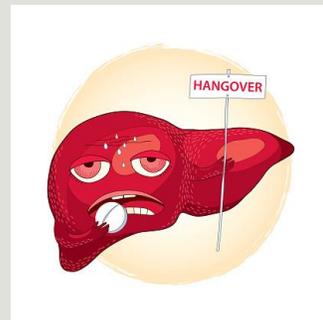


# Prise en charge d'une hernie ombilicale chez le patient cirrhotique

---

M.WIESER – PR B. ROMAIN

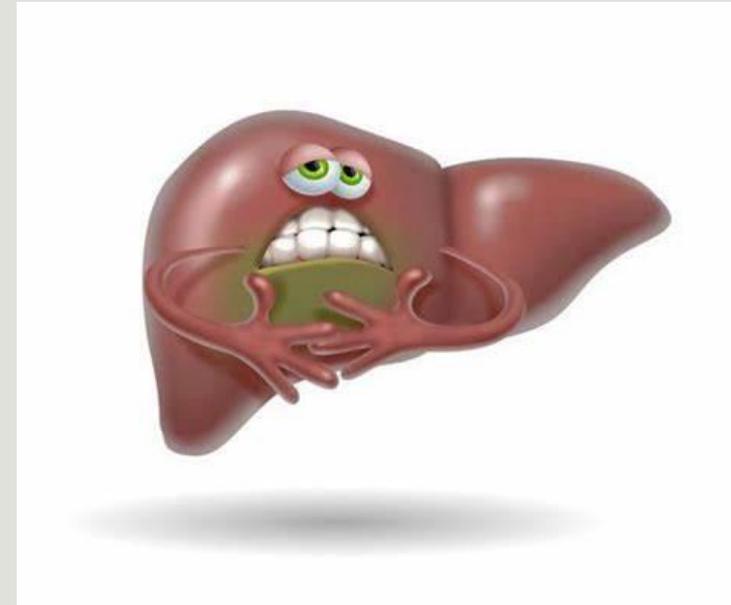
19/12/2023



# Sommaire

---

- > Définition de la cirrhose
- > Le patient cirrhotique, un patient fragile
- > Physiopathologie et complications
- > Principe de prise en charge
- > Prévention
- > Prise en charge d'un patient symptomatique
- > Techniques chirurgicales
- > Prothèse ou pas prothèse ?
- > Drainage ou pas drainage ?
- > Place de la laparoscopie
- > Conclusion
- > Références



# Définition

> Diagnostic anatomopathologique : fibrose détruisant l'architecture normale du foie et isolant des nodules hépatocytaires de structure anormale.

> Ponction biopsie hépatique reléguée au second plan devant les tests non invasifs : **Fibroscan**<sup>®</sup> ou **Fibrotest**<sup>®</sup> ou **FibroMètre**<sup>®</sup> ou **Hepascore**.

> Contexte évocateur (consommation alcoolique, obésité, infection VHB/VHC ancienne) avec perturbations du bilan hépatique ou découverte devant une complication de la cirrhose (rupture de varices œsophagiennes sur hypertension /ascite)

> **10 %** des patients cirrhotiques nécessiteront une intervention chirurgicale, dont les plus fréquentes sont biliaires et pariétales.

> Prise en charge optimisée des patients cirrhotiques, qui auront recours à des chirurgies extra-hépatiques.

	1 point	2 points	3 points
<b>Ascite</b>	Absente	Modérée	Tendue ou réfractaire aux diurétiques
<b>Bilirubine (µmol/l)</b>	< 35	35-50	> 50
<b>Albumine (g/l)</b>	> 35	28-35	< 28
<b>INR</b>	< 1,7	1,7-2,2	> 2,2
<b>TP</b>	> 50%	40-50%	< 40%
<b>Encéphalopathie</b>	Absente	Légère à modérée (stade 1-2)	Sévère (stade 3-4)

Le pronostic de la cirrhose est établi en fonction du score total des points:

