

rende udseende. Mikroskopisk (**Figur 1**) var tumoren heterogen, bestod af adenoidt væv med irregulære solide mikroglandulære foci og flere steder et retikulært netagtigt stroma med spredte epiteliale celler. Det histologiske billede var særdeles karakteristisk for blommæsækstumor, og der blev påvist Shciller-Duval-legemer, hvilket er patognomonisk for blommæsækstumor. Der kunne ikke påvises andre vævstyper i tumoren. Man fandt infiltrativ vækst i rete testis, men ingen vaskulær eller lymfatisk infiltration. Der var ikke gennemvækst af tunica albuginea og funiklens resektionsrand var fri.

Immunhistokemisk farvning viste udtalt positiv reaktion for alfa1-fetoprotein (AFP) (Figur 1), glypican, CD117 og cytokeratin, mens humant choriogonadotropin (HCG), prostataspecifikt antigen, vimentin, calretinin, placenta-alkalisk fosfatase og CDX-2 var negative.

Postoperativt blev der foretaget computertomografi af thorax og abdomen, som var uden tegn på metastaser, og der blev taget tumormarkører, AFP, HCG og laktatdehydrogenase, som alle var normale. Der var således tale om en blommæsækstumor T1, N0, M0.

Behandlingen af denne patient bestod udelukkende af orkiektomi, og opfølgningen bestod af klinisk kontrol i form af palpation af venstre testikel.

DISKUSSION

Malign germinalcelletumor hos personer, der er ældre end 60 år, er meget sjælden. Ved gennemgang af litteraturen fandt vi to større relevante studier. I det

ene studie [2] omtales blommæsækstumor ikke, da denne ikke var kendt som en separat tumortype på daværende tidspunkt. I det andet nyere studie [3] fandt man blommæsækstumor som en komponent i blandingstumor i fire ud af 50 (8%) tilfælde, men man fandt ingen rene blommæsæksneoplasmer. Vi fandt således ingen tidligere beskrivelser af rene blommæsækstumor hos ældre patienter.

Ud over det faktum, at der er tale om et meget sjældent tilfælde, er det bemærkelsesværdige ved denne sygehistorie, at patienten havde et tidligt tumorstadium, T1. Ældre har oftest sygdom på et mere fremskredet stadium på diagnosetidspunktet [3] og har dermed en dårligere prognose. Juvenil blommæsækstumor har en stærk tendens til at metastasere hæmatogent, mens blommæsækstumor hos voksne har større tendens til lymfogen metastasering ligesom andre nonseminom-germinalcelletumorer [4]. I dette tilfælde havde patienten en god prognose, da der var normale tumormarkører og ingen tegn til metastaser postoperativt.

KORRESPONDANCE: Trine Møller Hansen, Urologisk Afdeling, Roskilde Hospital, KØgevej 7-13, 4000 Roskilde. E-mail: trinemollerhansen@gmail.com

ANTAGET: 10. oktober 2011

FØRST PÅ NETTET: 23. januar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Talerman A. Endodermal sinus tumor elements in testicular germ-cell tumors in adults. *Cancer* 1980;46:1213-7.
2. Abell MR, Holtz F. Testicular and paratesticular neoplasms in patients 60 years of age and older. *Cancer* 1968;21:852-70.
3. Berney DM, Warren AY, Verma M et al. Malignant germ cell tumours in the elderly. *Mod Pathol* 2008;21:54-9.
4. Foster RS, Hermans B, Bihle R et al. Clinical stage I pure yolk sac tumor of testis. *J Urol* 2000;164:1943-4.

Spontan kolocystokutan fistel til højre mamma

Peter Andersen & Hans Friis-Andersen

Kolecystitis er en velkendt komplikation i forbindelse med kolecystolithiasis og kan medføre perforation af galdeblæren. Perforationer inddeles i: 1) kroniske med dannelse af fistler til huden eller andre organer, 2) subakutte med abscesdannelse og 3) akutte med perforation til frit peritoneum [1]. Der findes kasuistiske beretninger om kolocystokutane fistler i abdominalhuden, hvor de hyppigste lokaliseringer er højre og venstre hypochondrium og umbilicus [2]. Endvidere er der beskrevet fisteldannelse til thorax og

pleura, hvilket medførte recidiverende pneumonier og empyem [3]. I litteraturen findes der ikke beskrivelser af fistler til mammae med abscesdannelser som i den her omtalte sygehistorie.

SYGEHISTORIE

En 89-årig kvinde med betydelig komorbiditet blev indlagt med smerter under højre kurvatur og svært forhøjede infektionsparametre. Fraset let forhøjet basisk fosfatase var lever- og galdetallene normale.

KASUISTIK

Kirurgisk Afdeling,
Regionshospitalet
Horsens


FIGUR 1

Skanningsbillede af fistelgangen, som er markeret med en pil.



