

Abtlg. für Kinderinfektionskrankheiten und interne Kinderkrankheiten des Wilhelminenspitals der Stadt Wien
(Vorstand: Prof. Dr. G. Weippl) (1)
Chirurgische Abteilung des Mautner Markhof'schen Kinderspitals der Stadt Wien
(Vorstand: Prof. Dr. E. Horcher) (2)

Amoebenleberabszeß im Kindesalter — Falldemonstration

Irene Gödl¹, K. K. Körner²

Einleitung

Anlaß für diesen Fallbericht ist die Seltenheit des Amoebenleberabszesses in Österreich. So wurden z. B. in den Jahren 1985/86 laut Epidemiologischen Informationen sechs Fälle diagnostiziert (2). Da die Krankheit gesetzlich nicht anzeigepflichtig ist, liegen keine genaueren Angaben vor. Meist handelt es sich um aus dem Ausland importierte Infektionen. Da hierzulande eine relativ starke Zuwanderung von Gastarbeiterfamilien aus Ländern, in denen *E. histolytica*-Infektionen endemisch sind, besteht, müssen wir auch bei Kindern diese seltene Infektion in unsere differentialdiagnostischen Überlegungen einbeziehen.

Im Kindesalter sind die beiden Hauptformen des Leberabszesses der pyogene und der durch *E. histolytica* hervorgerufene. Insgesamt stellen jedoch Leberabszesse im Kindesalter sehr seltene Krankheiten dar. So wird für den pyogenen Leberabszeß eine Häufigkeit von drei Fällen auf 100.000 Spitalsaufnahmen jährlich angegeben (1). An unserer Abteilung fanden wir in den Jahren 1985-1988 zweimal einen pyogenen und einmal einen Amoebenabszeß bei einer jährlichen Aufnahmezahl von 2500-3000.

Es soll im folgenden insbesondere auf Symptomatik, Verlaufsform, Therapie und vor allem auf differentialdiagnostische Aspekte gegenüber dem pyogenen Leberabszeß eingegangen werden.

Fallbericht

Ein bis zur Aufnahme gesundes, türkisches Mädchen wird wegen seit drei Tagen bestehenden therapieresistenten Fiebers an der Abteilung für Kinderinfektionskrankheiten aufgenommen. Die Erstuntersuchung zeigte ein bis 39 Grad fieberndes Kind mit Druckschmerzhaftigkeit im Unterbauch bei sonst unauffälligem internen Status. Da der Harnbefund eine Leukozyturie (200/3 Zellen/ml²) und das Sediment Bakterien (kulturell *E. coli* und Enterokokken) ergaben, wurde unter der Diagnose einer Zystopyelitis eine antibiotische Therapie mit Trimethoprim/Sulfamethoxazol p. o. eingeleitet. Am folgenden Tag bestanden weiterhin septische Temperaturen, die zuerst im Unterbauch lokalisierten Schmerzen verlagerten sich zunehmend in den Oberbauch, wobei die palpatorisch nur als geringgradig vergrößert imponierende Leber druckempfindlich erschien. Die daraufhin veranlaßte sonographische Untersuchung des Oberbauches zeigte im Bereich des rechten Leberlappens eine ca. 6,4 × 3,9 cm im Durchmesser betragende

TABELLE 1
Patientin Y. T., 5 a ♀
Amoebenleberabszeß – Verlaufsbeobachtung

	Tage nach Aufnahme					
	1.	4.	6.	12.	17.	24.
LEUKO	12.800	13.900	14.700		6.500	6.300
BSG (1 Std.)		128	120		93	
CRP (mg/dl)	10,8	4,8	2,4	9,6	9,6	< 1,3
GOT (U/l)	14	17	10	12	15	
GPT (U/l)	13	24	14	5	6	
GGT (U/l)	67	68	72	46	40	

glattwandige Raumforderung, die teils echoarm, teils echoreich erschien. Vom Untersucher wurde der Verdacht auf einen beginnenden Leberabszeß geäußert, wobei aufgrund dieses Bildes auch eine Echinokokken-Zyste nicht ausgeschlossen werden konnte. Zur exakteren Abklärung bezüglich Struktur, Größe, Lage und Beziehung zu den benachbarten Organen erfolgte eine Computertomographie, die den sonographischen Befund im wesentlichen bestätigte. (Nach Kontrastmittelgabe zeigte sich eine geringe Anfärbung der Wandstrukturen.)

Die laborchemischen Befunde sind in Tabelle 1 zusammengestellt. Auffallend sind die massiv positiven Entzündungsparameter (z. B. Blutsenkung, Leukozytose, Akutphasenproteine) bei unauffälligen Transaminase-Werten und nur gering angestiegener Gamma-GT.

Da zu diesem Zeitpunkt aufgrund des klinischen Bildes und der Ergebnisse der Laboruntersuchungen keine Hinweise auf die Genese des Abszesses zu erhalten waren, setzten wir die antibiotische Therapie mit Cephtriaxon und Metronidazol i. v. fort. Am folgenden Tag war das Kind subfebril, der Allgemeinzustand besserte sich jedoch nicht und die Leber zeigte palpatorisch eine weitere Größenzunahme, was sich im Ultraschallbefund bestätigte. Der raumfordernde Prozeß hatte etwas an Größe zugenommen und war mit seiner kranialen Begrenzung nahe der rechten Zwerchfellkuppe. An der chirurgischen Abteilung des Mautner-Markhof'schen Kinderspitals wurde eine Abszeßdrainage durchgeführt. Bereits am nächsten Tag war der Allgemeinzustand des Kindes gebessert und das Mädchen afebril. Nach Einlangen des positiven serologischen Befundes auf *Entamoeba histolytica* (ELISA 75 AKE, IIFT 1 : 32, bzw. nach vier Wochen Anstieg bis 100 AKE bzw. 1 : 128) wurde zusätzlich zu Cephtriaxon und Metronidazol auch Dehydroemetin für acht Tage gegeben. Der weitere Krankheitsverlauf war bis auf einen interkurrent aufgetretenen Harnwegsinfekt ohne Komplikationen. In weiteren Ultraschallkontrolluntersuchungen war eine zunehmende Verkleinerung der Abszeßhöhle zu beobachten und vier Monate nach Krankheitsbeginn war der Sonographiebefund unauffällig. Bei einer klinischen Kontrolluntersuchung 9 und 14 Monate nach der Erkrankung war das Kind gesund und beschwerdefrei.

