 308 pazienti.
- - Pooling degli esiti; follow-up prevalentemente <12 mesi.

Risultati principali (traduzione):

- - Complicanze generali/minori inferiori con eTEP.
- - Degenza più breve (~2,6 giorni).
- - Meno sieromi.
- - Tempo operatorio inferiore (~26 minuti).
- - Recidiva e infezioni: nessuna differenza significativa.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Superiore efficacia perioperatoria di eTEP robotico.
- Hanno dimostrato: Vantaggio precoce confermato; incertezza su recidiva a lungo termine per follow-up breve.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Selezione dei casi; possibili differenze tecniche.
- - Reporting bias; piccolo numero di studi.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Applicabile a centri con piattaforme robotiche e curva avanzata.
- - Trasferibilità limitata in setting low-resource.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - QoL non sistematica.
- - Nessuna analisi economica formale.
- - Recidiva breve termine simile.

Limiti aperti:

- - Necessari RCT con follow-up ≥ 24 mesi.
- - Eterogeneità metodologica.

2. Riparazione laparoscopica vs open per ernia incisionale (meta-analisi RCT)

Autori: Vecchio R. et al.

Rivista/Anno: J Coll Physicians Surg Pak, 2025 (luglio)

Identificativo: PMID: 40605214

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40605214/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: La laparoscopia riduce complicanze rispetto all'open senza aumentare recidive?

- Ipotesi: La laparoscopia diminuisce le infezioni di ferita mantenendo recidive equivalenti.

Disegno & metodi:

- - Selezione RCT 2006–2022; analisi effetti fissi/misti.
- - Stime RR/MD; comparazione esiti periop e a medio termine.

Risultati principali (traduzione):

- - Complicanze intraop più alte in laparoscopia.
- - Rischio $\sim 4,5\times$ di SSI in open.
- - Recidiva e sieroma: nessuna differenza significativa.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Superiorità/non inferiorità della laparoscopia su SSI.
- Hanno dimostrato: Vantaggio su SSI confermato; trade-off su complicanze intraop; recidiva sostanzialmente equivalente.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Variabilità qualità RCT e tecniche/protesi.
- - Eterogeneità residua.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Applicabile dove c'è esperienza MIS.
- - Curva di apprendimento cruciale.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - QoL non valutata sistematicamente.
- - Costi non analizzati; LOS talora minore in MIS.
- - Recidive comparabili a medio termine.

Limiti aperti:

- - Necessità di RCT aggiornati con tecnologie attuali.
- - Endpoint QoL/economici carenti.

3. IPOM(+) vs eTEP: confronto tra approcci mininvasivi

Autori: Chuah Y.H.D. et al.

Rivista/Anno: Hernia, 2025

Identificativo: PMID: 40227366

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40227366/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: IPOM(+) ed eTEP sono equivalenti per complicanze/recidive?
- Ipotesi: eTEP riduce dolore precoce e degenza senza peggiorare recidive.

Disegno & metodi:

- - Revisione sistematica; studi comparativi; analisi di sensibilità.

Risultati principali (traduzione):

- - Dolore a 7 giorni inferiore e LOS più breve con eTEP.
- - Complicanze/recidive: nessuna differenza significativa.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Vantaggio clinico precoce di eTEP su IPOM(+).
- Hanno dimostrato: Beneficio precoce confermato; nessuna superiorità su recidive/complicanze nel breve termine.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Heterogeneità su tipo di mesh/fissaggio.
- - Follow-up spesso corto.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Applicabile a team con competenza eTEP.
- - Richiede strutture MIS avanzate.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Analisi economiche assenti.
- - QoL non sistematica.
- - Recidive a lungo termine non definite.

Limiti aperti:

- - Prevalgono studi non randomizzati; possibile confondimento.

4. Sublay con o senza fissaggio della mesh (RCT)

Autori: Varanauskas G. et al.

