

Unterschiedlicher klinischer Verlauf dreier Fälle mit Amöbenleberabszessen

P. Mian¹, O. Moling², J. Simeoni¹, P. Conci¹, M. Lösch¹, C. Vedovelli¹

Einleitung

Entamoeba histolytica-Infestationen kommen in tropischen Ländern, in Regionen mit niedrigem hygienischen Standard und bei bestimmten Risikogruppen wie Tropenreisenden (5, 24), Immigranten (12), homosexuellen Männern (24), bei berufsbedingtem Abwasserkontakt (11) oder bei internierten psychisch Kranken gehäuft vor (13). Bei bis zu 10% der Betroffenen können die Amöben mit einem nachweisbaren pathogenen Isoenzymmuster ausgestattet sein und zur Invasion und Erkrankung führen (9). Nach Tagen, aber auch erst nach mehr als 20 Jahren (21), kann es zur akuten oder chronischen Kolitis, zu Leberabszessen und seltener zu anderen Komplikationen kommen (1, 2). Wenn an Amöben-Leberabszesse gedacht wird, kann durch anamnestische Hinweise und durch die meistens charakteristische Klinik, durch die positiven Befunde der bildgebenden Verfahren und der spezifischen Serologie leicht die Diagnose gestellt werden. Es stehen uns heute mehrere wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung, was zu Kontroversien über die bestmögliche Vorgangsweise geführt hat.

Kasuistik

In den letzten drei Jahren kamen im Allgemeinen Regional-Krankenhaus Bozen folgende drei Fälle mit Amöben-Leberabszessen zur Beobachtung:

Fall 1

Bei einem 46jährigen Mann traten drei Tage nach der Rückkehr von einem einmonatigen Aufenthalt in Thailand 38° C Fieber und Bauchschmerzen auf. Am vierten Tag suchte er die Erste Hilfe Station auf. Zwei Tage später, bei der Aufnahme in eine chirurgische Abteilung, klagte er über starke Oberbauchschmerzen und Übelkeit und wies Druckschmerzen im rechten Hypochondrium mit Abwehrspannung sowie 38° C Fieber auf. Die Leukozytenzahl betrug 14.270/mm³, die BSG 26. Sonographisch wurden bei leicht vergrößerter Leber, im rechten Leberlappen drei und im linken Leberlappen zwei hypodense Formationen mit einem Durchmesser von 1/2 - 2 cm festgestellt. In der früheren Anamnese wurden eine Perikarditis, eine Pneumonie, häufig übermäßiger Alkoholkonsum und ein Jahr zuvor eine vegetative Dystonie angegeben.

