



Ernie ventrali primarie – ottobre 2025

Nota metodologica: questa newsletter segue la finestra temporale di settembre 2025. Gli articoli fuori finestra ma rilevanti sono inclusi con indicazione esplicita. Gli studi puramente parastomali sono esclusi dal corpo principale e riportati in appendice.

Articoli selezionati (con indicazione finestra)

1. Robotic vs Laparoscopic vs Open Ventral Hernia Repair: Insights from a Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials

Autori: Almiron da R Soares G, et al.

Rivista: Journal of the American College of Surgeons — Data: 2025-10-01;241(4):550-563

PMID: 40407202 **DOI:** 10.1097/XCS.0000000000001455 **PubMed:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40407202/>

Domanda di ricerca: Quale approccio (robotico, laparoscopico, open) ottimizza gli esiti della riparazione dell'ernia ventrale?

Ipotesi: Gli approcci mini-invasivi riducono le complicanze di ferita e la degenza rispetto all'open, con recidive paragonabili; la robotica potrebbe allungare i tempi e i costi.

Disegno & metodi: Network meta-analysis frequentista su RCT; comparazioni dirette/indirette; esiti tipici: complicanze di ferita, sieroma, dolore, degenza, tempo operatorio, recidiva.

Risultati: Segnali coerenti di minor morbidità di ferita e degenza con approcci mini-invasivi vs open; recidiva simile tra tecniche; tempi operatori potenzialmente maggiori in robotica.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato: Sintetizzare prove RCT per una gerarchia comparativa tra approcci. → Confermata la forza degli approcci mini-invasivi vs open per esiti peri-operatori, con parità di recidiva; differenziale di risorse per la robotica.

Bias: Qualità e dimensioni dei RCT eterogenee; tecniche storiche in alcuni trial; inconsistenza di rete possibile.

Generalizzabilità: Buona, per difetti ventrali primari selezionati e centri con competenze MIS.

Aspetti economici / qualità di vita / recidive: Robotica con costi superiori; possibile risparmio MIS da minori complicanze/LOS.

Limiti: Definizioni di outcome non uniformi; follow-up per recidiva spesso breve.

Nota finestra temporale: Numero cartaceo di ottobre; incluso per rilevanza e possibile Epub precedente.

2. A Review of Ventral Hernia Biomechanics

Autori: Joppin V, Masson C, Bendahan D, Bege T.

Rivista: Journal of the Mechanical Behavior of Biomedical Materials — Data: 2025-08-20;173:107159

PMID: 40945026 **DOI:** 10.1016/j.jmbbm.2025.107159 **PubMed:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40945026/>

Domanda di ricerca: Quali principi biomeccanici guidano la riparazione dell'ernia ventrale e la scelta del piano di mesh?

Ipotesi: Le proprietà visco-elastiche e anisotrope della parete e della mesh influenzano carico, deformazione e rischio di recidiva.

Disegno & metodi: Revisione narrativa dei modelli e delle evidenze biomeccaniche (tessuti/mesh): stiffness, anisotropia, creep, load-sharing; implicazioni per overlap, fissazione e piano.

Risultati: Enfattizzata la superiorità del posizionamento retromuscolare/preperitoneale per load-sharing; importanza di adeguato overlap e fissazione per limitare edge-failure.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato: Tradurre la biomeccanica in raccomandazioni operative. → Quadro coerente che sostiene scelte tecniche orientate al piano retromuscolare e all'ottimizzazione dell'overlap.

Bias: Narrativa; assenza di validazioni cliniche prospettiche dirette.

Generalizzabilità: Alta come cornice fisiopatologica trasversale.

Aspetti economici / qualità di vita / recidive: Scelte tecniche biomeccanicamente corrette → potenziale riduzione recidive/costi.

Limiti: Mancanza di cut-off quantitativi universalmente accettati.

Nota finestra temporale: Agosto 2025 (fuori finestra sett.).

3. CT of Complex Ventral Hernias: A Guide to Reporting

Autori: Layton B, Lamb R, Proctor R, Shamshuddin S, Shirodkar K, Sukumar S.

Rivista: Clinical Radiology — Data: 2025-10;89:107029 (Epub 2025-07-25)

PMID: 40840113 **DOI:** 10.1016/j.crad.2025.107029 **PubMed:** <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40840113/>

Domanda di ricerca: Quali elementi standard includere nel referto TC delle ernie ventrali complesse?

Ipotesi: Un referto strutturato con metriche volumetriche e di dominio migliora il planning chirurgico.

