# Reti in titanio vs reti in polipropilene nell'ernia inguinale

**Data** 10 luglio 2009
**Categoria** chirurgia

I pazienti operati di ernia inguinale con reti leggere presentano una convalescenza più breve rispetto ai pazienti con reti standard.

La riparazione dell'ernia inguinale è uno degli interventi più comuni in chirurgia generale, con oltre 20 milioni di interventi/anno nel mondo; la tecnica di riparazione tension-free con reti ha permesso di ridurre la frequenza di ricomparsa, ma il dolore cronico e il disagio sono ancor oggi un problema per molti pazienti. L'incidenza di dolore cronico dopo riparazione dell'ernia varia dallo 0% al 54% (Poobalan AS et al. Clin J Pain 2003; 19: 48-54; Bay-Nielsen M et al. Ann Surg 2001; 233: 1-7); l'uso di reti leggere dovrebbe ridurne l'incidenza ma i risultati di studi comparativi sono contrastanti (Post S et al. Br J Surg 2004; 91: 44-48).
Obiettivo di questo studio è stato confrontare outcome oggettivi e soggettivi dopo riparazione dell'ernia inguinale usando reti non assorbibili leggere rispetto a reti pesanti.

In una clinica svedese, sono stati reclutati consecutivamente tutti i pazienti, di età compresa tra 20 e 75 anni, sottoposti a riparazione di ernia inguinale primaria, unilaterale, secondo la tecnica di Lichtenstein. Sono stati esclusi pazienti non in grado di camminare per 500 m o che avevano poca probabilità di partecipare al follow-up, per esempio a causa di difficoltàlinguistiche.
Nel gruppo di controllo (n=161; 57 anni) sono state utilizzate reti standard in polipropilene 10 x 15 cm (peso =80g/m2), mentre nel gruppo sperimentale (n=156; 56 anni) sono state usate reti in polipropilene rivestite in titanio delle stesse dimensioni ma con peso inferiore (35g/m2).
Il principio base dello studio è un'unità, un chirurgo (altamente specializzato, >500 riparazioni di ernia/anno e oltre 30 anni di esperienza in chirurgia generale), una tecnica e due reti. Tutti gli interventi sono stati effettuati nelle stesse condizioni di anestesia, indotta e mantenuta con propofol e remifentanil, con ventilazione controllata con maschera laringale e con uso di anestetici locali.

Prima dell'intervento, ai pazienti è stato somministrato paracetamolo, da continuare fino a quando necessario. Nei primi 3 giorni dopo l'intervento, veniva somministrato anche un antinfiammatorio non steroideo.
Prima dell'intervento, i pazienti sono stati suddivisi in 4 gruppi in base al lavoro o all'attività: lavoro fisico (sollevamenti giornalieri ripetuti >15 kg), lavoro fisico più leggero (sollevamenti giornalieri ripetuti di 10-15 kg), lavoro in ufficio (sollevamenti giornalieri ripetuti <10 kg), in pensione. Dati come età, rete usata, tipo di ernia, durata dell'intervento sono stati registrati nel Swedish Hernia Register, anonimi e trasferiti nel protocollo.

L'outcome primario, ossia la durata della convalescenza, è stato valutato come media attraverso questionari, sotto forma di diari inviati per posta, per valutare i sintomi post-operatori e la guarigione a riposo e con attività. Il diario includeva scale VAS (visual analogue scale – da 0 mm=nessun dolore a 100 mm=peggior dolore immaginabile) per stimare il dolore preoperatorio e il dolore avvertito il giorno 1 e 1, 2, 3, 4 e 8 settimane dopo l'intervento; comprendeva inoltre domande sul tempo necessario per il ritorno al lavoro e alla normale attività.
Gli outcome secondari includevano i risultati del follow-up a 1 anno; alla visita sono stati valutati atrofia testicolare, ricomparsa, dolore cronico e disagio, qualità della vita per determinare l'intensità dei sintomi, quante preoccupazioni causano e quanto influenzano la vita quotidiana e il benessere generale. Ai pazienti che non potevano recarsi alla visita di follow-up è stata inviata una lettera con un questionario simile al precedente; a quelli che non avevano fatto recapitare il questionario, sono state effettuate domande telefonicamente.

Dei 317 pazienti inclusi nello studio, 274 (86,4%) hanno restituito il diario e 300 (94,6%) sono andati alla visita di follow-up dopo 1 anno; i 17 soggetti restanti sono stati contattati telefonicamente o per posta. La durata dell'intervento è stata in media di 26 minuti; ci sono stati 8 casi di complicanze post-intervento: 1 caso di nevralgia post-operatoria nel gruppo controllo, uno di infezione e uno di sieroma in entrambi i gruppi, 3 ematomi nel gruppo con reti leggere.
Non ci sono state differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto riguarda il dolore post-operatorio e per entrambi il punteggio VAS, pari a 14-15 (rispettivamente a riposo o in attività) prima dell'intervento, si è ridotto a 0 dopo 4 settimane. I pazienti con reti leggere ritornavano al lavoro dopo 4 giorni, rispetto ai 6,5 per quelli con reti pesanti (p=0,040); i pazienti con carico di lavoro fisico lieve per cui erano state utilizzate reti leggere ritornavano al lavoro il giorno dopo l'intervento, mentre il gruppo controllo dopo 4 giorni (p=0,004). Differenze simili sono state osservate per quanto riguarda il tempo medio necessario per tornare alla normale attività (in totale: 7 vs 10 giorni, p=0,005; nel gruppo con carico di lavoro leggero: 4 vs 7 giorni, p=0,006). Non sono state riscontrate differenze tra i due gruppi per quanto riguarda CLINICAL FINDING, sintomi, dolore e qualità della vita; non si sono osservati casi di atrofia testicolare e 3 casi (1,9%) di ricomparsa nel gruppo controllo e 2 (1,3%) nel gruppo sperimentale.

In conclusione, i pazienti con reti leggere presentano una convalescenza più breve rispetto ai pazienti con reti standard.

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 21/11/2026 alle ore 3:22 | Pagina 1 di 2

**Commento**

Punto di forza dello studio era la riduzione delle variazioni usando un unico chirurgo, un'unica unità e un'unica tecnica; inoltre la frequenza di follow-up era elevata e il follow-up era in cieco sia per il paziente che per l'esaminatore indipendente. Limite dello studio era l'elevata specializzazione del chirurgo, per cui questi risultati non possono essere generalizzati a istituti dove sono presenti chirurghi in formazione–training (tirocinio, addestramento.
Sono necessari studi su larga scala e con follow-up più lungo per confermare il rischio di ricomparsa di ernia con l'uso di reti leggere.

**Dottoressa Valentina Boscaro**

**Riferimento bibliografico**

Koch A et al. Randomized clinical trial of groin hernia repair with titanium-coated lightweight mesh compared with standard polypropylene mesh. British Journal of Surgery 2008, 95: 1226-31.

Contributo gentilmente concesso dal Centro di Informazione sul Farmaco della Società Italiana di Farmacologia - [url]http://www.sifweb.org/farmaci/info_farmaci.php/[/url]