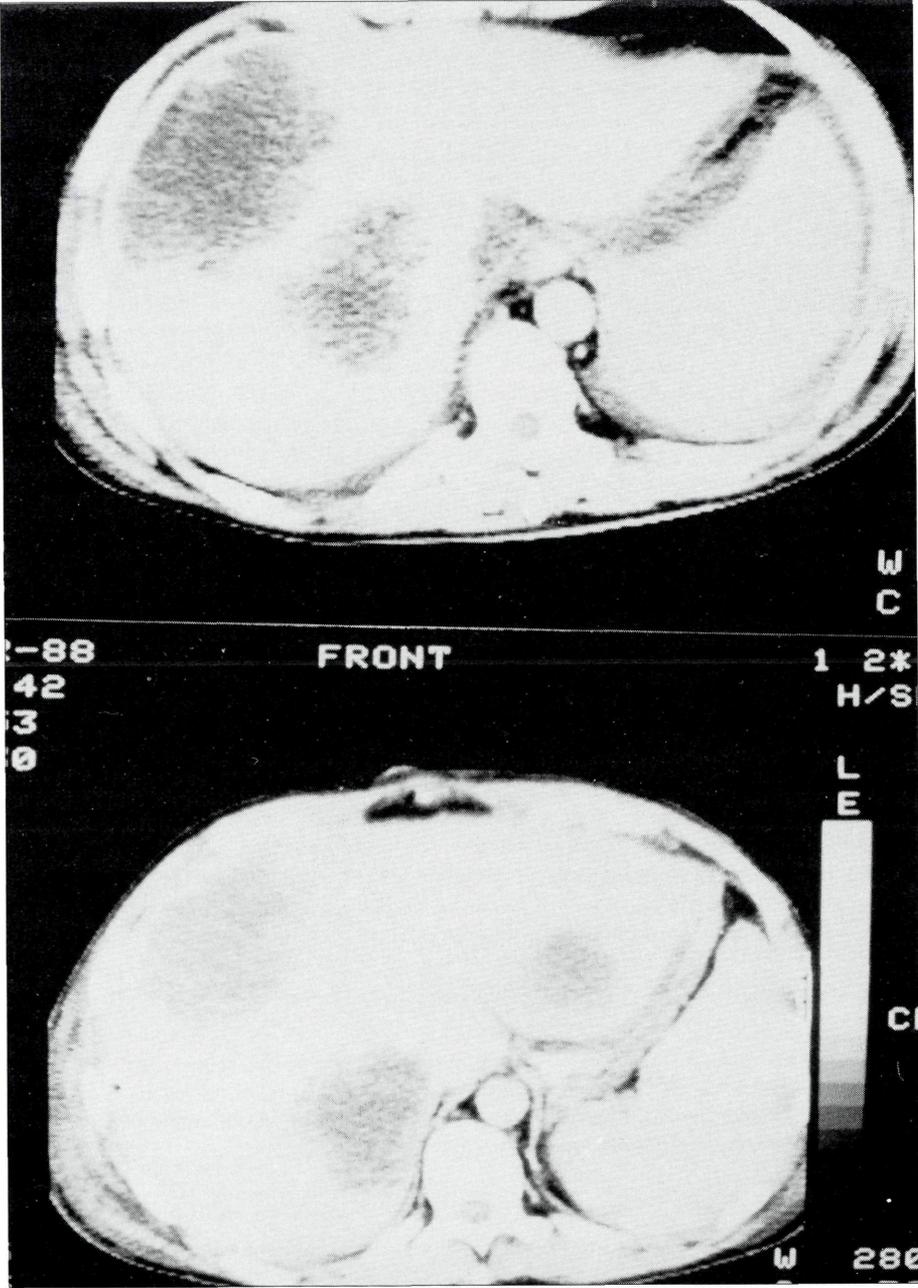


Abb. 1:

CT-Untersuchung des 10 cm großen Leberabszesses vor und nach der chirurgischen Drainage bei Fall 1.

Am dritten Aufnahmetag wurde eine Cholezystektomie durchgeführt. Darauf verschlechterte sich der Zustand des Patienten. Bei der CT-Untersuchung des Abdomens wurden multiple Leber- und Nierenzysten festgestellt. Am 9. Aufnahmetag erfolgte eine erneute Laparotomie. Wegen Dilatation des Zökums bei multiplen Nekrosen und Ulzerationen, jedoch ohne Perforation, wurde eine Hemikolektomie rechts durchgeführt, zwei Tage später auch eine Hemikolektomie links. Nach dem dritten Eingriff wurde Metronidazol 2×500 mg/die gegeben.

Am 14. Aufnahmetag erfährt man die histologische Diagnose: invasive Amöbiasis. Darauf wird die Metronidazoldosis auf 2,5 g erhöht. Am nächsten Tag werden Antikörper gegen Amöben mit einem Titer von 1 : 512 (IHA) nachgewiesen. Wegen weiterer Verschlechterung des Zustandbildes wurde am 16. Aufnahmetag eine chirurgische Revision der Bauchhöhle durchgeführt und ein inzwischen 10 cm großer Leberabszeß drainiert. Als spezifische Therapie wurden jetzt täglich zuerst 60 und dann 90 mg Dehydroemetin hinzugefügt und nach einer Woche wieder abgesetzt, da es zu einer Vergrößerung des Herzschattens gekommen war.

