

Newsletter scientifica sulla chirurgia della parete addominale

A cura di Federico Biolchini MD, FACS



Ernie inguinali (solo adulti)

Luglio 2026 – Analisi degli articoli pubblicati/indicizzati a giugno 2026

Editoriale del mese

La letteratura di giugno 2026 sulle ernie inguinali non consegna un singolo messaggio spettacolare, ma consolida una linea molto chiara: la chirurgia inguinale moderna deve essere sempre più selettiva, documentata e orientata al dolore cronico. Il tema della fissazione della mesh torna centrale: la domanda non è più “come fissare meglio”, ma quando sia davvero necessario fissare. Parallelamente, la diffusione della robotica non viene presentata come superiorità automatica, ma come processo organizzativo che richiede implementazione strutturata, training e controllo degli outcome.

Un secondo asse riguarda la personalizzazione: obesità, dimensione del difetto, urgenza, presenza di grasso del canale inguinale e comorbidità respiratorie modificano la scelta tecnica. La chirurgia dell’ernia inguinale è spesso percepita come standardizzata; questi articoli ricordano invece che standardizzazione e tailoring non sono opposti. Il chirurgo deve avere una tecnica riproducibile, ma anche la capacità di adattarla al paziente reale.



PUNTI CHIAVE DEL MESE

- **Fissazione protesica sempre più selettiva:** la meta-analisi di RCT e il trial su glue, sutures e tackers confermano che la fissazione meccanica può aumentare il dolore senza dimostrare un chiaro vantaggio sulla recidiva nei casi standard.
- **La robotica entra nella pratica reale:** lo studio prospettico sull’implementazione della rTAPP dimostra che la piattaforma può essere introdotta anche in ospedali non esclusivamente “super-hub”, purché con percorso progressivo e audit degli outcome.
- **Tailoring anatomico e biologico:** obesità, difetto ampio, grasso del canale, urgenza e comorbidità respiratorie cambiano rischio e pianificazione. La tecnica inguinale non è più una procedura unica applicata a tutti.

ARTICOLO 1: Fissare o non fissare la mesh nella TAPP/TEP: meta-analisi di 20 RCT

- **Citazione:** Cordova-Nuñez C, et al. Does mesh fixation reduce recurrence after laparoscopic inguinal hernia repair? A systematic review and meta-analysis. *Hernia*. 2026 Jun 15;30(1):259. PMID: 42295469.
- **Domanda di ricerca:** La fissazione della mesh nelle riparazioni laparoscopiche TAPP/TEP riduce realmente la recidiva rispetto alla non fissazione?
- **Ipotesi:** Se la mesh è adeguatamente dimensionata e il piano preperitoneale è correttamente sviluppato, la pressione addominale e la chiusura del peritoneo possono stabilizzarla senza ancoraggi traumatici.

- **Disegno/Metodi:** Revisione sistematica e meta-analisi PRISMA di 20 RCT, per 1.537 pazienti adulti sottoposti a TAPP o TEP, confrontando fissazione vs non fissazione. Endpoint primario: recidiva; endpoint secondari: dolore precoce, dolore cronico a 6 mesi e infezione della mesh.
- **Risultati:** La fissazione non ha ridotto significativamente la recidiva (RR 0.58; IC 95% 0.19-1.76). Non sono emerse differenze significative su dolore precoce e infezione. La fissazione è risultata associata a maggiore dolore cronico postoperatorio.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano chiarire se l'ancoraggio prevenga la recidiva; hanno dimostrato che, nei casi standard, il beneficio meccanico è incerto mentre il prezzo neurologico può essere concreto.
- **Bias:** Numero di recidive basso, follow-up eterogeneo e tecniche non completamente sovrapponibili tra gli studi.
- **Generalizzabilità:** Alta per ernie inguinali primarie standard trattate con TAPP/TEP; più prudente nei difetti molto ampi, recidive complesse o grandi ernie mediali.
- **Aspetti economici:** La non fissazione riduce costi di tackers/colle e può ridurre costi indiretti del dolore cronico.
- **Limiti dello studio:** La bassa numerosità degli eventi di recidiva impedisce di escludere con certezza differenze clinicamente rilevanti in sottogruppi ad alto rischio.

Abstract

La meta-analisi di 20 RCT mostra che la fissazione della mesh nella chirurgia laparoscopica inguinale non riduce in modo statisticamente significativo la recidiva e non migliora gli esiti infettivi, mentre può aumentare il dolore cronico. La non fissazione appare quindi appropriata nei casi selezionati, con prudenza nei difetti complessi.