**Child-Pugh A** (5-6 points): survie à 1 an de 100%

**Child-Pugh B** (7-9 points): survie à 1 an de 80%

**Child-Pugh C** (10-15 points): survie à 1 an de 45%

# Le patient cirrhotique, un patient fragile

-Chirurgie à haute morbidité et mortalité (40% pour les Child C) appréciée par le score de **Child-Pugh** et **MELD (6-40)**

-Toutes chirurgies confondues, la morbidité postopératoire se situe aux alentours de **30 %** et la mortalité à 30 jours aux alentours de **12 %**.

-Modification physiologiques chez le patient cirrhotique

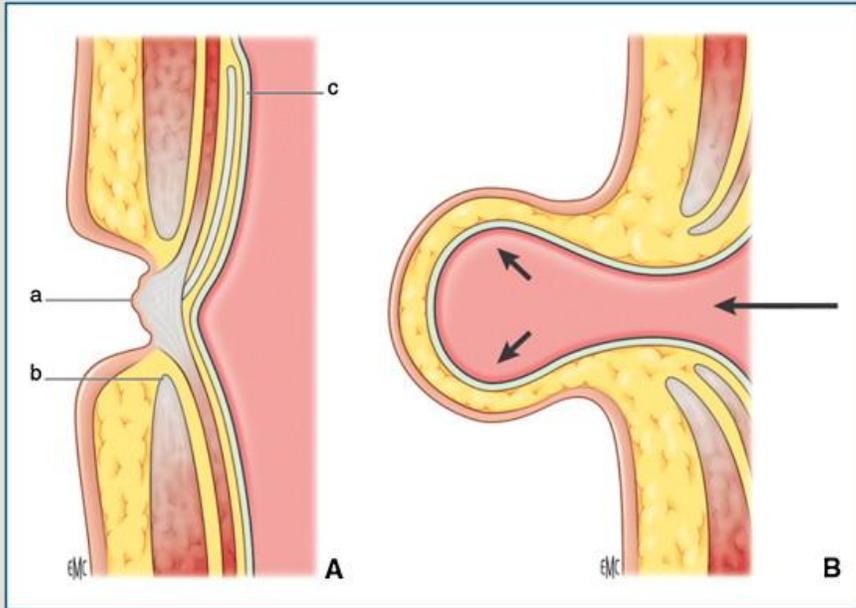
- > ↑FC, vasodilatation systémique, baisse des résistances périphériques, dysfonction diastolique
- Thrombopénie et thrombopathie, ↓ des facteurs de coagulation
- Conséquences de l'hypertension portale : développement de varices oesophagiennes/gastrique, ascite, reperméabilisation de la veine ombilicale.
- Encéphalopathie
- Insuffisance rénale, activation du SRAA

-Facteurs de risque de mortalité après chirurgie pariétale chez les patients cirrhotiques : l'urgence (**4% vs 0,5%** si programmé soit **7x** plus élevé), **score de MELD > 15**, l'hypoalbuminémie (< **30g/L**), score de Child C, l'ascite réfractaire.

-Mortalité de **8,3%** pour les patients cirrhotiques opérés d'une hernie ombilicale non urgente vs **1,8%** chez les patients non cirrhotiques.

# Physiopathologie et complications

-Incidence de la hernie ombilicale chez le cirrhotique > 20 % (10x plus que dans la population générale)



Coupes schématiques d'un ombilic normal (A) ou chez un cirrhotique (B). a : sillon ombilical ; b : anneau ombilical ; c : péritoine.

- ↑ pression intra-abdominale → péritoine repoussé en sous-cutané à travers l'anneau ombilical
- ↓ de la masse musculaire, amyotrophie et la dénutrition, entraînant un élargissement de l'anneau ombilical
- Développement de circulation collatérale via l'hypertension portale → reperméabilisation de veines para-ombilicales qui suivent le trajet de la veine ombilicale pour rejoindre les veines épigastriques (**syndrome de Cruveilhier-Baumgarten**) entraînant un élargissement des orifices du fascia ombilical  
**!/!** Peu de risque en cas de ligature d'aggravation de l'hypertension portale.