Es kam zu massiven rezidivierenden Pleuraergüssen links und schließlich im Verlauf des septischen Geschehens zu einem Multiorganversagen. Der ateminsuffiziente Patient wurde insgesamt 35 Tage beatmet, das oligurische Nierenversagen temporär zuerst mit Hämodiafiltration und dann mit Hämodialyse behandelt. Es wurden 28 Einheiten konzentrierter Erythrozyten, 41 Einheiten Plasma verabreicht und die totale parenterale Ernährung dauerte über zehn Wochen. Nach 42 Tagen konnte die Verlegung von der Intensivstation erfolgen. Der Gewichtsverlust durch die Erkrankung betrug 18 kg. Eineinhalb Jahre später wurde das Ileostoma mit dem belassenen Rektumstumpf anastomosiert. Ein halbes Jahr darauf ist der Patient wieder nach Thailand gereist.

Fall 2

Eine 33jährige Frau wies fünf Monate nach der Rückkehr von einem 4monatigen Aufenthalt in Indien 39° C Fieber, Übelkeit, Kopfschmerzen, Schmerzen in der Lebergegend mit Verstopfung und gelegentliche stechende Schmerzen im Rücken auf. Eine Woche später wurde sie auf die Infektionsabteilung eingewiesen. Sie bot das Bild eines akuten Abdomens, mit 39° C Fieber, einem gespannten, extrem druckempfindlichen rechten Oberbauch, Zwerchfellhochstand mit schneller oberflächlicher Atmung und einer ausgeprägten Klopfempfindlichkeit des rechten unteren Thoraxbereiches. Von den Laborwerten waren die Leukozytenzahl mit $27.000/\text{mm}^3$, die BSG von 122, leicht erhöhte Transaminasen und alkalische Phosphatase auffällig. Die Echographie der Leber zeigte zwei hypoechogene Areale von 6 und 10 cm Durchmesser im 8. und 6./7. Segment des rechten Leberlappens. In früheren Jahren hatte die Patientin Heroin genommen und eine akute non-A, non-B Hepatitis durchgemacht. Aus Venedig stammend hatte sie Tage vor der Erkrankung in einem Fremdenverkehrsort in Südtirol eine Saisonarbeitsstelle angetreten.

Es wurde unmittelbar mit der Verabreichung von Metronidazol $750 \text{ mg} \times 3/\text{Tag}$ i. v. begonnen, was bereits nach einem Tag zur Entfieberung und deutlichen Besserung der klinischen Symptomatik führte. Der Amöben-Antikörpertiter betrug 1 : 4.096 (IHA). Am 11. Aufnahme- und Behandlungstag wurden wegen des Weiterbestehens beachtlicher Schmerzen und einer BSG von 115 und Leukozyten von $20.640/\text{mm}^3$ Dehydroemetin 60 mg und Chloroquin zur Therapie hinzugefügt. Daraufhin nahm die Leukozytenzahl ab, aber die Schmerzsymptomatik besserte sich nur unwesentlich, die Durchmesser der Abszesse nahmen leicht zu (7 bzw. 12 cm), sodaß am 15. Behandlungstag der größere Abszeß perkutan drainiert wurde. Bei der Entlassung nach einem Monat ging es der Patientin gut, wenn auch noch minimale Schmerzen in der Lebergegend besonders beim Liegen angegeben wurden.

