

## Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205112

# Løft dynen af din cirrosepatient

Bjørn Stæhr Madsen

Ugeskr Læger 2022;184:V205112

Umbilikalhernier rapporteres at forekomme hos halvdelen af alle patienter med levercirrose og er en svær problemstilling, da det ikke er fuldt afklaret, hvilke patienter der profiterer af et kirurgisk indgreb. De fleste kirurger, medicinere og anæstesiologer har oplevet mareridtsagtige forløb, hvor det, der skulle være et quickfix, udløste et langt indlæggelsesforløb med fatal udgang.

Det er velkendt, at patienter med cirrose med svære grader af leversvigt er i øget risiko for at udvikle komplikationer efter kirurgiske indgreb. Ligeledes er det tidligere blevet rapporteret, at risikoen for at dø næsten er firfold forøget blandt cirrotikere sammenlignet med øvrige patienter, der gennemgår et kirurgisk indgreb for deres umbilikalhernie [1]. Baseret på disse erfaringer har det i vid udstrækning været god klinisk praksis at være tilbageholden med at operere patienter med sværere grader af leversvigt og i stedet tilbyde »watchful waiting« [2]. Ulempen ved denne tilgang er, at nogle konservativt behandlede senere udvikler ruptur eller strangulation af herniet og må opereres akut i en dårlig forfatning.

I dette nummer af Ugeskrift for Læger løfter *Snitkjær et al* dynen for disse forløb [3]. Budskabet er, at morbiditeten og mortaliteten efter herniotomi er høj blandt akut opererede patienter med cirrose og væsentligt over, hvad der rapporteres, når samme gruppe opereres elektivt. Der argumenteres også for, at udvalgte patienter med svære grader af leversvigt vil kunne profitere af et elektivt indgreb, da deres risiko nærmer sig de øvrige brokopererede.

Det er fristende at vejre morgenluft efter at have læst artiklen af *Snitkær et al*. Man må overveje, om en del af den høje dødelighed skyldes, at patienter med cirrose bliver opereret med ryggen mod muren – altså, i forbindelse med at de udvikler komplikationer til deres brok i et avanceret sygdomsstadie.

Men inden man smider barnet ud med badevandet, bør man overveje, hvor stor gavn patienterne egentlig har af at blive opereret, og hvilke risici der er ved indgrebet. Det er fortsat uafklaret, hvor mange patienter med cirrose der får alvorlige problemer med deres navlebrok under deres sygdomsforløb. Tager man i betragtning, at umbilikalhernier rapporteres hos op mod halvdelen af alle patienter med cirrose, tyder danske data på, at relativt få (under 1%) får brug for et kirurgisk indgreb [1]. Det er også væsentligt at holde sig for øje, at umbilikalhernier typisk ses hos patienter med behandlingsrefraktær ascites med en meget begrænset restlevetid (halvdelen vil dø inden for

et år). Vi har desværre kun sparsom viden om effekten af konservative tiltag sammenlignet med operativ behandling hos denne gruppe, da det har vist sig svært at gennemføre de nødvendige kliniske studier [4]. Man kan således argumentere for, at den nuværende restriktive tilgang er fornuftig, da et fåtal af patienterne tilsyneladende ender med at udvikle operationskrævende komplikationer, og vi reelt ikke kender effekt/risici ved en operation sammenlignet med konservative tiltag.

Som tydeliggjort i artiklen af *Snitkjær et al* vil man indimellem vurdere, at et brok er så truende, at det berettiger et elektivt indgreb hos en svært leversyg. Sådanne patienter bør forsøges præoperativt optimerede med ernæringsterapi, vanddrivende behandling, og i udvalgte tilfælde kan der anlægges en transjugulær intrahepatisk portosystemisk stent mhp. at få mobiliseret ascites og reduceret portaltrykket. Endelig bør man overveje, om en levertransplantation kunne være en mulighed. Hos dårlige patienter med ascites, der må opereres akut, kan man overveje peroperativ anlæggelse af et tunneleret ascitesdræn med efterfølgende regelmæssige tapninger, antibiotikaproylakse og albuminsubstitution.

Det vigtigste budskab i artiklen af *Snitkjær et al* er dog at få løftet dynen og få undersøgt patienterne for, om der er et »truende« navlebrok, der kræver behandling. Altså, et brok, hvor der er udtynding af den overliggende hud med risiko for ruptur, eller hvor der skønnes risiko for strangulering af indholdet. Det er håbet, at dette kan reducere antallet af de akutte operationer, der tydeligvis tåles dårligt af patienterne med cirrose. God læsning!

**Korrespondance** *Bjørn Stæhr Madsen*, Afdeling for Medicinske Mavetarmsygdomme, Odense Universitetshospital.  
E-mail: [bjoern.staehr.madsen@rsyd.dk](mailto:bjoern.staehr.madsen@rsyd.dk)

**Interessekonflikter** Der er anført potentielle interessekonflikter. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på [ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

## REFERENCER

1. Hansen JB, Thulstrup AM, Vilstrup H, Sorensen HT. Danish nationwide cohort study of postoperative death in patients with liver cirrhosis undergoing hernia repair. *Br J Surg*. 2002;89(6):805-6.
2. Bengtson B, Deleuran T, Jepsen P et al. Non-hepatisk kirurgi hos patienter med leversygdom: vurdering af risiko. *Dansk Selskab for Gastroenterologi og Hepatologi*. 2017.
3. Snitkjær C, Willaume M, Henriksen NA et al. Behandling af navlebrok hos patienter med cirrose. *Ugeskr Læger* 2022;184:V09210745.
4. De Goede B, van Rooijen MMJ, van Kempen BJH et al. Conservative treatment versus elective repair of umbilical hernia in patients with liver cirrhosis and ascites: results of a randomized controlled trial (CRUCIAL trial). *Langenbecks Arch Surg*. 2021;406(1):219-25.