 **TAKE-HOME MESSAGE:** Nella TAPP/TEP standard la mesh non va fissata “per abitudine”. Se il piano è corretto e la protesi è adeguata, evitare ancoraggi può proteggere dal dolore cronico senza aumentare chiaramente la recidiva.

ARTICOLO 2: Glue, suture o tackers nella TAPP: RCT su dolore e qualità di vita

- **Citazione:** Aziz AE, et al. Early postoperative pain and quality of life with different modalities of mesh fixation in laparoscopic TAPP repair of inguinal hernia: a randomized controlled trial. BMC Surg. 2026 Jun 9;26(1):377. PMID: 42265662.
- **Domanda di ricerca:** Se si decide di fissare la mesh in TAPP, quale modalità produce meno dolore e migliore qualità di vita: colla, sutura o tackers?
- **Ipotesi:** La fissazione atraumatica con colla riduce l'insulto ai rami nervosi e ai tessuti preperitoneali rispetto a tackers o suture.
- **Disegno/Metodi:** RCT monocentrico su 75 adulti con ernia inguinale primaria, randomizzati 1:1:1 a fissazione con colla, sutura o tackers. Valutati VAS, Carolinas Comfort Scale, ritorno al lavoro, complicanze e costi.
- **Risultati:** I tackers hanno determinato più dolore nel primo giorno e a un mese. La colla ha dato migliori punteggi di sensazione della mesh e comfort a tutti i timepoint, con ritorno al lavoro più rapido e senza aumento delle complicanze precoci.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano comparare tre metodi di fissazione; hanno dimostrato che il problema non è solo fissare o non fissare, ma anche quanto trauma biologico si crea per ottenere la stabilità.

- **Bias:** Campione piccolo, singolo centro, follow-up breve e registrazione del trial retrospettiva rispetto all'arruolamento.
- **Generalizzabilità:** Buona per TAPP elettive primarie in pazienti standard; limitata nei difetti voluminosi o recidivi.
- **Aspetti economici:** La colla costa più del filo, ma può ridurre dolore, farmaci, visite e giorni di assenza lavorativa.
- **Limiti dello studio:** Non consente conclusioni definitive su recidiva a lungo termine.

Abstract

Il trial randomizzato confronta colla, sutura e tackers per fissare la mesh in TAPP. La colla mostra vantaggi su dolore precoce, comfort e ritorno al lavoro, mentre i tackers risultano più dolorosi nel breve periodo. I dati supportano l'uso di fissazioni atraumatiche quando la fissazione è ritenuta necessaria.

💡 **TAKE-HOME MESSAGE:** Quando la mesh va fissata, il tacker dovrebbe essere l'ultima scelta nei casi standard. La stabilità non deve essere ottenuta al prezzo di dolore evitabile.

ARTICOLO 3: rTAPP in ospedale distrettuale: implementazione sicura e training progressivo

- **Citazione:** Glent JCF, et al. Implementation of robot-assisted transabdominal preperitoneal inguinal hernia repair: A prospective cohort study. Scand J Surg. 2026 Jun 30. PMID: 42376690.
- **Domanda di ricerca:** La rTAPP può essere introdotta in un ospedale distrettuale mantenendo sicurezza, efficienza e coinvolgimento dei chirurghi in formazione?
- **Ipotesi:** Una introduzione strutturata della robotica, per fasi, consente di ridurre i tempi operatori e ampliare la partecipazione dei resident senza peggiorare gli outcome.
- **Disegno/Metodi:** Studio prospettico di coorte su 120 pazienti operati di rTAPP tra maggio 2024 e maggio 2025. Analisi per tre fasi consecutive, con valutazione di complicanze, degenza, recidiva a 6 mesi e qualità di vita EQ-5D-5L.
- **Risultati:** Nessuna conversione. Complicanze 6.7%, tutte Accordion I-II. Degenza mediana 20 ore. Una recidiva a 6 mesi (0.8%). I tempi operatori si sono ridotti da 86 a 74-77 minuti e i resident hanno iniziato a eseguire procedure nelle fasi successive senza incremento delle complicanze.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano valutare la fattibilità reale della rTAPP; hanno dimostrato che il robot non è solo tecnologia, ma un percorso organizzativo che deve essere misurato fase per fase.
- **Bias:** Follow-up breve e assenza di confronto diretto con TAPP/TEP laparoscopica nello stesso setting.
- **Generalizzabilità:** Buona per ospedali con esperienza laparoscopica già consolidata e programma robotico strutturato.
- **Aspetti economici:** Non dimostra superiorità economica; suggerisce però che efficienza e training possono migliorare con una curva organizzata.
- **Limiti dello studio:** Outcome a breve termine; non valuta dolore cronico e recidiva oltre 6 mesi.