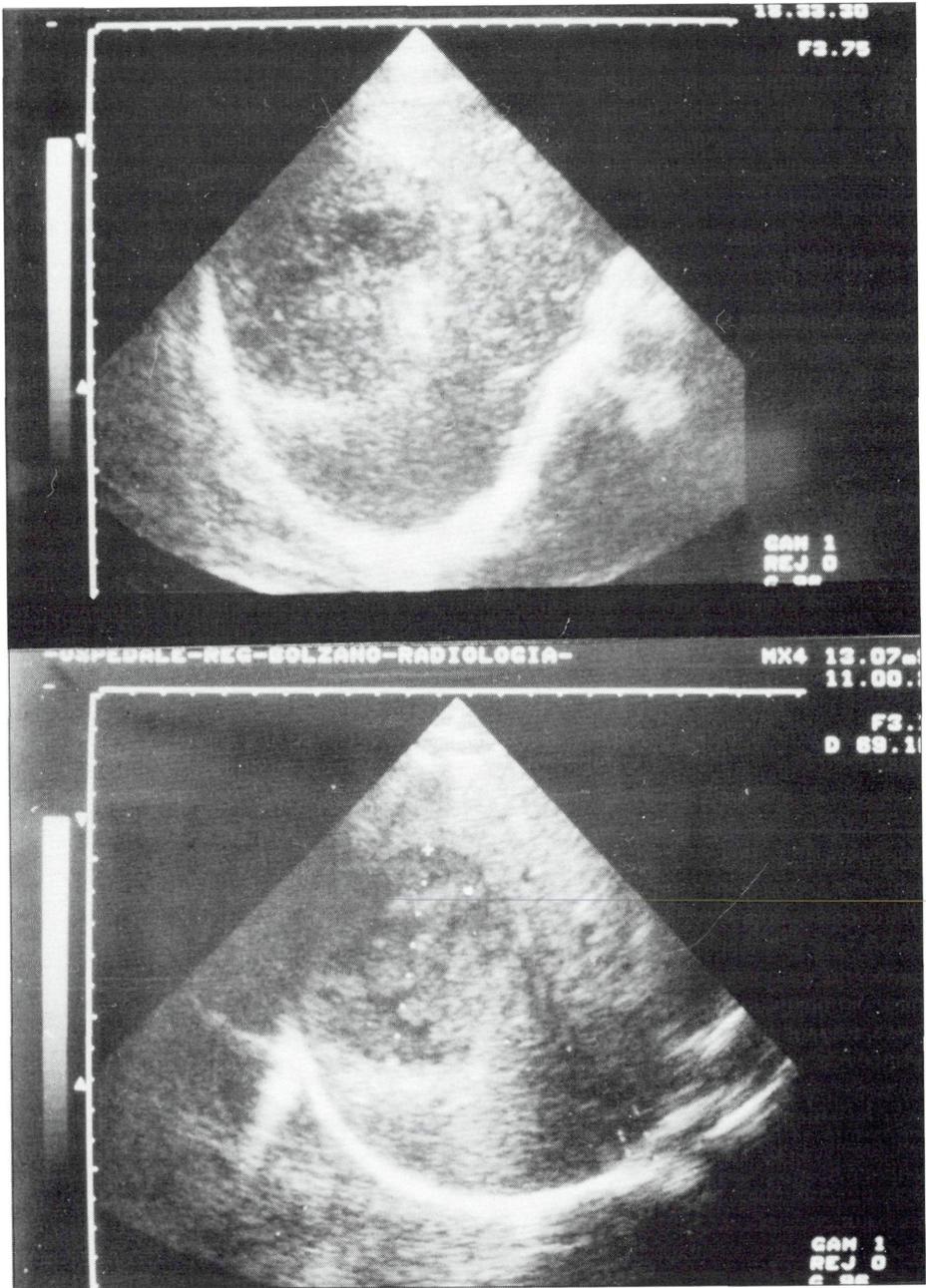


Abb. 2:

Ultraschall-Aufnahme des 12 cm großen Leberabszesses vor und nach der perkutanen Kathetherdrainage bei Fall 2.

Fall 3

Auf der gastroenterologischen Abteilung wurde ein 47jähriger Mann aufgenommen, der seit zwei Wochen an Bauchbeschwerden und leichtem Durchfall litt, zuletzt mit Schleim und Blutbeimengungen im Stuhl. Die Histologie der Kolonbiopsien entsprach einer invasiven Amöbiasis. Die daraufhin durchgeführte Ultraschalluntersuchung der Leber zeigte drei hypoechogene Formationen von 4 cm Durchmesser im 5., 6. und 7. Segment des rechten Leberlappens. Die spezifische Amöbenserologie betrug 1 : 512 (IHA). Amöbenkolitis und Amöbenleberabszesse sprachen gut auf Metronidazol an, sodaß der Patient am 10. Behandlungstag entlassen werden konnte.

