



SICOB FALL MEETING
LIVESURGERY
28 - 29 OTTOBRE 2024
MILANO, FONDAZIONE CARIPLLO

Presidenti del Congresso P. Gentileschi, M. A. Zappa
Segreteria Scientifica E. Galfrascoli, M. P. Giusti

Fondazione
CARIPLLO 



www.fallsicob.app

LINEE GUIDA E ZONE D'OMBRA

Patologie di parete: intervento prima durante o dopo

ELISA GALFRASCOLI

FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDA POLICLINICO
MILANO



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario



ERNIE DI PARETE E OBESITA'

- BMI > 30 kg/m²: rischio di sviluppare un'ernia dopo intervento chirurgico raddoppiato

(Fisher et al. Ann Surg. 2016)

- BMI >25 kg/m²: il secondo maggior fattore di rischio (SSI è il primo)

(Itatsu K et al. Br J Surg. 2014)

- BMI >25 kg/m²: Hazard Ratio 1.74

(Goodenough et al. J Am Coll Surg.2015)

- BMI: l'unico fattore di rischio significativo in un trial prospettico

(Veljkovic et al. J Am Coll Surg.2010)

- 60% dei pazienti operati per laparocoele è affetto da obesità

(Regner et al. Am J Surg .2015)

OBESITA' E RECIDIVE

- BMI è il maggior fattore predittivo per recidiva [RR=1.1 per unità BMI sopra il normale (p=0.01)]

(Sauerland et al. Hernia. 2004)

- BMI >28 kg/m² aumenta il tasso di recidiva dopo riparazione con protesi.

(Anthony et al. World J Surg. 2000)

- BMI >40 kg/m²: tasso di recidiva quasi triplo [8.3% Vs. 2.9% (p=0.003)]

(Tsereteli et al. Hernia. 2008)

- Reinterventi per laparocele nei pazienti bariatrici: 23.3%

(Moszkowicz et al. Obes Surg 2021)

Surgical Endoscopy (2019) 33:705–710
<https://doi.org/10.1007/s00464-018-6492-6>



REVIEW ARTICLE



Concomitant ventral hernia repair and bariatric surgery: a retrospective analysis from a UK-based bariatric center

Miss Sylvia Krivan¹ · Andrea Giorga¹ · Marco Barreca¹ · Vigyan Kumar Jain¹ · Omer Saad Al-Taan¹

OBES SURG (2013) 23:703–709
DOI 10.1007/s11695-013-0883-5

CLINICAL REPORT

Ventral Hernias in Morbidly Obese Patients: A Suggested Algorithm for Operative Repair

George M. Eid · Krzysztof J. Wikiel · Fateh Entabi · Mark Saleem



ORIGINAL ARTICLE

The Risk of Incarceration During Nonoperative Management of Incisional Hernias

A Population-based Analysis of 30,998 Patients

Esmaeel R. Dadashzadeh, MD, MS,*†‡ Lauren V. Huckaby, MD,*‡ Robert Handzel, MD, MS,*†‡ M. Shanaz Hossain, MD,* Gloria D. Sanin, MD,* Vincent P. Anto, MD,* Patrick Bou-Samra, MD,* J. B. Moses, MD,* Stephen Cai, MD,§ Heather M. Phelos, MPH,*‡ Richard L. Simmons, MD,* Matthew R. Rosengart, MD, MPH,*‡ and Dirk J. van der Windt, MD, PhD*†‡✉