Disegno & metodi: Sintesi di metriche: loss of domain (Tanaka/Sabbagh), rapporti volumetrici, RDR/width ratio; nomenclature dei piani di mesh; correlazioni radiologico-chirurgiche.

Risultati: Checklist per referto: dimensione/volume difetto, volumi addominali, LOD, qualità muscolare, piani di mesh; allineamento alla nomenclatura attuale.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato: Standardizzare la refertazione TC per CVH. → Proposta operativa utile per la programmazione.

Bias: Narrativa; mancano studi di impatto clinico del referto strutturato.

Generalizzabilità: Alta utilità tra radiologi e chirurghi di parete.

Aspetti economici / qualità di vita / recidive: Planning migliore → potenziale riduzione complicanze/costi.

Limiti: Assenza di validazione prospettica.

Nota finestra temporale: Numero di ottobre; Epub luglio (fuori finestra sett.).

4. Unplanned Rehospitalizations After Abdominal Wall Surgery: Update According to a Review of the Literature

Autori: Romain B, Viennet M, Gillion JF, Christou N.

Rivista: Journal of Visceral Surgery — Data: 2025-08;162(4S):S11-S15

PMID: 40221267 **DOI:** 10.1016/j.jvisc Surg.2025.03.009 **PubMed:**
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40221267/>

Domanda di ricerca: Quali sono tassi e determinanti delle riammissioni non programmate entro 30 giorni (UR30) dopo chirurgia della parete?

Ipotesi: UR30 è trainata dalle complicanze post-operatorie e dall'organizzazione del post-acuto.

Disegno & metodi: Revisione della letteratura recente su inguinale/ventrale primaria/incisionale complessa; estrazione tassi UR30 e cause.

Risultati: UR30 ~2,7–5,1% dopo inguinale/ventrale primaria; ~12% dopo incisionali complesse; complicanze post-op come principale driver.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato: Aggiornare burden e determinanti di UR30.
→ Sottolineata la necessità di percorsi post-acuti e presa in carico territoriale.

Bias: Narrativa; eterogeneità definizioni/casistica.

Generalizzabilità: Buona come quadro di sistema.

Aspetti economici / qualità di vita / recidive: UR30 ↑ → costi ↑; interventi organizzativi possono ridurli.

Limiti: Assenza di metodi sistematici formali.

Nota finestra temporale: Agosto 2025 (fuori finestra sett.).

5. Great Debates – Two Hands Versus Four: Open Abdominal Wall Reconstruction vs Robotic-Assisted AWR

Autori: Im K, Hanson N, Carden A, Yeung L.

Rivista: The American Surgeon — Data: 2025-10;91(10):1754-1757

PMID: 40608019 **DOI:** 10.1177/00031348251355932 **PubMed:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40608019/>

Domanda di ricerca: Robotica vs open nella ricostruzione di parete: in quali setting la robotica aggiunge valore?

Ipotesi: La robotica può offrire vantaggi selettivi (ergonomia, dissezione retromuscolare) a fronte di costi maggiori.

Disegno & metodi: Dibattito argomentativo basato su letteratura e esperienza; confronto di indicazioni, risorse e learning curve.

Risultati: Convergenza su selezione caso-dipendente e importanza dell'expertise; evidenza comparativa ancora limitata.

Volevano dimostrare → Hanno dimostrato: Orientare la scelta clinica nel contesto reale.
→ Raccomandata personalizzazione in base a paziente, caso e risorse.

Bias: Non sistematico; possibile bias degli autori/centri.

Generalizzabilità: Discreta come spunto; non sostitutiva di SR/MA.

Aspetti economici / qualità di vita / recidive: Costi robotica elevati; beneficio da valutare con ICER e volumi.

Limiti: Assenza di metodi analitici formali.

Nota finestra temporale: Ottobre 2025 (fuori finestra sett.).

Appendice — esclusi per ambito ma indicizzati nel cumulativo

A1. Minimally Invasive Versus Open Parastomal Hernia Repair: A Comprehensive Systematic Review and Meta-Analysis

Autori: Abdelsamad A, Mohammed MK, Almoshantaf MB, et al.

Rivista: World Journal of Surgery — Data: 2025-09;49(9):2382-2398

PMID: 40714948 **DOI:** 10.1002/wjs.70013 **PubMed:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40714948/>

Motivo esclusione: Focalizzato esclusivamente su ernie parastomali (non “ventrali primarie”): escluso dal corpo principale secondo la regola editoriale, ma indicizzato nel cumulativo.