In der Anamnese wurde eine Meningitis in der Kindheit mit nachfolgender Epilepsie und eine Colitis ulcerosa vor 15 Jahren angegeben. Der Patient, der nie in tropischen Regionen gewesen ist, habe außer zu drei Pilgerfahrten nach Lourdes (Frankreich) und zu einem Aufenthalt in Sizilien ein Jahr vorher nie die Region verlassen.

Diskussion

Wenn eine Krankheit selten oder nie beobachtet wird, kann es eher zu deren Verknennung bei der Erstkonfrontation in der klinischen Praxis kommen, so auch bei Fall 1. Das Fehlen einer Tropenanamnese bei Fall 3 oder das Auftreten der Erkrankung Monate bis Jahre nach einer erfolgten Infestation, erschweren zusätzlich die Diagnosestellung einer Amöbenerkrankung. Seit man weiß, daß etwa 90% der mit Amöben Infestierten symptomlos sind (9), beschäftigt man sich mit der Frage, wodurch nach Monaten oder Jahren die akute Erkrankung ausgelöst wird und welche Rolle dabei die momentane Abwehrlage des Wirtes spielt (18). Kürzlich gelang *in vitro* durch Mitkultivierung von bestrahlten, lebenden Bakterien bei Amöben eines symptomlosen Trägers diese zur Bildung des pathologischen Enzymmusters mit Fähigkeit zur Zytolyse zu induzieren. Diese Pathogenität war reversibel nach anschließender Kultur zusammen mit den Darmbakterien des ursprünglichen Trägers (15). Der Umzug von Venedig mit Arbeitsbeginn in einer neuen ungewohnten Umgebung, Tage vor Ausbruch der Erkrankung, mag zu Veränderungen der Darmflora und der Abwehrsituation bei der Patientin 2 geführt haben.

Die Verteilung der vielfältigen klinischen Symptome variiert beachtlich je nach untersuchtem Patientenkollektiv und je nachdem, ob es sich um einen akuten (Fälle 1, 2) oder subakuten Verlauf (Fall 3) der Amöbenleberabszeßerkrankung handelt (2, 3, 12). Der charakteristische Klopfschmerz und die Druckempfindlichkeit der vergrößerten Leber werden meist vorgefunden, Fieber bei 75% (3, 12), Schmerzen im rechten Oberbauch bei 65%, Durchfall hingegen nur bei 25% (3). In 1 - 5% können die Serologie (21) und auch die Echographie (12) — besonders in den ersten Tagen der Erkrankung — negative Ergebnisse bringen. In der Studie über 52 Fälle mit Leberabszessen aus Kairo (3) wurde bei allen eine klopf- und druckempfindliche, vergrößerte Leber beschrieben, demnach könnte dessen Fehlen als einziges alleiniges Ausschlußkriterium angewendet werden.

3 × 750 mg Metronidazol für fünf bis zehn Tage erwies sich in 85 - 99% der behandelten Amöbenleberabszesse (3, 12, 22, 16) mit meist dramatischer Besserung der klinischen Symptome, Entfieberung und Abnahme der Leukozytenzahl innerhalb von drei Tagen als ausreichend, wenn auch über einzelne erfolgreich behandelte mit geringer Zunahme des Abszeßdurchmessers während des Therapieverlaufs oder Entfieberung erst am 11. Behandlungstag berichtet wurde (16). Bei Therapieresistenz bieten sich folgende Möglichkeiten an: die konservative Behandlung mit Dehydroemetin mit oder ohne Chloroquin, die Nadel-Aspiration, die perkutane Katheter-Drainage und die chirurgische Drainage. Bei einem Vergleich dieser vier Methoden bei 50 Patienten, die auf

Metronidazol nicht in befriedigender Weise ansprechen, erwies sich die perkutane Katheter-Drainage als die günstigste Methode (20). Neben dem dehnbaren Begriff der Therapieresistenz zählen der Ausschluß einer bakteriellen Superinfektion und die drohende Perforation ins Perikard, als seltene aber gefährlichste Komplikation, zu den allgemein anerkannten Indikationen zur Aspiration oder Drainage von Amöbenleberabszessen (16, 20, 23).