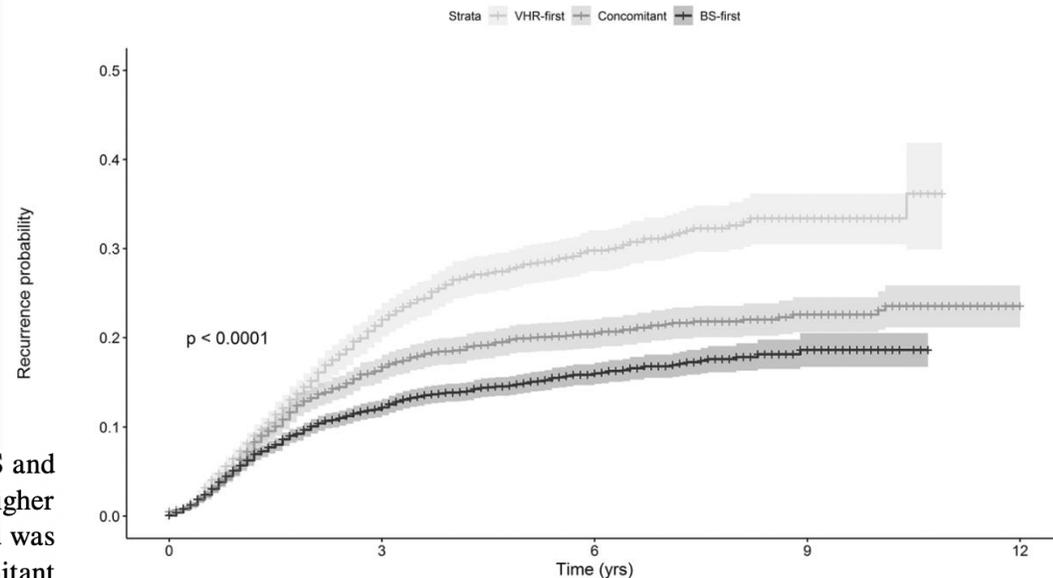
Results: Among 30,998 patients with an incisional hernia (mean age 58.1 ± 15.9 years; 52.7% female), 23,022 (78.1%) underwent NOM of whom 540 (2.3%) experienced incarceration, yielding a 1- and 5-year cumulative incidence of 1.24% and 2.59%, respectively. Independent variables associated with incarceration included: age older than 40 years, female sex, current smoker, body mass index 30 or greater, and a hernia-related inpatient admission. All-cause mortality rates at 30, 90, and 365 days were significantly higher in the incarceration group at



Ventral Hernia Repair and Obesity: Results from a Nationwide Register Study in France According to the Timeframes of Hernia Repair and Bariatric Surgery

David Moszkowicz^{1,2} · Madalina Jacota³ · Lionelle Nkam³ · Davide Giovino² · Lamiae Grimaldi³ · Andrea Lazzati⁴

Results Among 11,680 eligible patients, 2039 underwent VHR in the 2 years before BS, 3388 had concomitant BS and VHR, and 6260 patients had VHR within 2 years after BS. Patients who underwent a concomitant surgery presented a higher suture repair rate (86.1% versus 37.1% and 44.0%, $P < 0.001$). Overall recurrence of VH at 10 years was 23.3% and was higher for patients who underwent VHR first (36.2%) than patients who underwent BS first (24.5%) and the concomitant group (18.6%), $P < 0.001$. Major complication rate was 11.1%, 7.8%, and 16.9% ($P < 0.001$) for VHR-first, concomitant, and BS-first groups, respectively. Mesh infection was found in 0.6% (13/2039) of patients in the VHR-first group, in 0.6% (20/3388) in the concomitant group, and in 1.1% (68/6260) in the BS-first group ($P < 0.001$).



