

dende levergaldetal til klinisk ambulant kontrol. Anamnestisk kom det frem ved udskrivelse, at hun ca. en uge forud for indlæggelsen havde spist ude og efterfølgende havde haft diaréer. Hepatitiserologi viste, at HAV-immunglobulin M var positiv.

DISKUSSION

Akut akalkuløs kolecystitis er en relativt sjælden tilstand, som forekommer ved svær kritisk sygdom [1]. HAV som årsag til svær kompliceret akalkuløs kolecystitis er blevet beskrevet sporadisk i international litteratur [4, 5]. Tilstanden manifesterer sig ved inflammation af en stenfri galdeblære, klassiske biliære smerter, ikterus og en udfyldning i højre hypochondrium [4].

De ultrasoniske diagnostiske kriterier for akut akalkuløs kolecystitis er: 1) udvidelse af galdeblæren, 2) fortykkelse af galdeblærevæggen (> 3,5 mm), 3) ingen slagskygger eller *sludge*, 4) perivesikal væskeansamling og 5) ingen dilatation af ekstra- eller intrahepatiske galdeveje [4]. De fleste tilfælde af akut akalkuløs kolecystitis er selvlimiterende ved konservativ behandling inden for 12 uger, såfremt der ikke er tale om komplikationer i form af gangræn eller perforation af galdeblæren [5].

I ovennævnte sygehistorie blev patienten indlagt med en kort anamnese med ikterus gennem tre døgn. Pga. almen påvirkning, stigende levergaldetal og mistanke om perforation af galdeblæren ved MRCP, blev der foretaget akut laparoskopisk kolecystektomi, hvor ovenstående blev bekræftet. Viral infektion i form af HAV, som patienten fik påvist postoperativt, var den mest sandsynlige forklaring på, at hun havde fået akut kolecystitis. Diagnosen var vanskeliggjort, idet patienter, som har aktiv HAV-infektion, er præget af en betydelig forhøjelse af leverparametre og oftest har ikterus, som er et af symptomerne ved akalkuløs kolecystitis.

SUMMARY

Pedja Cuk, Mozammil Iqbal & Jakob Lykke:

Perforated acute acalculous cholecystitis caused by hepatitis A
Ugeskr Læger 2014;176:V12130701

Acute acalculous cholecystitis is a rare condition associated with a high risk of gangrene, empyema and perforation of the gallbladder. In this case report it is described how hepatitis A infection leads to a fulminant perforated acalculous cholecystitis, which is described sporadically in the literature. The patient presented in this case report had icterus and highly elevated liver enzymes. Magnetic resonance cholangiopancreatography showed an acalculous gallbladder surrounded by free fluid. Laparoscopic cholecystectomy was performed due to suspicion of perforated acute acalculous cholecystitis.

KORRESPONDANCE: *Pedja Cuk*, Allén 32, 1. tv., 2770 Kastrup.

E-mail: pedjacuk@msn.com

ANTAGET: 21. januar 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 14. april 2014

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

TAKSIGELSE: *Odai Adnan Jald*, Radiologisk Afdeling, Slagelse Sygehus, takkes for at stille MR-skanningsbilleder til rådighed.

LITTERATUR

1. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers MB. Sabiston textbook of surgery. 18. udg. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2008:1559-74.
2. Cuthbert JA. Hepatitis A: old and new. *Clin Microbiol Rev* 2008;14:38-58.
3. Mourani S, Dobbs SM, Genta RM et al. Hepatitis A virus-associated cholecystitis. *Ann Intern Med* 1994;120:398-400.
4. de Souza LJ, Braga LC, de Souza Maciel Rocha N et al. Acute acalculous cholecystitis in a teenager with Hepatitis a virus infection - a case report. *Braz J Infect Dis* 2009;13:74-6.
5. Herek Ö, Çördük N, Herek D et al. Acute acalculous cholecystitis due to Hepatitis A infection in a child: a rare cause of acute abdomen. *Ann Afr Med* 2008;10:193-5.