Abstract

La coorte prospettica mostra che la rTAPP può essere implementata in un ospedale distrettuale con bassa morbidità, nessuna conversione, degenza breve e miglioramento progressivo dei tempi. Il coinvolgimento dei resident appare possibile se l'introduzione è graduale e controllata.

💡 **TAKE-HOME MESSAGE:** La robotica inguinale non va giudicata solo sulla singola procedura, ma sul programma. Senza audit, fasi di apprendimento e controllo degli outcome, il robot resta tecnologia; con questi elementi diventa piattaforma formativa e clinica.

ARTICOLO 4: Obesità e diametro del difetto nella TEP: pianificazione su misura

- **Citazione:** Atalay S. Tailored Surgical Planning in TEP Inguinal Hernia Repair: A Multivariate Analysis of Obesity and Hernia Defect Size. Acta Chir Belg. 2026 Jun 22. PMID: 42329293.
- **Domanda di ricerca:** BMI e dimensione del difetto predicono le complicanze precoci dopo TEP?
- **Ipotesi:** Obesità e difetti più ampi aumentano difficoltà di dissezione, spazio morto e rischio di sieroma/ematoma.
- **Disegno/Metodi:** Analisi retrospettiva di 285 TEP completate da singolo chirurgo. Stratificazione per BMI e diametro del difetto, con regressione multivariata su complicanze a 30 giorni.
- **Risultati:** Sieroma 12.6%, ematoma 7.4%. Obesità (BMI ≥ 30) associata a maggiore rischio di complicanze precoci (OR 2.8), così come difetto ≥ 25 mm (OR 2.9). Età >65 anni solo trend non significativo.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano misurare il peso dei fattori anatomici e biologici; hanno dimostrato che la TEP non è uguale per tutti e che il diametro del difetto merita di entrare nel planning.
- **Bias:** Studio monocentrico/singolo operatore; risultati influenzati da curva personale e selezione dei casi.
- **Generalizzabilità:** Buona come criterio di attenzione preoperatoria nei centri che eseguono TEP di routine.
- **Aspetti economici:** Identificare pazienti a rischio può ridurre ecografie, visite e gestione dei sieromi postoperatori.
- **Limiti dello studio:** Non valuta outcome a lungo termine né confronto con TAPP o open.

Abstract

Lo studio identifica obesità e difetto inguinale ≥ 25 mm come predittori indipendenti di complicanze precoci dopo TEP. Il dato è utile per pianificare counseling, drenaggio selettivo, compressione, follow-up e scelta tecnica nei pazienti a rischio.

 **TAKE-HOME MESSAGE:** Prima della TEP bisogna misurare il paziente e il difetto. Obesità e colletto ampio non controindicano la tecnica, ma impongono una pianificazione più attenta.

ARTICOLO 5: Riparazione in urgenza vs elezione: più complicanze precoci, ma outcome tardivi simili

- **Citazione:** Obrębski E, et al. Emergency vs. elective inguinal hernia repairs: early differences with similar long-term outcomes. Updates Surg. 2026 Jun 1. PMID: 42223898.
- **Domanda di ricerca:** L'urgenza peggiora solo il decorso precoce o anche recidiva e dolore cronico a medio termine?
- **Ipotesi:** L'urgenza aumenta rischio immediato per età, infiammazione e complessità, ma una riparazione corretta può mantenere risultati tardivi comparabili.
- **Disegno/Metodi:** Studio su 400 adulti operati tra 2022 e 2024: 26 urgenze e 374 elezioni. Follow-up telefonico strutturato a 12-18 mesi per recidiva e dolore cronico.
- **Risultati:** I pazienti urgenti erano più anziani, con tempi operatori e degenza superiori. Le SSI a 90 giorni erano più frequenti in urgenza (7.7% vs 1.3%). Recidiva (3.8% vs 3.5%) e dolore cronico (11.5% vs 13.4%) non differivano significativamente.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano capire se l'urgenza comprometteva il risultato definitivo; hanno dimostrato che il danno principale è nel decorso precoce, mentre gli outcome tardivi possono essere simili se la riparazione è adeguata.
- **Bias:** Numero ridotto di urgenze e follow-up disponibile nel 73%.
- **Generalizzabilità:** Buona per centri con capacità di gestire sia chirurgia elettiva sia urgenza in modo standardizzato.