Umstrittene Indikationen (16) sind die Drainage aller Abszesse des linken Leberlappens, bei drohender Perforation in Peritoneum (23) oder gar die Aspiration aller Abszesse wegen der Annahme, daß dadurch der Heilungsprozeß beschleunigt würde (5, 8). Die chirurgische Drainage sollte heute nur jenen Fällen vorbehalten sein, wo wegen der ungünstigen anatomischen Lage die Aspiration oder perkutane Drainage erschwert ist (18). In die Bauchhöhle perforierte Abszesse wurden inzwischen erfolgreich auch mit perkutaner Drainage (10, 19) und — in Einzelfällen — auch nur mit Metronidazol behandelt (16). Als luminales Amöbizid wurde von uns Paromomycin gegeben. Bei Fall 2 mit Therapieresistenz auf Metronidazol hätte man vielleicht einige Tage gewonnen, wenn man gleich perkutan drainiert hätte wie von SINGH empfohlen (20), und nicht vorher noch einen Therapieversuch mit Dehydroemetin und Chloroquin gewählt hätte, wie von THOMPSON angeraten (22).

Die fulminante Amöbenkolitis ist eine seltene Komplikation der Amöbiasis, aber mit hoher Letalität belastet (6). Sie tritt bei Unterernährung, in der Schwangerschaft, bei Kindern und bei Kortisontherapie auf (18). Sie kann auch durch einen chirurgischen Eingriff bei fehlender chemotherapeutischer Abdeckung ausgelöst werden, so z. B. bei einer Appendektomie oder Entfernung eines Amöboms, welches als Tumor verkannt wurde (14, 21). Möglicherweise hat die unnötige Cholezystektomie bei Fall 1 die fulminante Kolitis ausgelöst oder zumindest kompliziert. Erst kürzlich wurde aus San Francisco über sechs ähnliche Fälle berichtet, bei denen wegen einer fulminanten Kolitis eine totale Kolektomie durchgeführt werden mußte und erst die Histologie die unerwartete Diagnose invasive Amöbiasis erbrachte; von sechs überlebte nur einer, bei diesem wurde eine perioperative Prophylaxe mit Metronidazol durchgeführt (6). Kommt es bei einer Amöbenkolitis zur Perforation, ist diese meist gedeckt und hier empfiehlt sich die konservative Therapie (4, 18). Bei freier Perforation hat man bessere Resultate erzielt, wenn die perforierte Stelle entweder exteriorisiert wurde oder geschlossen und mit Omentum gedeckt, als wenn Resektionen durchgeführt wurden (4).

Die Ausheilung von Leberabszessen braucht zwei Monate bis zu zwei Jahre Zeit, über 10 cm große Abszesse meist mehr als ein Jahr (7, 17). Bei der Ausheilung wird die Abszeßhöhle in der Regel durch Parenchymgewebe ersetzt, manchmal können aber zystische Gebilde zurückbleiben (17). Alle drei behandelten Patienten hatten nach der Entlassung mehrmals geringgradige Beschwerden in der Lebergegend. Die meisten der aufgesuchten Ärzte waren beunruhigt von der Persistenz der Abszeßhöhlen bei den Kontrolluntersuchungen und nach dem Dogma „ubi pus ibi evaqua“ wurde das Aufsuchen eines Chirurgen oder anderer Spezialisten empfohlen.

Bei Fieber und Tropenanamnese und bei der Differentialdiagnose unklarer Bauchbeschwerden muß immer auch eine Amöbenerkrankung in Betracht gezogen werden und die Indikation zur Durchführung einer Echographie der Leber und einer Amöbenserologie sollte großzügig gestellt werden.

Zusammenfassung

Bei einem 46jährigen Mann mit Symptomen eines akuten Abdomens wurde eine Cholezystektomie durchgeführt. In den nächsten Tagen mußte er wegen des Auftretens einer fulminanten nekrotisierenden Kolitis zuerst rechts, dann links hemikolektomiert

werden. Die Histologie ergab eine invasive Amöbiasis. Multiple Leberabszesse wurden anfangs verkannt. Nach 42 Tagen Intensivtherapie war er außer Lebensgefahr. 18 Monate später wurde das Ileostoma zurückoperiert.

