



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 ridurre 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 difficoltà linguistiche.

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.



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 retileggere.

Dottoressa Valentina Boscaro

Riferimentobibliografico

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]