-Risque ↑ avec le nombre et la durée des poussées d'ascite, la taille de la hernie ↑ si l'ascite persiste et elle ↓ lorsque l'ascite disparaît.

- Une ↓ brutale de l'ascite → **étranglement** d'une anse digestive.
- Si disparition de l'ascite et si le collet est étroit, **ascite enkysté en sous-cutané**
- Si persistance de l'ascite, apparition de troubles trophiques avec ulcérations cutanées aboutissant à la **rupture spontanée**.

# Principe de prise en charge

---

-Balance bénéfice-risque entre les complications ↑ la morbi-mortalité en cas de chirurgie réalisée en urgence vs chirurgie réglée chez le patient cirrhotique **sélectionné**

-Pas de recommandations claires, sur la prise en charge des patients cirrhotiques présentant une hernie ombilicale, qui reste au **cas par cas**.



# Prévention



-Surveillance et contrôle strict de l'ascite

>Restriction hydro-sodée (< 5g/J)

>**Diurétiques** (Spironolactone et Furosémide)

>Ponctions d'ascite itérative avec compensation par Albumine 20% après > 3L tous les 2L.

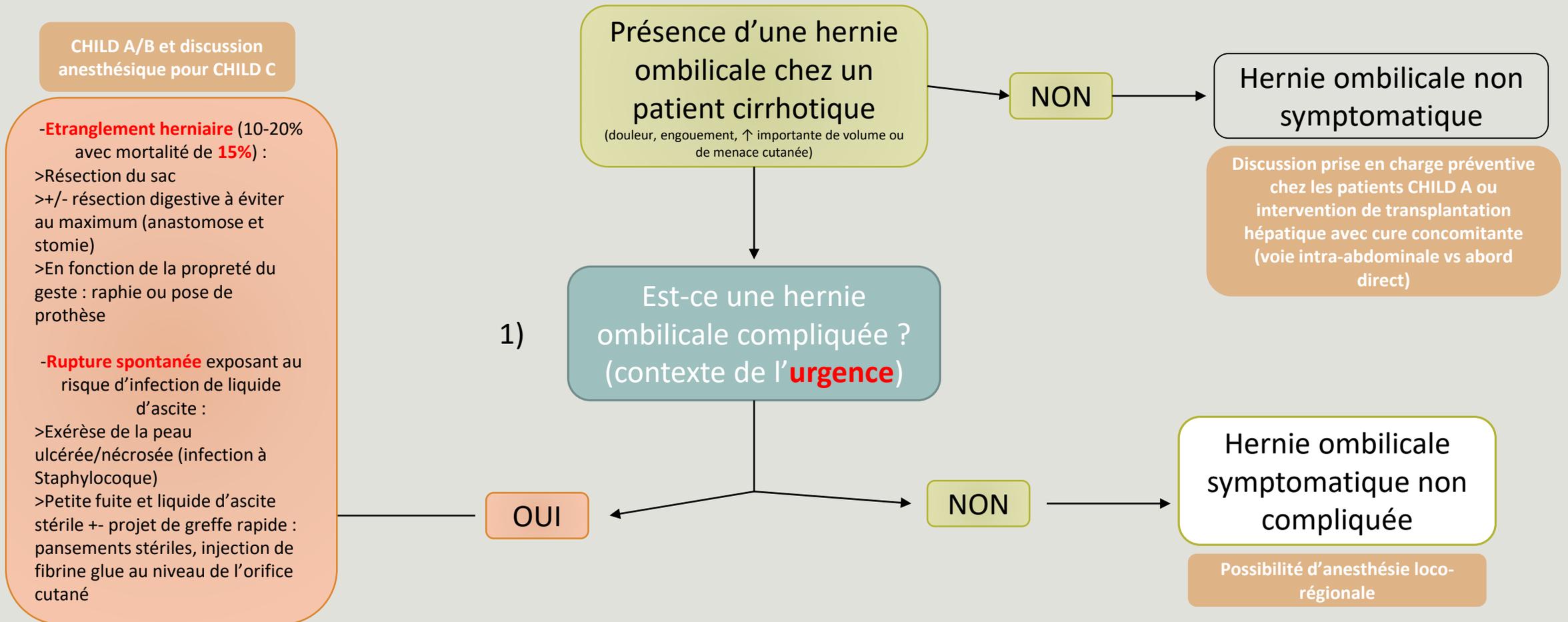
>Pose de TIPS (**Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt**)