En ultralyd (UL)-undersøgelse af abdomen viste ductus choledochus dilateret til 12 mm. Patienten fik antibiotisk behandling, hvilket dog initialt var uden effekt. En efterfølgende magnetisk resonans (MR)-kolangiopankreatikografi viste en subfrenisk ansamling på 9 × 8 × 12 cm *steinstrasse* i en dilateret choledochus og kolecystolithiasis. Fundet blev tolket som en ascenderende kolangitis, der pga. koledokolitiasis resulterede i kolecystitis med perforation, hvorfra der var udviklet en subfrenisk absces.

Ansamlingen blev dræneret UL-vejledt under fortsat antibiotikabehandling. Fra drænet løb initialt pus og siden galde. En planlagt endoskopisk retrograd kolangiopankreatikografi (ERCP) blev ikke udført pga. patientens svækkede almentilstand. Konservativ behandling førte til regression af abscessen. Infektionsparametrene blev normaliseret, og patienten fik det så godt, at drænet kunne fjernes, og hun kunne udskrives.

Seks uger senere blev patienten genindlagt med tegn på absces i højre mamma. Man fandt rødme og induration af papillen og den nedre laterale kvadrant af højre bryst strækkende sig om på ryggen. Abscessen blev incideret under udtømmning af pus og galde. En computertomografi (CT) afslørede, at den subfreniske ansamling var gendannet, og at der via interkostalrum 4 var forbindelse til mammaabscessen (**Figur 1**). Patienten blev behandlet med en ny UL-vejledt drænage af den subfreniske ansamling samt ERCP med papillotomi og internt dræn. Sekretionen af galde fra såret på mamma ophørte, men den subfreniske absces gendannedes, hvorfor der blev foretaget åben kolecystektomi. Galdeblæren var skrumpet og dybt indlejret i leveren, men uden relation til det subfreniske rum, hvor-

for transhepatisk perforation af højre leverlaps overflade ikke kan udelukkes.

Det postoperative forløb blev kompliceret af fascieruptur, der blev behandlet med forbigående *vacuum assisted closure* og sekundær sutur.

Patienten kom sig relativt hurtigt herefter og var seks måneder senere velbefindende i sin habitualtilstand og uden tegn til recidiv af hverken mammaabscessen eller den subfreniske absces.

DISKUSSION

Kolecystokutan fisteldannelse er en meget sjælden komplikation i forbindelse med kolecystitis. I de seneste 50 år er der beskrevet færre end 20 tilfælde i litteraturen [4]. Perforation til mamma er ikke tidligere beskrevet. Kolecystokutan fisteldannelse ses hyppigst hos kvinder over 50 år, måske pga. den øgede incidens af kolecystitis i denne aldersgruppe [5].

Den patofysiologiske mekanisme bag perforation synes at være obstruktion af ductus cysticus med øget tryk i galdeblæren, hvilket fører til nedsat blodgennemstrømning, nekrose, perforation og peritonitis [4]. Kronisk perforation fører til absces- og eventuelt fisteldannelse til enten huden eller intraabdominale organer (duodenum, colon), sidstnævnte medfører risiko for galdestensileus [5].

Årsagen til den her omtalte sjældne fistulering er formentlig, at den subfreniske absces har løftet diafragma på højre side og derved skabt mulighed for en fistel til mamma (**Figur 1**).

Udredning omfatter UL- og MR-skanning, CT samt fistulografi. De tre sidstnævnte modaliteter er velegnede til identifikation af abscesser, fistelgange og anden patologi. I denne sygehistorie blev der ikke foretaget fistulografi, men en CT viste fistelgang fra den subfreniske ansamling til mamma.

Endegyldig behandling består af kolecystektomi og, om muligt, eksstirpation af fistelvæv [4]. Hos ældre eller svækkede patienter kan konservativ behandling inklusive drænage og ERCP forsøges [2].

KORRESPONDANCE: Peter Andersen, Paludan-Müllersvej 177, 8200 Aarhus N. E-mail: peterand82@hotmail.com

ANTAGET: 10. januar 2012

FØRST PÅ NETTET: 27. februar 2012

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

- Niemeier OW. Acute free perforation of the gall-bladder. *Ann Surg* 1934;99: 922-4.
- Flora HS, Bhattacharya S. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *HPB* 2001;3:279-80.
- Corral Sánchez MA, Gómez Sanz R, Alvarado Astudillo A et al. Cholecyst-thoracic fistula: a rare complication of lithiasic cholecystitis. *Chest* 1994;106:1303-4.
- Hawari M, Wemyss-Holden S, Parry GW. Recurrent chest wall abscesses overlying a pneumonectomy scar: an unusual presentation of a cholecystocutaneous fistula. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2010;10:828-9.
- Birch BR, Cox SJ. Spontaneous external biliary fistula uncomplicated by gallstones. *Postgrad Med J* 1991;67:391-2.