- **Aspetti economici:** La prevenzione dell'urgenza resta centrale perché riduce degenza, SSI e risorse immediate.
- **Limiti dello studio:** Potenza limitata per recidiva e dolore cronico.

Abstract

Lo studio mostra che l'ernia inguinale operata in urgenza ha maggiore morbidità precoce, maggiore degenza e più infezioni, ma recidiva e dolore cronico a medio termine risultano simili all'elezione. Il messaggio è organizzativo: evitare l'urgenza quando possibile, ma non considerarla automaticamente sinonimo di fallimento tardivo.

💡 **TAKE-HOME MESSAGE:** L'urgenza costa soprattutto nel breve periodo: infezione, degenza e complessità. Se si arriva a una riparazione corretta, recidiva e dolore cronico possono restare comparabili all'elezione.

ARTICOLO 6: Disparità di accesso: chi arriva più spesso all'urgenza?

- **Citazione:** Atahar J, et al. Racial Disparities in Emergent Versus Elective Inguinal Hernia Repair. J Surg Res. 2026 Jun 24;325:375-383. PMID: 42341609.
- **Domanda di ricerca:** Esistono differenze di accesso tra riparazione elettiva e urgente dell'ernia inguinale?
- **Ipotesi:** Le differenze socio-demografiche possono ritardare l'accesso alla chirurgia elettiva e aumentare il rischio di presentazione in urgenza.
- **Disegno/Metodi:** Analisi su 289.770 adulti sottoposti a riparazione inguinale, con modelli multivariati per valutare probabilità di urgenza e outcome a 30 giorni.
- **Risultati:** L'urgenza ha riguardato 11.742 pazienti (4.05%). I pazienti Black avevano maggiore probabilità di riparazione urgente (OR 1.75). L'urgenza era associata a mortalità a 30 giorni molto superiore rispetto all'elezione (OR 8.29).
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano misurare una disparità di accesso; hanno dimostrato che l'ernia inguinale, pur essendo patologia comune, può diventare indicatore di ritardo assistenziale.
- **Bias:** Database amministrativo, possibile confondimento residuo e contesto statunitense non automaticamente trasferibile ad altri sistemi sanitari.
- **Generalizzabilità:** Alta come riflessione organizzativa: ridurre liste d'attesa e barriere di accesso evita urgenze evitabili.
- **Aspetti economici:** L'urgenza moltiplica costi diretti e indiretti; investire sull'elezione è anche prevenzione economica.
- **Limiti dello studio:** Non dettaglia tecnica chirurgica e anatomia del difetto.

Abstract

L'analisi evidenzia che alcuni gruppi accedono più spesso alla chirurgia urgente per ernia inguinale e che l'urgenza comporta una mortalità a 30 giorni nettamente superiore rispetto all'elezione. Il lavoro sposta l'attenzione dal gesto tecnico al sistema di accesso alle cure.

💡 **TAKE-HOME MESSAGE:** La migliore chirurgia dell'ernia inguinale inizia prima della sala operatoria: diagnosi precoce, invio corretto e accesso elettivo riducono le urgenze e la mortalità.

ARTICOLO 7: Grasso del canale inguinale: vero lipoma o grasso preperitoneale?

- **Citazione:** Lee SR, Byun GY, Song IG. Selective Management of Inguinal Canal Fat During TAPP Repair: Distinguishing True Lipoma from Preperitoneal Fat. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2026 Jun 12. PMID: 42281474.