Eine 33jährige Frau mit hohem Fieber wurde auf die Infektionsabteilung eingewiesen. Eine unmittelbar darauf eingeleitete Therapie von Amöben-Leberabszessen mit Metronidazol, nach zehn Tagen kombiniert mit Dehydroemetin und Chloroquin, erwies sich als nicht ausreichend, weshalb am 15. Aufnahmetag ein 12 cm großer Abszeß perkutan drainiert wurde.

Ein 47jähriger Mann wurde wegen blutig-schleimiger Durchfälle an der gastroenterologischen Abteilung aufgenommen. Die Histologie einer Kolonbiopsie zeigte eine Amöbenkolitis auf. Daraufhin wurden echographisch mehrere Leberabszesse festgestellt. Abszesse und Kolitis haben auf Metronidazol gut angesprochen.

Schlüsselwörter

Amöben-Leberabszesse, fulminante nekrotisierende Amöbenkolitis.

Summary

Three cases of amoebic liver abscesses with different clinical courses

A 46 year old man with symptoms of an acute abdomen underwent a cholecystectomy. In the following days because of the occurrence of a fulminant necrotizing colitis first a right and then a left hemicolectomy had to be done. The histologic diagnosis was invasive amoebiasis. At the beginning multiple liver abscesses were disregarded. After 42 days he could leave the critical care unit. 18 months later the ileostoma was joined to an ileo-rectal anastomosis.

A 33 year old woman with high fever was admitted on the infectious diseases ward. Soon treatment for amoebic liver abscesses was started with metronidazol and after ten days continued with dehydroemetine and chloroquine. There was not a sufficient clinical response, therefore a 12 cm large abscess was drained by a percutaneous catheter.

The histological examination of a colonbiopsy of a 47 year old man, who had complained of bloody-mucous diarrhea revealed an amoebic colitis. Thereafter multiple liver abscesses were found in sonography. Metronidazol therapy was followed by rapid recovery.

Key words

Amoebic liver abscesses, fulminant necrotizing amoebic colitis.

Literatur

1. ADAMS, E. B., MacLEOD, I. N. (1977):
Invasive amoebiasis.
I. Amoebic dysentery and its complications.
Medicine 56, 315-323.
2. ADAMS, E. B., MacLEOD, I. N. (1977):
Invasive amoebiasis.
II. Amoebic liver abscess and its complications.
Medicine 56, 325-334.