Concomitant Ventral Hernia Repair and Bariatric Surgery: a Systematic Review

Andrea Lazzati^{1,2} · Georges Bou Nassif¹ · Luca Paolino¹

Abstract

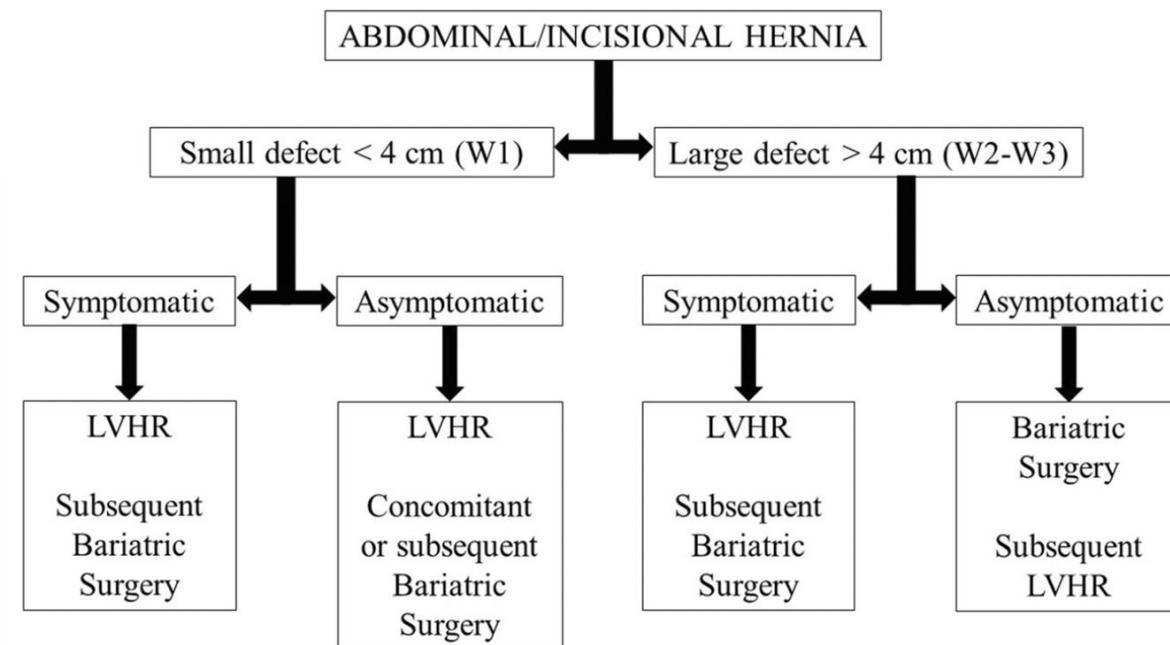
This study is a review on the management of ventral hernia during bariatric surgery. The main outcomes are the recurrence rate after ventral hernia repair and the incidence of prosthetic infection. Eleven studies were included. Ventral hernias were treated by simple suture ($n = 191$), synthetic mesh ($n = 186$), and biological mesh ($n = 72$). Mean defect size was 18 cm². Recurrence rate was 25.7% in the suture group, 14.3% in the biomesh group, and 1.1% in the synthetic mesh group ($p < 0.05$). Mesh infection rate was not different between the groups. No significant difference was observed in 30-day reoperation. Concomitant treatment of small hernia defect is feasible and safe during bariatric surgery. Synthetic mesh provides a significantly lower recurrence rate without any increase in 30-day wound morbidity.



Laparoscopic Ventral Hernia Repair in Bariatric Patients: the Role of Defect Size and Deferred Repair

Stefano Olmi¹ · Matteo Uccelli¹  · Giovanni Carlo Cesana¹ · Francesca Ciccarese¹ · Alberto Oldani¹ · Riccardo Giorgi¹ · Stefano Maria De Carli¹ · Roberta Villa¹ · Adelinda Angela Giulia Zanoni¹ · Ayman Ismail¹

	IPOM concomitante	IPOM differita	
Tempo operatorio	51,7 ± 26,6 min (30-120)	38,9 ± 21,5 min (25-110)	<i>p</i> < 0.05
Degenza	2.0 ± 2.7 days (1-5)	2.8 ± 1.9 days (1-4)	<i>n.s.</i>
Sieroma	4/30, 13.3%	10/170, 5.9%	<i>p</i> < 0.05
Recidiva	1/30, 3.3%	4/170, 2.4%	<i>n.s.</i>
Bulging	3/30, 10.0%	4/170, 2.4%	<i>p</i> = 0.23



Conclusion The present study demonstrates the safety of performing LDR in patient candidates for bariatric surgery in cases of a large abdominal hernia (W2–W3) with a low risk of incarceration or an asymptomatic abdominal hernia. In the case of a small abdominal hernia (W1) or strongly symptomatic abdominal hernia, repair before bariatric surgery, along with subsequent bariatric surgery and any revision of the abdominal wall surgery with weight loss, is preferable.