>Transplantation hépatique dans les indications d'ascite réfractaire

-La disparition de l'ascite et la suppression des veines para-ombilicales (par ↓ de l'hypertension portale) peuvent s'accompagner d'une disparition de la hernie ombilicale.

-Apparition dans **70 %** des cas après le **3<sup>ème</sup>** épisode de décompensation ascitique.

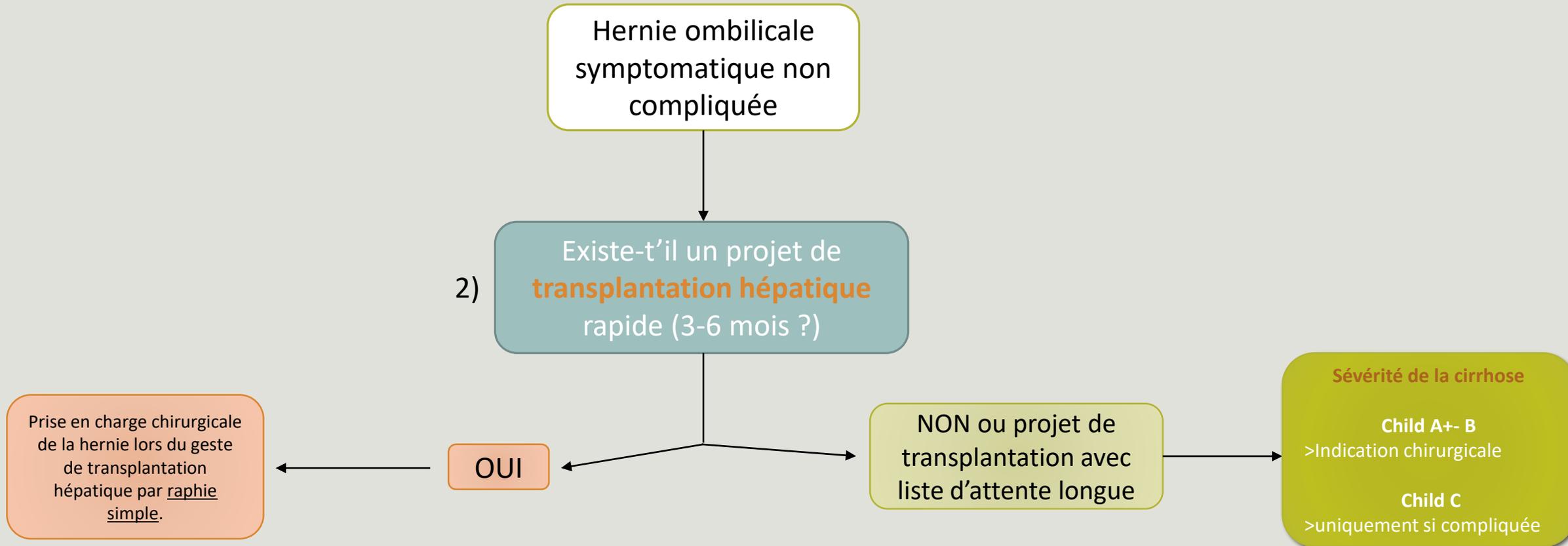
# Prise en charge d'un patient symptomatique