- **Domanda di ricerca:** Il grasso nel canale inguinale deve essere sempre escisso o può essere gestito selettivamente distinguendo lipoma vero e grasso preperitoneale?
- **Ipotesi:** Molte lesioni definite “lipomi” sono in realtà continuità di grasso preperitoneale; l’escissione sistematica può essere inutile se la riduzione è completa.
- **Disegno/Metodi:** Revisione retrospettiva di 2.465 TAPP adulte; 271 pazienti con grasso del canale inguinale. Classificazione intraoperatoria in lipoma vero (incapsulato) o grasso preperitoneale continuo, con escissione selettiva dei lipomi e riduzione del PPF.
- **Risultati:** La presenza di grasso non si associava a peggiori caratteristiche cliniche né a maggiore recidiva. La recidiva era rara e simile con o senza grasso (0.3% vs 0.4%). Il tempo operatorio era più lungo nei pazienti con grasso del canale.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano superare la dicotomia “rimuovere sempre/non rimuovere mai”; hanno dimostrato che la classificazione anatomica intraoperatoria può guidare una gestione selettiva.
- **Bias:** Studio retrospettivo monocentrico e dipendente dall’interpretazione intraoperatoria del chirurgo.
- **Generalizzabilità:** Alta per chirurghi TAPP/TEP che incontrano frequentemente protrusioni adipose del canale.
- **Aspetti economici:** Evitare escissioni inutili può ridurre tempo e morbidità senza compromettere la recidiva.
- **Limiti dello studio:** Non misura in modo dettagliato dolore cronico o sintomi residui da massa adiposa.

Abstract

Lo studio distingue lipoma vero e grasso preperitoneale continuo nel canale inguinale durante TAPP. La gestione selettiva, con riduzione del PPF ed escissione dei veri lipomi, appare sicura e non associata a incremento di recidiva.

 **TAKE-HOME MESSAGE:** Non tutto il grasso del canale è un lipoma. In TAPP bisogna riconoscere l’anatomia: il vero lipoma si asporta, il grasso preperitoneale si riduce correttamente.

ARTICOLO 8: Audit HerniaSurge: linee guida applicate, ma documentazione incompleta

- **Citazione:** Tablante KIG, et al. Adherence to international guidelines for groin hernia management in a tertiary government hospital: a 1-year retrospective audit. *Hernia*. 2026 Jun 30;30(1):270. PMID: 42377585.
- **Domanda di ricerca:** Quanto vengono applicate e documentate nella pratica reale le raccomandazioni HerniaSurge 2023?
- **Ipotesi:** Le raccomandazioni più consolidate vengono seguite, mentre gli elementi tecnici intraoperatori sono meno documentati e quindi meno verificabili.
- **Disegno/Metodi:** Audit retrospettivo di 355 pazienti adulti, pari a 373 unità erniarie, in ospedale terziario di formazione. Valutazione di 10 raccomandazioni documentabili nelle cartelle.
- **Risultati:** Esame clinico come diagnosi documentato nel 60.4%; classificazione EHS nel 70.7%; anestesia appropriata nell’84.5%; antibiotico-profilassi nel 93%; analgesia postoperatoria nel 100%. Identificazione dei nervi e infiltrazione anestetica intraoperatoria non risultavano documentate.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano misurare l’aderenza alle linee guida; hanno dimostrato che senza documentazione tecnica non esiste audit reale della qualità chirurgica.
- **Bias:** La mancata documentazione non equivale necessariamente a mancata esecuzione.
- **Generalizzabilità:** Molto alta: ogni centro può usare l’audit come strumento di miglioramento qualità.
- **Aspetti economici:** Migliorare la documentazione riduce variabilità, contenzioso e reinterventi evitabili.
- **Limiti dello studio:** Un solo ospedale e dipendenza dalle cartelle disponibili.

Abstract

L'audit mostra buona aderenza per pratiche consolidate, ma lacune nella documentazione di passaggi tecnici chiave. Il messaggio è che la qualità non va solo eseguita, ma registrata: classificazione, nervi, tecnica e analgesia devono diventare parte strutturata del referto.

💡 **TAKE-HOME MESSAGE:** La chirurgia di qualità non finisce con il punto sulla pelle. Se non documentiamo classificazione, nervi e scelte tecniche, non possiamo misurare né migliorare i risultati.

ARTICOLO 9: CO₂ preperitoneale vs intraperitoneale: la TEP non pesa di più sul paziente

