

Newsletter di Approfondimento – Infezione di mesh dopo ernioplastica inguinale

Yeow M, et al. Evaluation and management of mesh infection after inguinal hernia repair: A Delphi consensus guided by systematic review. *Surgery*. 2025;187:109652.

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2025.109652>

Introduzione

Le infezioni di mesh dopo ernioplastica inguinale sono una complicanza rara ma gravata da alta morbidità. La letteratura precedente era limitata e frammentaria, senza linee guida dedicate. Questo Delphi consensus, supportato da una revisione sistematica, ha l'obiettivo di proporre raccomandazioni condivise e un algoritmo operativo per la gestione clinica.

Metodi

È stata condotta una revisione sistematica della letteratura, seguita da un processo Delphi a più round coinvolgendo esperti internazionali di chirurgia della parete addominale. Il consenso è stato definito come accordo $\geq 70\%$ tra i partecipanti. Sono stati analizzati: diagnostica, terapia antibiotica, criteri per salvage vs explant, gestione chirurgica e timing delle recidive.

Risultati

Le aree di consenso emerse dal Delphi sono riassunte di seguito.

Diagnosi e imaging

- TC con mezzo di contrasto raccomandata nei pazienti stabili
- Colture da ferita o raccolta sempre indicate
- Valori ematici (PCR, PCT) utili come supporto diagnostico

Terapia antibiotica

- Avvio empirico con antibiotico a largo spettro
- Successiva de-escalation basata su antibiogramma

Criteri per Salvage vs Explant

- Salvage possibile solo in infezioni superficiali e precoci, senza fistola o erosione
- Explant raccomandato per infezioni tardive, fistola, erosione viscerale o mancata risposta entro 48–72h

Gestione chirurgica

- Approccio laparoscopico preferito se infezione post-laparoscopica
- Step iniziale: drenaggio e lavaggi

- Rimozione completa della mesh, se tecnicamente possibile
- Non indicato re-impiantare mesh nello stesso piano/stessa seduta
- Considerare drenaggi (lap 82%, open 71%)
- NPWT raccomandata dopo explant open

Gestione della recidiva

- Trattare ≥ 3 mesi dopo explant
- Dopo open anteriore $\rightarrow$ preferire laparoscopica
- Dopo laparoscopica $\rightarrow$ preferire open anteriore
- Necessario sempre cambiare piano chirurgico

Tabella – Risultati Delphi (percentuali di consenso)

Item	Consenso (%)
Necessità di imaging (TC con mdc) nei pazienti stabili	92%
Colture da ferita/raccolta prima della terapia mirata	89%
Uso iniziale di antibiotico a largo spettro	85%
Indicazione a salvage in infezioni superficiali/early senza fistola né erosione	78%
Explant in caso di fistola, erosione o mancata risposta 48–72h	95%
Rimozione completa della mesh se tecnicamente fattibile	88%
NO re-impianto di mesh nello stesso piano/stessa seduta	91%
Approccio laparoscopico preferito se infezione post-lap	84%
Utilizzo di drenaggi post-explant (lap 82%, open 71%)	82% / 71%
Uso di NPWT dopo explant open	87%
Trattamento della recidiva ≥ 3 mesi dopo explant	90%
Dopo open anteriore $\rightarrow$ preferire laparoscopica	86%

Dopo laparoscopica → preferire open 83%
anteriore

Analisi critica

Punti di forza:

- Primo consensus dedicato alle infezioni di mesh inguinali
- Integrazione tra revisione sistematica ed esperienza clinica
- Definizione di un algoritmo pratico e condiviso

Limiti:

- Evidenze di alto livello ancora scarse (RCT limitati)
- Consenso basato soprattutto su opinione di esperti
- Mancanza di dati di follow-up a lungo termine

Implicazioni:

Il consenso fornisce raccomandazioni pragmatiche per ridurre la variabilità clinica e migliorare la sicurezza dei pazienti. In particolare, rilevante l'indicazione a NON re-impiantare mesh nello stesso piano nella stessa seduta, e l'approccio stepwise per la gestione delle recidive.

Conclusioni

Questo consensus Delphi costituisce un riferimento pratico per il chirurgo di parete addominale. Pur con i suoi limiti metodologici, fornisce indicazioni concrete che possono migliorare la gestione quotidiana delle infezioni di mesh inguinali, uniformando la pratica e riducendo la variabilità tra centri.