

JAMA Surgery | Original Investigation

Small Bites vs Large Bites for Closure of Abdominal Midline Incisions A Randomized Clinical Trial

Rudolf van den Berg, BSc; Sarah van Egmond, MD; Fokko Smits, MD; Sara J. Baart, PhD; Theo J. Aufenacker, MD, PhD; Huib A. Cense, MD, PhD; Esther C. J. Consten, MD, PhD; Frederik P. H. L. J. Dijkhuizen, MD, PhD; H. (Lena) C. van Doorn, MD, PhD; Joris J. Harlaar, MD, PhD; Gert-Jan Kleinrensink, PhD; Johan F. Lange, MD, PhD; Harold E. Lont, MD; Marijn M. Poelman, MD, PhD; Hein B. A. C. Stockmann, MD, PhD; Hilco P. Theeuwes, MD, PhD; Pieter J. Tanis, MD, PhD; Eva B. Deerenberg, MD, PhD

1. DISEGNO DELLO STUDIO

Trial STITCH: sutura **SMALL BITES** vs **LARGE BITES**

nella prevenzione dell'ernia incisionale dopo laparotomia mediana elettiva



559
PAZIENTI



10 CENTRI
OLANDESI
(chirurgia generale
e ginecologica)



RCT
double blind



FOLLOW-UP
fino a
13 ANNI

RANDOMIZZAZIONE 1:1

SMALL BITES
n = 275

- 5 mm dal margine
- 5 mm tra i punti

VS

LARGE BITES
n = 284

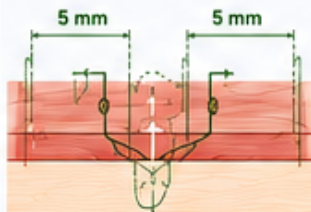
- 10 mm dal margine
- 10 mm tra i punti



FOLLOW-UP CLINICO
fino a 13 ANNI

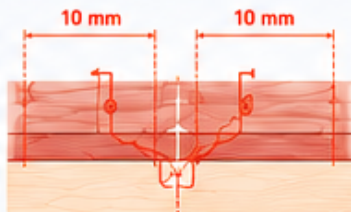
TECNICA DI CHIUSURA

SMALL BITES



--- Passaggio di sutura

LARGE BITES



— Margine fasciale



ENDPOINT

PRIMARIO

Incidenza cumulativa
di ernia incisionale

SECONDARI

- Dimensione dell'ernia
- Progressione nel tempo
- Riparazione chirurgica
- Qualità di vita (EQ-5D)

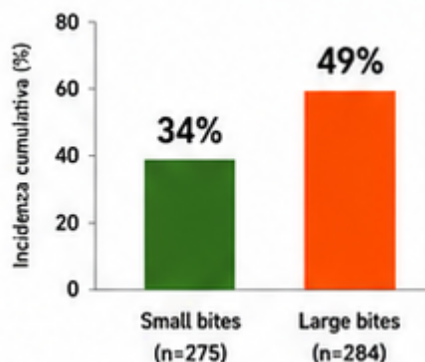


SUTURA: PDS 2-0 (polydioxanone)

2. RISULTATI PRINCIPALI (FOLLOW-UP A 13 ANNI)

1 RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ERNIA INCISIONALE

Incidenza cumulativa a 13 anni

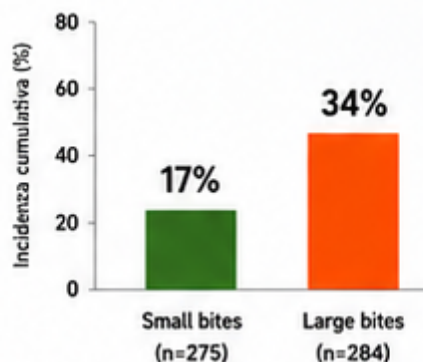


HR 0.61 (95% CI 0.43–0.86)

↓ 39% rischio relativo

2 ERNIE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVE (>20 mm)

Incidenza cumulativa a 13 anni



HR 0.36 (95% CI 0.21–0.60)

↓ 64% rischio relativo

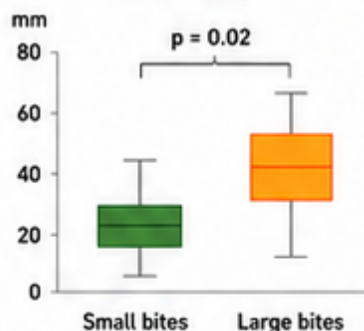
5 QUALITÀ DI VITA (EQ-5D)



I pazienti che sviluppano un'ernia incisionale riportano punteggi significativamente peggiori in tutte le dimensioni di qualità di vita (EQ-5D).