Rivista/Anno: BMC Surgery, 2025

Identificativo: PMID: 40257601

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40257601/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: Il fissaggio della mesh migliora gli esiti rispetto al posizionamento senza fissaggio?
- Ipotesi: Il fissaggio potrebbe ridurre recidive/sieromi al costo di più dolore.

Disegno & metodi:

- - Randomizzazione 1:1; follow-up 6 mesi.
- - Endpoint: dolore POD10, sieroma, tempo operatorio.

Risultati principali (traduzione):

- - Gruppo no-fix: tempi più brevi, meno dolore al POD10, meno sieromi.
- - Recidive: nessuna in entrambi a 6 mesi.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: La necessità del fissaggio standard.
- Hanno dimostrato: No-fix non peggiora gli esiti e migliora dolore/tempi nel breve termine; recidiva a lungo termine non valutabile.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Campione ridotto; potenza limitata; follow-up breve.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Applicabile in sublay selezionati con tecnica rigorosa.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Nessuna analisi costi/QoL; impatto economico potenzialmente favorevole per tempi minori.

Limiti aperti:

- - Necessari RCT più ampi e follow-up ≥ 24 mesi.

5. Larghezza ottimale della mesh in riparazione open retromuscolare

Autori: Marckmann M. et al.

Rivista/Anno: Hernia, 2025 (luglio)

Identificativo: PMID: 40728668

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40728668/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: Quale larghezza di mesh si associa a minori recidive?
- Ipotesi: Una mesh di 10–15 cm riduce la recidiva rispetto a larghezze diverse.

Disegno & metodi:

- - Coorte ~1500 pazienti; modelli di rischio proporzionale; aggiustamento confondenti.

Risultati principali (traduzione):

- - Mesh 10–15 cm associata a HR recidiva ~0,38 vs altre larghezze.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Definire una regola pratica sulla dimensione ottimale.
- Hanno dimostrato: Associazione favorevole per 10–15 cm; non causalità (retrospettivo).

Rischio di bias / Validità interna:

- - Confondimento residuo; misclassificazione possibile.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Indicazione utile per planning open; da confermare in RCT.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Riduzione re-interventi → potenziale beneficio economico; QoL non riportata.

Limiti aperti:

- - Mancano dati prospettici randomizzati.

6. Ricostruzione di parete dopo rimozione di mesh infetta

Autori: Remulla D. et al.

Rivista/Anno: Hernia, 2025 (9 luglio)

Identificativo: PMID: 40632316

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40632316/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: È fattibile e sicura la ricostruzione complessa dopo explant di mesh infetta?
- Ipotesi: Ricostruzione retromuscolare con nuovo impianto fattibile con esiti accettabili.

Disegno & metodi:

- - Coorte comparativa con propensity score.
- - Endpoint: complicanze, recidiva.

Risultati principali (traduzione):

- - Fattibilità documentata; tassi di complicanze/recidiva riportati come accettabili (dettagli nel paper).

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Definire un percorso sicuro post-infezione protesica.
- Hanno dimostrato: Percorso possibile ma selettivo; dipende da expertise e selezione dei pazienti.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Selezione; variabilità tecnica; fase di apprendimento.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Applicabile in centri ad alto volume.
- - Trasferibilità limitata.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Costi potenzialmente elevati; QoL poco esplorata.
- - Recidiva influenzata da perdita tissutale/contaminazione.

Limiti aperti:

- - Assenza RCT; follow-up da estendere.

7. Laparocoele dopo riparazione aortica/iliaca: incidenza e fattori di rischio

Autori: Burić N. et al.

Rivista/Anno: —, 2025 (luglio)

Identificativo: PMID: 40639711

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40639711/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: Qual è l'incidenza di laparocoele e i fattori predittivi dopo chirurgia vascolare open?
- Ipotesi: Esistono variabili cliniche e tecniche associate a rischio aumentato.

Disegno & metodi:

- - Analisi monocentrica; regressione multivariabile.