COME DECIDERE?

CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE

- CLASSE DI BMI
- ALTRE COMORBILITA'
- RISCHIO ANESTESIOLOGICO
- INTERVENTO BARIATRICO PROPOSTO

Management of abdominal wall hernias in patients with severe obesity

Omar M. Ghanem¹  · Sean Orenstein² · S. Julie-Ann Lloyd³ · Amin Andalib⁴ · Alice Race⁵ · Holly Ann Burt⁶ · Farah Husain⁷ · Matthew Goldblatt⁸ · Matthew Kroh⁹ on behalf of SAGES Metabolic, Bariatric Surgery Committee, SAGES Hernia Committee

CARATTERISTICHE DELL'ERNIA

- DIMENSIONI
- SEDE
- CONTENUTO
- SINTOMI



PRIMA durante o dopo...? Hernia first



PRO

- Riduzione rischio di complicanze di incarceramento e di occlusione post chirurgia bariatrica

CONTRO

- Elevato rischio recidive
- Maggior rischio di recidiva con incarceramento o occlusione



Da considerare solo per ernie o laparoceli fortemente a rischio di complicanze o con episodi di incarceramento

prima **DURANTE** o dopo...?

Ernia concomitante a BS



PRO

- Riduce rischio di complicanze occlusive post BS
- Unico intervento

CONTRO

- Sconsigliata la sutura diretta per difetti >2cm per elevato rischio recidive precoci e con occlusione
- L'utilizzo di protesi è controverso per rischio contaminazione



E' da preferire se:
contenuto intestinale
Paziente sintomatico

BMI non troppo elevato e buon controllo comorbidità

Prima durante o **DOPO**...?

BS First

PRO

- Miglior controllo comorbidità e BMI riduce rischio di recidiva e complicanze
- Intervento definitivo
- Controversa l'associazione all'intervento di dermoadipectomia



E' sempre da preferire se paziente e caratteristiche dell'ernia lo consentono



CONTRO

- Rischio di fallimento della terapia conservativa con complicanze legate alla presenza dell'ernia
- Rischio di deiscenza anastomotica se occlusione precoce post-operatoria in interventi diversi dalla SG

CONCLUSIONI

- La presenza di dati contrastanti in letteratura e la mancanza di studi randomizzati non aiuta la creazione di flow-chart decisionali
- L'equipe chirurgica deve essere esperta sia di chirurgia di parete che di chirurgia bariatrica
- Il processo decisionale attualmente è difficile e non univoco, bisogna considerare tutti gli aspetti del paziente e le caratteristiche dell'ernia e valutare rischi e benefici caso per caso...

IDEALMENTE...

Bisognerebbe preferire un approccio in due step, ritardando la riparazione dell'ernia dopo la procedura bariatrica, quando la riparazione può considerarsi definitiva e il paziente ha ridotto le comorbilità e i fattori di rischio correlati all'obesità.



SICOB FALL MEETING
LIVESURGERY
28 - 29 OTTOBRE 2024
MILANO, FONDAZIONE CARIPLO

Presidenti del Congresso P. Gentileschi, M. A. Zappa
Segreteria Scientifica E. Galfrascoli, M. P. Giusti

Fondazione
CARIPLO



www.fallsicob.app

GRAZIE



ELISA GALFRASCOLI



Fondazione IRCCS Ca' Granda
Ospedale Maggiore Policlinico

Sistema Socio Sanitario

