

Laparoceli (ernia incisionale) — Agosto 2025

Versione: Analisi avanzata (senza PICO). *Lingua: Italiano (terminologia normalizzata).*

Glossario sigle (prima occorrenza esplicitata nel testo)

IH = Incisional Hernia (ernia incisionale)

VHR = Ventral Hernia Repair (riparazione di ernia ventrale)

AWR = Abdominal Wall Reconstruction (ricostruzione della parete addominale)

TAR = Transversus Abdominis Release (rilascio del muscolo trasverso)

IPOM = Intraperitoneal Onlay Mesh (posizionamento intraperitoneale della mesh)

IPOM+ = IPOM con chiusura del difetto fasciale

TAPP = TransAbdominal PrePeritoneal (approccio laparoscopico)

TEP = Totally ExtraPeritoneal (approccio laparoscopico)

ACHQC = Abdominal Core Health Quality Collaborative (registro USA)

Herniamed = Registro europeo di chirurgia di parete addominale

LOS = Length of Stay (durata degenza)

SSI = Surgical Site Infection (infezione del sito chirurgico)

SSO = Surgical Site Occurrence (complicanza del sito chirurgico)

SSOPI = SSO requiring Procedural Intervention (SSO che richiede intervento)

QoL = Quality of Life (qualità di vita)

CPIP = Chronic Postoperative Inguinal Pain (dolore inguinale cronico post-operatorio)

WC = Waist Circumference (circonferenza vita)

MR = Mendelian Randomization (randomizzazione mendeliana)

PSM = Propensity Score Matching (abbinamento per punteggio di propensione)

OAAAR = Open Abdominal Aortic Aneurysm Repair (riparazione aneurisma aortico addominale open)

AKI = Acute Kidney Injury (danno renale acuto)

CKD = Chronic Kidney Disease (malattia renale cronica)

GWAS = Genome-Wide Association Study (studio di associazione su tutto il genoma)

HRQL = Health-Related Quality of Life (qualità di vita correlata alla salute)

1. Age as a non-contraindication for surgical intervention in patients with abdominal wall incisional hernia: an exploration and analysis

Autori: Huang H, et al.

Rivista: Langenbeck's Archives of Surgery (2025 Aug)

Tipo di pubblicazione: Studio osservazionale (analisi esplorativa)

PMID: 40794203

DOI: -

Link PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40794203/>

Domanda di ricerca

L'età avanzata rappresenta una controindicazione all'intervento per ernia incisionale?

Ipotesi

L'età, di per sé, non dovrebbe essere considerata una controindicazione assoluta alla riparazione chirurgica dell'ernia incisionale.

Disegno & metodi

Analisi osservazionale di coorte su pazienti adulti con ernia incisionale; confronto di esiti perioperatori e complicanze in sottogruppi per età, con aggiustamento per comorbidità.

Risultati (sintesi)

Esiti perioperatori e complicanze comparabili tra anziani e non-anziani dopo correzione per fattori confondenti; non emersi segnali di eccesso di mortalità o complicanze maggiori attribuibili all'età.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato

Volevano dimostrare che l'età non è una controindicazione → Hanno mostrato che l'età da sola non peggiora gli esiti, se appropriata selezione/risk-optimization.

Bias principali

Selezione dei candidati e confondimento residuo; potenziale bias di centro.

Generalizzabilità

Applicabile a centri con percorsi perioperatori strutturati e selezione accurata.

Aspetti economici / Qualità di vita / Recidive

Implicazioni: non ritardare interventi necessari solo per età; possibili benefici di QoL non misurati direttamente.

Limiti

Stato 'ahead of print'; dettagli numerici limitati nei dati pubblici; necessarie conferme prospettiche.

2. What is the relationship between hospital caseload and outcome in incisional hernia repair? A registry-based analysis of 55,584 patients

Autori: Köckerling F, et al.

Rivista: Langenbeck's Archives of Surgery (2025 Aug 13;410(1):244)

Tipo di pubblicazione: Analisi di registro (Herniamed)

PMID: 40796703

DOI: 10.1007/s00423-025-03836-z

Link PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40796703/>

Domanda di ricerca

Il volume ospedaliero (caseload) è associato a esiti migliori nella riparazione di ernie incisionale?

Ipotesi

Maggiore volume → migliori risultati clinici (complicanze/recidive).

Disegno & metodi

Analisi su 55.584 pazienti del registro Herniamed; modellistica multivariata per esiti a breve termine e recidiva.

Risultati (sintesi)

Tendenza a esiti migliori in strutture ad alto volume; riduzioni nelle complicanze e verosimilmente nelle recidive.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato

Volevano mostrare un 'volume-outcome effect' → Evidenza a favore del vantaggio dei centri ad alto volume.

Bias principali

Bias di selezione e di riferibilità; possibili differenze non misurate tra ospedali.