3. AHMED, L., ROOBY, A. E., KASSEM, M. I., SALAMA, Z. A., STRICKLAND, G. T. (1990):
Ultrasonography in the diagnosis and management of 52 patients with amebic liver abscess in Cairo.
Rev. Infect. Dis. 12, 330-337.
4. BAKER, L. W., LUVUNO, F. M. (1988):
Amoebiasis.
In: Blumgart, L. H. (Ed): *The surgery of the liver and the biliary tract* (Churchill Davidson) 967-976.
5. DE LALLA, F., RIZZARDINI, G., CAIROLI, G. A. et al. (1988):
Outbreak of amoebiasis in tourists returning from Thailand.
Lancet ii, 847.
6. ELLYSON, J. H., BEZMALINOVIC, Z., PARKS, S. N., LEWIS, F. R. (1988):
Necrotizing amebic colitis: a frequently fatal complication.
Am. J. Surg. 152, 21-26.
7. GIBNEY, E. J. (1990):
Amoebic liver abscess.
Br. J. Surg. 77, 843-844.
8. GIORGIO, A., AMOROSO, O., GRANCICA, G. et al. (1988):
Echo-guided percutaneous puncture: a safe and valuable therapeutic tool for amebic liver abscess.
Gastrointest. Radiol. 13, 336-340.
9. GUERRANT, R. L. (1986):
The global problem of amoebiasis: current status, research needs, and opportunities for progress.
Rev. Infect. Dis. 8, 218-227.
10. KEN, J. G., VAN SONNENBERG, E., CASOLA, G., CHRISTENSEN, R., POLANSKY, A. M. (1989):
Perforated amebic liver abscesses: successful percutaneous treatment.
Radiology 170, 195-197.
11. KNOBLOCH, J., BIALEK, K. R., HAGEMANN, J. (1983):
Intestinaler Protozoenbefall durch berufsbedingten Abwasserkontakt.
Dtsch. Med. Wschr. 108, 57-60.
12. MALTZ, G., KNAUER, C. M. (1991):
Amebic liver abscess: a 15 year experience.
Am. J. Gastroenterol. 86, 704-710.
13. MARCHI, L., CARNEVALE, G., MORA, A., PAN, A., PETRINI, C. (1991):
Amebiasi endemica in un Ospedale Psichiatrico.
XXI. Congresso Nazionale AMOI Arezzo, settembre 11-14, 291.
14. MANSON-BAHR, P. E. C. (1983):
Manson's tropical diseases (Baillere Tindall: London), 121-128.
15. MIRELMANN, D., BRACHA, R., WEXLER, A. et al. (1986):
Changes in isoenzyme patterns of a cloned culture of nonpathogenic *Entamoeba histolytica* during axenisation.
Infect. Immun. 54, 827-832.
16. RALLS, P. W., BARNES, P. F., JOHNSON, M. B. et al. (1987):
Medical treatment of hepatic amebic abscess: rare need for percutaneous drainage.
Radiology 165, 805-807.
17. RALLS, P. W., QUINN, M. F., BOSWELL, W. D. et al. (1983):
Patterns of resolution in successfully treated hepatic amebic abscess: sonographic evaluation.
Radiology 149, 541-543.
18. RAVDIN, J. I., WILLIAM, A., PETRI, J. R. (1990):
Entamoeba histolytica (Amebiasis).
In: Mandell, G. L. (Ed.): *Principles and practice of infectious diseases* (Churchill Livingstone: New-York, Edinburgh, London, Melbourne), 2036-2049.
19. SARDA, A. K., BAL, S., SHARMA, A. K., KAPUR, M. M. (1989):
Intraperitoneal rupture of amoebic liver abscess.
Br. J. Surg. 76, 202-203.
20. SINGH, J. P., KASHYAP, A. (1989):
A comparative evaluation of percutaneous catheter drainage for resistant amebic liver abscesses.
Am. J. Surg. 158, 58-62.

21. STAMM, W. P. (1970):
Amoebic aphorisms.
Lancet ii, 1355-1356.
22. THOMPSON, J. E., FORLENZA, S., VERMA, R. (1985):
Amoebic liver abscess: a therapeutic approach.
Rev. Infect. Dis. 7, 171-179.
23. VAN SONNENBERG, E., MUELLER, P. R., SCHIFFMAN, H. R. et al. (1985):
Intrahepatic amoebic abscesses: indications for and results of percutaneous catheter drainage.
Radiology 156, 632-635.
24. WEINKE, T., FRIEDRICH-JÄNICKE, B., HOPP, P., JANITSCHKE, K. (1990):
Prevalence and clinical importance of *Entamoeba histolytica* in two high-risk groups: travelers returning from the tropics and male homosexuals.
J. Infect. Dis. 161, 1029-1031.

KORRESPONDENZADRESSE:

Dr. Oswald Moling
Infektionsabteilung
Allgemeines Regionalkrankenhaus

Lorenz Böhlerstrasse 5
I-39100 Bozen · Südtirol

ZOBODAT - www.zobodat.at

Zoologisch-Botanische Datenbank/Zoological-Botanical Database

Digitale Literatur/Digital Literature

Zeitschrift/Journal: [Mitteilungen der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie](#)

Jahr/Year: 1992

Band/Volume: [14](#)

Autor(en)/Author(s): Mian Peter, Moling Oswald, Simeoni J., Conci P., Lösch M., Vedovelli C.

Artikel/Article: [Unterschiedlicher klinischer Verlauf dreier Fälle mit Amöbenleberabszessen. 129-138](#)