Risultati principali (traduzione):

- - Identificati predittori clinici/procedurali di laparocele.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Costruire una base predittiva per prevenzione/consenso.
- Hanno dimostrato: Associazioni esplorative utili per ipotesi; non causalità.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Monocentrico; campione limitato; dati retrospettivi.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Generalizzabilità limitata; necessarie conferme multicentriche.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - QoL non misurata; costi non analizzati.

Limiti aperti:

- - Follow-up lungo e validazioni esterne richiesti.

8. Misura del difetto: concordanza clinica/TC vs intraoperatoria

Autori: Ayuso S.A. et al.

Rivista/Anno: Hernia (prob.), 2025 (luglio)

Identificativo: PMID: 40691335

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40691335/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: La misura preoperatoria del difetto concorda con la misura intraoperatoria?
- Ipotesi: Le misure preoperatorie possono divergere da quelle intraoperatorie.

Disegno & metodi:

- - Database prospettico; confronto paired; analisi di concordanza.

Risultati principali (traduzione):

- - Concordanza imperfetta; implicazioni su sizing mesh e codifiche.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Validare accuratezza della pianificazione preoperatoria.
- Hanno dimostrato: Variabilità significativa richiede protocolli standardizzati.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Misura operatore-dipendente; strumenti diversi.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Rilevante per tutti i setting; standardizzazione utile.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Impatto economico indiretto (consumo protesi); QoL non misurata.

Limiti aperti:

- - Singolo centro; campione/durata limitati.

9. Ernia incisionale incarcerata: laparoscopia vs open (prospettico)

Autori: Özdemir K. et al.

Rivista/Anno: —, 2025

Identificativo: PMID: 40072615

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40072615/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: La laparoscopia in urgenza migliora gli esiti rispetto all'open?
- Ipotesi: MIS riduce dolore e degenza senza aumentare recidiva.

Disegno & metodi:

- - Arruolamento prospettico; 15 MIS vs 30 open; confronto non randomizzato.

Risultati principali (traduzione):

- - MIS: meno dolore e perdite; LOS più breve; recidiva simile nel breve termine.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Supportare l'uso di MIS in urgenza.

- Hanno dimostrato: Benefici perioperatori senza segnali di peggior recidiva (osservazionale).

Rischio di bias / Validità interna:

- - No randomizzazione; campione ridotto; selection bias.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Applicabile in centri con disponibilità/esperienza MIS h24.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Costi potenzialmente inferiori (LOS ridotta); QoL non riportata.

Limiti aperti:

- - Necessari RCT pragmatici e follow-up ≥ 24 mesi.

10. Fattori di rischio per ernia incisionale dopo chirurgia mininvasiva

Autori: Voth C. et al.

Rivista/Anno: —, 2025

Identificativo: PMID: 40266401

Link: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40266401/>

Domanda di ricerca & Ipotesi:

- Domanda: Quali fattori aumentano il rischio di ernia incisionale dopo MIS?
- Ipotesi: Età, obesità, diabete, ASA e SSI aumentano il rischio.

Disegno & metodi:

- - Meta-analisi di studi osservazionali.
- - Pooling dei rischi associati.

Risultati principali (traduzione):

- - Aumento del rischio con età avanzata, BMI>30, diabete, ASA>2, infezione del sito chirurgico.

Cosa volevano dimostrare → Cosa hanno dimostrato davvero:

- Volevano dimostrare: Costruire un profilo di rischio post-MIS.

- Hanno dimostrato: Associazioni coerenti; utili per stratificazione del rischio, non causalità.

Rischio di bias / Validità interna:

- - Eterogeneità clinica/procedurale; publication bias possibile.

Generalizzabilità (validità esterna):

- - Trasferibilità parziale ad altre procedure oltre la colecistectomia.

Aspetti economici, qualità di vita e recidive:

- - Implicazioni economiche/QoL indirette (complicanze e reinterventi).

Limiti aperti:

- - Necessarie coorti prospettiche dedicate alla parete addominale.