3 ERNIE PIÙ PICCOLE (dimensione media finale)

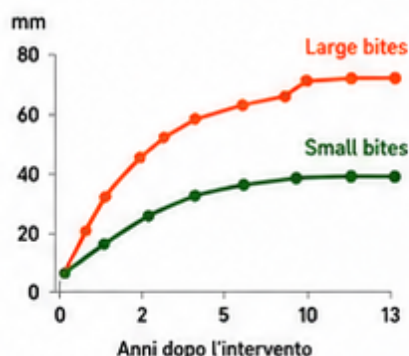
Dimensione (mm)



25 mm vs 43 mm

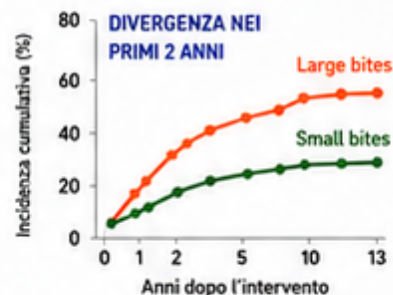
4 PROGRESSIONE PIÙ LENTA

Dimensione media dell'ernia (mm)



Le ernie dopo small bites crescono meno e aumentano più lentamente.

6 IL RISULTATO PIÙ INTERESSANTE



La differenza tra le due tecniche emerge principalmente nei primi 2 anni.

Successivamente le curve decorrono quasi parallelamente.

La qualità della guarigione fasciale iniziale determina un vantaggio che persiste per oltre un decennio.

3. PERCHÉ È UTILE PER L'UROLOGO?

LA CHIRURGIA UROLOGICA MODERNA



CHIRURGIA ROBOTICA

Riduce ma non
le complicaanze di
parete addominale.



SINGLE PORT

Approccio
muscle-sparing e
rispetto dei piani
anatomici.



RETROPERITONEO- COPIA

Minore impatto
sulla parete
addominale.



ACCESSI MUSCLE-SPARING

Preferire incisioni
(Pfannenstiel o Gibson)
quando possibile.

MA LA LAPAROTOMIA ESISTE ANCORA



NEFRECTOMIE RADICALI VOLUMINOSE



NEFROURETERECTOMIE COMPLETE



CISTECTOMIE RADICALI



CONVERSIONI E CHIRURGIA DI SALVATAGGIO

ACCESSI E INCISIONI

PFANNENSTIEL



GIBSON (obliqua)

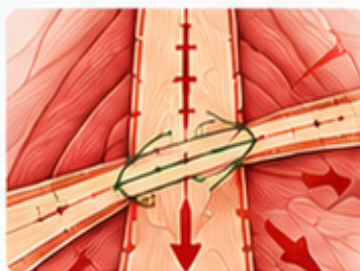


LAPAROTOMIA MEDIANA



MINORE IMPATTO
SULLA PARETE

MAGGIORE IMPATTO
SULLA PARETE



CHIUSURA FASCIALE: UNA FASE FONDAMENTALE

- ✓ La qualità della chiusura fasciale è parte integrante dell'intervento chirurgico.
- ✓ La tecnica small bites è semplice, riproducibile, a costo zero e con beneficio dimostrato a 13 anni.

TAKE HOME MESSAGE



L'evoluzione della chirurgia urologica non riguarda soltanto la riduzione degli accessi, ma la preservazione della funzione della parete addominale.



Quando una laparotomia è inevitabile, la qualità della chiusura fasciale rappresenta una componente essenziale del risultato chirurgico.



Il trial STITCH dimostra che una semplice modifica tecnica nella sutura può ridurre il rischio di ernia incisionale, limitarne la progressione e preservare l'integrità della parete addominale per oltre 13 anni.