Toujours associé à un prélèvement du liquide d'ascite pour les interventions en urgence

(PNN > 250/mm<sup>3</sup>)

# Prise en charge d'un patient symptomatique



# Techniques chirurgicales

## Sévérité de la cirrhose

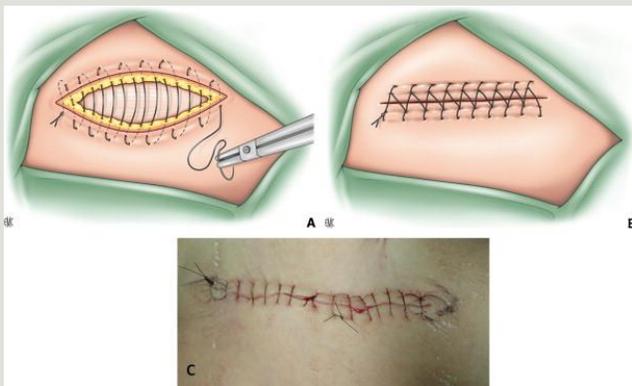
### Child A+ B

> Indication chirurgicale

### Child C

> uniquement si compliquée

77% de complications si traitement conservateur



Principes communs à toute prise en charge de hernie ombilicale chez le patient cirrhotique :

- > Prise en charge nutritionnelle
- > Antibioprophylaxie per-opératoire
- > Prise en charge et prévention de l'ascite pour assurer la cicatrisation aponévrotique et cutanée
- > Vitamine K

Principes généraux :

- > **omphalectomie** et incision peau saine
- > dissection du sac et identification du collet herniaire
- > ouverture du sac et fermeture au surjet de fil fin à résorption lente (3/0 ou 4/0)
- > réparation pariétale, avec ou sans prothèse, par une suture transversale des berges du collet au fil monobrin non résorbable, en surjet
- > fermeture cutanée étanche mais non ischémiant

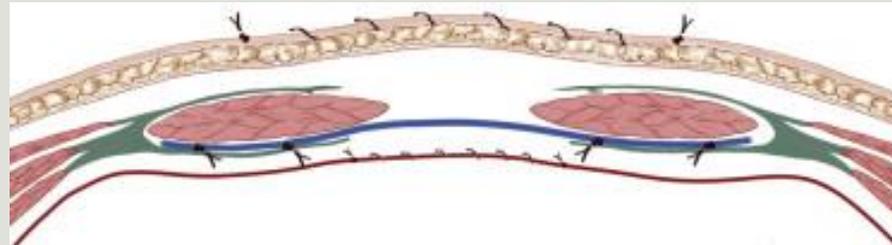
# Prothèse ou pas prothèse ?

- Pas** dans les interventions en urgence (**12,5 %** de décès par sepsis postopératoire, comparés aux **2,5 %** (1))
- Dans les chirurgies programmées, permet de ↓ risque de récurrence (2,7% vs 2,7-24%) sans en ↑ la morbi-mortalité (16%) avec risque infectieux acceptable.
- Toujours en cas d'ascite stérile.

## -Quel position ?

>Description dans les études anglophones : **onlay** (sus-aponévrotique), **sublay-retrorectus** (entre le muscle droit et l'aponévrose postérieure) et **inlay** (intrapéritonéale).

>En terme de risque infectieux et de risque de récurrence, la prothèse en position rétro-musculaire semble être un compromis adéquat.



# Drainage ou pas drainage ?

---

- Pas de place consensuel
- Reconstitution d'une ascite postopératoire fréquente > retardant la cicatrisation.
- L'ascite doit être maîtrisée par un drainage, avec un trajet en chicane qui évite les fuites de liquide à son ablation, et maintenu plusieurs jours (balance bénéfique/risque entre drainage de l'ascite et maîtrise du risque infectieux).