Generalizzabilità

Alta, in contesti con registri strutturati; trasferibilità da verificare per sistemi diversi.

Aspetti economici / Qualità di vita / Recidive

Centralizzazione potrebbe ridurre costi di complicanze e recidive; potenziali benefici di QoL nel lungo termine.

Limiti

Registro osservazionale; dati di confondimento residuo; follow-up variabile.

3. Drain versus no drain in elective open incisional hernia repair: a propensity score–matched analysis using the ACHQC database

Autori: Lima DL, et al.

Rivista: Hernia (2025 Aug 29;29(1):261)

Tipo di pubblicazione: Studio osservazionale con PSM (ACHQC)

PMID: 40879788

DOI: 10.1007/s10029-025-03439-z

Link PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40879788/>

Domanda di ricerca

Il drenaggio riduce le complicanze dopo riparazione aperta elettiva di ernia incisionale?

Ipotesi

Uso del drenaggio riduce sieroma/SSO senza aumentare complicanze.

Disegno & metodi

Propensity score matching su database ACHQC; confronto drenaggio vs no-drenaggio; esiti: sieroma, SSI/SSOPI, LOS, riammissioni.

Risultati (sintesi)

Drenaggio associato a ↓ sieroma ma ↑ degenza e riammissioni a 30 giorni; nessun aumento di SSI/SSOPI.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato

Volevano dimostrare beneficio globale del drenaggio → Hanno mostrato trade-off: meno sieromi ma degenza/riammissioni maggiori.

Bias principali

Indicazione al drenaggio non randomizzata; confondimento residuo.

Generalizzabilità

Buona per chirurgia aperta elettiva in contesti simili (USA/ACHQC).

Aspetti economici / Qualità di vita / Recidive

↑ costi indiretti per degenza/riammissioni; QoL a breve non riportata; impatto su recidive non valutato.

Limiti

Osservazionale; mancano dati di lungo termine e misure QoL.

4. Early outcomes of contaminated midline incisional hernia repair with mesh suture

Autori: Perez MM, et al.

Rivista: Hernia (2025 Aug 4;29(1):247)

Tipo di pubblicazione: Coorte retrospettiva (contaminato/clean-contaminated)

PMID: 40760387

DOI: 10.1007/s10029-025-03422-8

Link PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40760387/>

Domanda di ricerca

La chiusura con 'mesh suture' è sicura/efficace in campi contaminati?

Ipotesi

'Mesh suture' può offrire supporto meccanico accettabile con profilo di infezione gestibile.

Disegno & metodi

Revisione retrospettiva multi-operatore; esiti 90 giorni (SSI/SSO/riammissione/rioperazione); KM per recidiva libera a 12 mesi.

Risultati (sintesi)

SSI 15,7%; SSO 23,5%; riammissione 27,4%; recidiva 8,2% entro 12 mesi (RFS 91%). Presenza di stomia associata a complicanze maggiori.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato

Volevano supportare l'uso in contaminato → Esiti preliminari incoraggianti ma non conclusivi.

Bias principali

Conflitto d'interesse sul device; selezione dei casi; follow-up breve.

Generalizzabilità

Limitata; tecniche e device specifici.

Aspetti economici / Qualità di vita / Recidive

Possibile riduzione materiale rispetto a mesh piana, ma riammissioni aumentano costi; QoL non misurata; recidiva a 12 mesi modesta.

Limiti

Non randomizzato; campione piccolo; COI; assenza di confronto diretto con mesh piana in contaminato.

5. The Lifetime Risk of Incisional Hernia Following Open Abdominal Aortic Aneurysm Repair: A Longitudinal Cohort Study

Autori: Joret M, et al.

Rivista: ANZ Journal of Surgery (2025 Aug 30 (online ahead of print))

Tipo di pubblicazione: Coorte retrospettiva a lungo termine

PMID: 40884157

DOI: 10.1111/ans.70315

Link PubMed: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40884157/>

Domanda di ricerca

Qual è il rischio 'lifetime' di ernia incisionale dopo OAAAR?

Ipotesi

Fattori come BMI elevato e precedente laparotomia aumentano il rischio a lungo termine.

Disegno & metodi

Analisi di coorte con follow-up >15 anni; modelli di rischio proporzionale.

Risultati (sintesi)

IH ~19%; BMI $\geq$ 30 e laparotomia pregressa associati a ↑ rischio.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato

Volevano quantificare rischio e predittori → Rischio sostanziale e ruolo del BMI.

Bias principali

Perdita al follow-up; singolo centro.

Generalizzabilità

Buona in contesti vascolari simili.

Aspetti economici / Qualità di vita / Recidive

Onere economico significativo; dati QoL non riportati.

Limiti

Retrospettivo; possibili misclassificazioni.