- **Citazione:** Dingler OI, et al. Comparison of Perioperative Metabolic, Hemodynamic, and Respiratory Effects of Intraperitoneal Versus Preperitoneal CO₂ Insufflation. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2026 Jun 4. PMID: 42284477.
- **Domanda di ricerca:** L'insufflazione preperitoneale della TEP produce effetti respiratori/metabolici peggiori rispetto al pneumoperitoneo intraperitoneale?
- **Ipotesi:** Il piano preperitoneale potrebbe alterare assorbimento e meccanica respiratoria, ma in condizioni standardizzate non dovrebbe risultare più gravoso della laparoscopia intraperitoneale.
- **Disegno/Metodi:** Studio prospettico controllato: 20 pazienti TEP vs 20 colecistectomie laparoscopiche. Valutazione di ETCO₂, PIP, parametri vitali ed emogas a tempi definiti.
- **Risultati:** Non sono emerse differenze significative tra i gruppi nei parametri respiratori e metabolici. ETCO₂, HCO₃ e PCO₂ variavano nel tempo in modo simile. La TEP non ha mostrato burden metabolico superiore.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano verificare se la TEP fosse penalizzante nei pazienti con comorbidità respiratorie; hanno dimostrato che non appare più gravosa della laparoscopia standard.
- **Bias:** Campione molto piccolo e confronto con colecistectomia, non con TAPP inguinale.
- **Generalizzabilità:** Utile per il counseling anestesilogico in pazienti selezionati; prudenza nei casi ASA elevati o BPCO severa.
- **Aspetti economici:** Se confermata, la sicurezza metabolica della TEP può evitare conversioni open motivate solo da timori anestesilogici generici.
- **Limiti dello studio:** Non valuta outcome clinici respiratori postoperatori né pazienti ad alto rischio.

Abstract

Lo studio confronta insufflazione preperitoneale della TEP e intraperitoneale della colecistectomia, mostrando effetti respiratori e metabolici sovrapponibili. La TEP non sembra imporre un carico sistemico maggiore rispetto alla laparoscopia comune.

💡 **TAKE-HOME MESSAGE:** La TEP non va esclusa per un timore generico del CO₂. La valutazione anestesilogica deve essere individuale, ma il piano preperitoneale non sembra più gravoso del pneumoperitoneo standard.

ARTICOLO 10: Open vs laparoscopia nell'obeso: la mini-invasiva resta una opzione sicura

- **Citazione:** Hou M, et al. Open versus laparoscopic inguinal hernia repair in patients with obesity. Hernia. 2026 Jun 15;30(1):256. PMID: 42295395.
- **Domanda di ricerca:** Nei pazienti obesi, la riparazione laparoscopica è una alternativa sicura alla tecnica open?
- **Ipotesi:** L'obesità aumenta difficoltà tecnica e rischio di ferita nella chirurgia open; l'approccio posteriore mini-invasivo può ridurre il trauma parietale se eseguito da team esperti.

- **Disegno/Metodi:** Studio comparativo su riparazione open vs laparoscopica in pazienti con obesità, focalizzato su sicurezza perioperatoria e outcome precoci.
- **Risultati:** Il lavoro supporta la sicurezza della riparazione laparoscopica come alternativa all'open nella popolazione obesa, rafforzando l'idea che l'obesità non sia una controindicazione assoluta alla mini-invasiva.
- **Volevano dimostrare -> Hanno dimostrato:** Volevano verificare se l'obesità penalizzi la laparoscopia; hanno mostrato che la scelta deve basarsi su expertise e anatomia, non su BMI isolato.
- **Bias:** Dettagli tecnici e follow-up possono variare; possibile selezione dei pazienti candidati a laparoscopia.
- **Generalizzabilità:** Buona per centri con esperienza TAPP/TEP; meno per setting a basso volume.
- **Aspetti economici:** La riduzione delle complicanze di ferita può compensare costi maggiori della mini-invasiva.
- **Limiti dello studio:** Necessari dati più robusti su recidiva e dolore cronico a lungo termine.

Abstract

Lo studio confronta riparazione open e laparoscopica nell'obeso e sostiene la laparoscopia come alternativa sicura. Il dato è coerente con un approccio tailor-made: BMI, difetto e competenza del centro devono guidare la scelta.

 **TAKE-HOME MESSAGE:** Nel paziente obeso la domanda non è “open o laparoscopia per principio”, ma quale approccio riduce il rischio complessivo nel centro che lo esegue.

Commento dell'Autore

Il mese conferma che l'ernia inguinale non è una chirurgia banale: è una chirurgia standardizzata, ma ad alta sensibilità tecnica. I lavori sulla fissazione mostrano che ogni gesto aggiuntivo deve essere giustificato. Se il tacker aumenta il dolore e non dimostra un vantaggio netto sulla recidiva, non può più essere considerato una scelta neutra.

Allo stesso tempo, i dati su obesità, urgenza, accesso alle cure, grasso del canale e insufflazione preperitoneale ricordano che il paziente reale è più complesso del caso “da manuale”. La qualità nasce dall'incontro tra linee guida, audit, anatomia e capacità di selezionare la tecnica giusta per quel paziente.