# Place de la laparoscopie ?

- Peu de place.
- Eviter l'abord de la peau lésée
- Eviter de grande cicatrice

# Algorithme de prise en charge

Candidat à la greffe ?

- Cirrhose compensée MELD $\geq$ 15
- Cirrhose **décompensée**  
(ascite, hémorragie)

Oui

Urgence

Chirurgie  
Raphie  
Pas de drainage

Greffe

Traitement de la hernie lors  
de la greffe ou après

- Cirrhose **non sevrée**
- **Antécédent de cancer**
- Cirrhose non grave MELD $<$ 15

Non

Urgence

Chirurgie  
Raphie  
Pas de drainage

Optimisation de la  
cirrhose

Chirurgie +/- prothèse

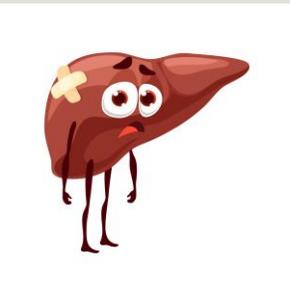
# Conclusion

---

- Traitement au **cas par cas** sans consensus de prise en charge.
- Traitement programmé chez des patients **sélectionnés**
- Toujours traitement concomitant de la hernie ombilicale et de l'ascite
- Point d'honneur au traitement **préventif** de l'apparition de l'ascite.
- Indication chirurgicale formelle dans les formes compliquées (étranglement herniaire et rupture ombilicale).

---

Merci pour votre attention !



# Références

---

- Douard R, Lentschener C, Ozier Y, Dousset B. Operative risks of digestive surgery in cirrhotic patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2009;33:555-64.
- A. Ziser, D.J. Plevac, R.H. Wiesner, J. Rakela, K.P. Offord, D.L. Brown, Morbidity and mortality in cirrhotic patients undergoing anesthesia and surgery
- 1. Guo C, Liu Q, Wang Y, Li J. Umbilical hernia repair in cirrhotic patients with ascites: A systemic review of literature. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2020;31(3):356–62. doi:10.1097/sle.0000000000000891
- Leonetti JP, Aranha GV, Wilkinson WA, Stanley M, Greenlee HB: Umbilical herniorrhaphy in cirrhotic patients. *Arch Surg* 1984; 119:442-5
- 1. Bronswijk M, Jaekers J, Vanella G, Struyve M, Miserez M, van der Merwe S. Umbilical hernia repair in patients with cirrhosis: Who, when and how to treat. *Hernia*. 2022;26(6):1447–57. doi:10.1007/s10029-022-02617-7
- J. Belghiti, B. Rueff, F. Fékété Umbilical hernia in cirrhotic with ascites. Prevalence, course and management
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1878786X12000824>
- 1. Ammar SA. Management of complicated umbilical hernias in cirrhotic patients using permanent mesh: Randomized clinical trial. *Hernia*. 2009;14(1):35–8. doi:10.1007/s10029-009-0556-4
- <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2010-paris/chirurgie-digestive-chez-le-cirrhotique-2/>
- [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/fs\\_cirrhose\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/fs_cirrhose_web.pdf)
- [Hernie ombilicale chez le cirrhotique - EM consulte \(em-consulte.com\)](https://www.em-consulte.com/fr/medecine/gastroenterologie/hernie-ombilicale-chez-le-cirrhotique)

# Annexes

	PRINCIPE	LIMITES	Diagnostic de cirrhose
<b>Fibrotest®</b>	Score composite combinant 7 paramètres : α2-macroglobuline, haptoglobine, apolipoprotéine A1, bilirubine totale, γGT, âge et sexe	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer d'une réalisation avec des techniques appropriées de dosage, de la qualité de la réalisation et de la conservation des prélèvements</li> <li>Respecter les précautions d'interprétation du test : absence de maladie intercurrente, en particulier d'un syndrome inflammatoire, d'une hémolyse, d'une maladie de Gilbert ou de prise de médicaments susceptibles d'entraîner une hyperbilirubinémie</li> </ul>	> 0,75 (valeur du score probabiliste)

	PRINCIPE	LIMITES	Diagnostic de cirrhose
<b>FibroMètre®</b>	Score composite combinant 9 paramètres biologiques : α2-macroglobuline, acide hyaluronique, ASAT, ALAT, bilirubine totale, γGT, urée, numération des plaquettes, taux de prothrombine	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer d'une réalisation avec des techniques appropriées de dosage, de la qualité de la réalisation et de la conservation des prélèvements</li> <li>Respecter les précautions d'interprétation du test : absence d'un syndrome inflammatoire, de traitements par anti-vitamines K ou d'une cholestase responsable d'un déficit en vitamines K, d'une insuffisance rénale ou d'une déshydratation</li> </ul>	> 0,98 (valeur du score probabiliste)

<b>Hepascore</b>	Score composite combinant 6 paramètres : α2-macroglobuline, acide hyaluronique, bilirubine totale, γGT avec un ajustement en fonction du sexe et de l'âge	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer d'une réalisation avec des techniques appropriées de dosage, de la qualité de la réalisation et de la conservation des prélèvements</li> <li>Respecter les précautions d'interprétation du test : absence d'un syndrome inflammatoire, d'une maladie de Gilbert ou d'une hémolyse</li> </ul>	>0,84 (valeur du score)
<b>Élastométrie impulsionnelle ultrasonore (Fibroscan®)</b>	Technique basée sur la mesure par ultrasons de la vitesse de propagation dans le foie d'une onde mécanique permettant d'estimer un coefficient d'élasticité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Peu de centres actuellement équipés de cet appareil</li> <li>Impossibilité technique d'obtenir un résultat en cas d'épaisseur pariétale excessive (obésité) ou d'espace intercostal étroit (comme chez l'enfant) avec l'appareillage actuel</li> <li>surestimation des résultats observée au cours d'une hépatite en phase aiguë</li> </ul>	> 13-15 kPa
<b>Ponction-biopsie hépatique</b>	Examen histologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilité de faux négatifs due aux erreurs d'échantillonnage (taille insuffisante du prélèvement) et aux variabilités inter et intra-observateur(s)</li> <li>Contraintes liées à l'hospitalisation et précautions préalables à sa réalisation</li> <li>Risque de complications (notamment hémorragiques)</li> </ul>	F4 en score histologique METAVIR

# Annexes

---

-Traitement de l'infection de liquide d'ascite :

<b>Tableau 2. Différentes antibiothérapies recommandées face à une ILA.</b>			
<b>Antibiothérapie</b>	<b>Posologie (par jour)</b>	<b>Voie d'administration Initiale</b>	<b>Durée du traitement</b>
<b>Première intention</b>			
<b>Céfotaxime</b>	1 g x 4	Intraveineuse	5 jours
<b>Amoxicilline-acide clavulanique</b>	1 g / 125 mg x 3	Intraveineuse <sup>(a)</sup>	7 jours
<b>Autres traitements possibles</b>			
<b>Ofloxacine</b>	400 mg x 2	Per os <sup>(b)</sup>	7 jours
<b>Ciprofloxacine</b>	200 mg x 2	Intraveineuse <sup>(a)</sup>	7 jours

<sup>(a)</sup> Relais possible par voie orale après 48 heures de traitement par voie intraveineuse ; <sup>(b)</sup> En cas d'ILA sans cho grade ≥ 2, sans insuffisance rénale et sans hémorragie digestive.

- Perfusion d'albumine humaine à 20 % à la dose de 1,5 g/kg le 1er jour et 1 g/kg le 3ème jour
- Diminution d'au moins 50 % du taux de polynucléaires neutrophiles dans l'ascite après 48 heures
- Antibioprophylaxie par Norfloxacin (400 mg/jour per os) tant que persiste le risque de récurrence d'ILA (notamment en cas de persistance de l'ascite)