Diskussion

Amoebenleberabszesse sind bei Kindern wesentlich seltener als bei Erwachsenen. So beziehen sich auch die meisten Studien über diese Thematik auf Kinder und Erwachsene gemeinsam.

Wie einleitend schon erwähnt, sind die häufigsten Ursachen der Leberabszesse bakterielle und *E. histolytica*-Infektionen. Beide Hauptformen verlaufen bei Kindern meist akut (3). In Hinblick auf die Differenzierung kann die Anamnese nicht immer verlässliche Hinweise geben. Disponierende Erkrankungen bei pyogenen Leberabszessen sind z. B. Mukoviszidose, primäre bzw. sekundäre Immundefizienzen, septische Granulomatose und bakterielle, intraperitoneale Infektionen. Dennoch ist bei 20% der Fälle keine der erwähnten disponierenden Erkrankungen nachweisbar (1). Bei Amöbenleberabszeß finden sich in ca. 30-50% der Fälle keine sicheren Hinweise auf eine Enteritis in der Anamnese. Als wichtigstes Indiz gilt jedoch in Regionen, in denen Amöbeninfektionen nicht endemisch auftreten (4, 5), die Herkunft des Patienten aus einem Endemiegebiet, bzw. früherer Aufenthalt in einem solchen. Die bei Adoleszenten und Erwachsenen als typisch beschriebenen Symptome wie Fieberschübe, Schweißausbrüche, Schmerzen in der rechten Oberbauchseite, können bei Kindern wesentlich uncharakteristisch ausgeprägt bzw. durch eine andersartige Begleitsymptomatik verschleiert sein (Harnwegsinfekt, Infekt des Respirationstrakts). Daher sollte die Kombination der oben erwähnten Symptome mit Hepatomegalie, Leukozytose, Senkungsbeschleunigung und Anämie ungeklärter Genese Anlaß geben, den Leberabszeß frühzeitig in die Differentialdiagnose einzubeziehen (6). Die Möglichkeit einer Frühdiagnose ist insbesondere seit der Entwicklung der Sonographie wesentlich gestiegen (6). Abgesehen von der frühzeitigen Diagnose kann mittels Sonographie eine Aussage über Zahl, Größe, Struktur und Lokalisation gemacht werden. Allerdings ist keine Differenzierung zwischen Amöbenabszeß und pyogenem Abszeß möglich. In einer Studie über 52 Patienten (wobei nur 10% unter 20 Jahre alt waren) wurde gezeigt (8), daß 19% zwei bzw. mehrere Abszesse hatten, 75% der Abszesse waren im rechten Leberlappen, 50% hatten eine gut abgegrenzte Wand. 57% der Abszesse waren zystisch, jedoch waren 19% solid, 25% sowohl zystisch als auch mit soliden Anteilen. In diesen Fällen ist zunächst keine Unterscheidung von soliden und kavernösen Tumoren der Leber bzw. von Echinokokkuszysten zu treffen. Sonographische Verlaufskontrollen sind bei diesen Befunden notwendig und zeigen im Verlauf den Übergang zur zystischen Form, entsprechend der Einschmelzung des nekrotischen Gewebes (7, 8, 9). Kontrolluntersuchungen im weiteren Krankheitsverlauf geben zusätzlich Aufschluß über das Ansprechen auf die Therapie. BERRY et al. beschreiben in diesem Zusammenhang, daß die Besserung der klinischen Symptomatik deutlich rascher einsetzt als die Besserung des sonographischen Befundes (11).

Die Laborbefunde erlauben zunächst ebenfalls keine Differenzierung zu pyogenen Prozessen. Unter den mikrobiologischen Verfahren sind Blutkulturen, wenn negativ, wenig aussagekräftig, Kulturen aus dem Abszeßpunktat haben größere Erfolgchancen (10), wogegen Amöbenabszeßpunkat bekanntlich steril ist. Es bleibt daher, auch bei einem für Abszeß typischen Sonographiebefund, die serologische Diagnostik ausschlaggebend. Entscheidend für die Prognose ist eine möglichst frühzeitig einsetzende antibiotische Therapie. Durch Sonographie und wesentliche Fortschritte in der serologischen Diagnostik ist der Weg zur frühzeitigen Diagnosestellung wesentlich erleichtert. Es können bei rasch einsetzender, gezielter antibiotischer Therapie nicht nur Komplikationen (Perforation), bzw. Todesfälle, sondern auch chirurgische Eingriffe vermieden werden (10). Initial (bis zur Sicherung der Diagnose durch den serologischen Befund) erweist sich die Kombination eines Cephalosporins der 3. Generation mit Metronidazol als zweckmäßig, da sowohl das Keimspektrum des pyogenen Abszesses als auch die Amöben erfaßt werden. Zur weiteren Therapie (bei gesicherter Amöbeninfektion) wird meist der Kombination Metronidazol und Dehydroemetin der Vorzug gegen eine Metronidazol-Monotherapie gegeben. Die Ansichten über die Notwendigkeit einer Abszeßpunktion zusätzlich zur konservativen Therapie divergieren in der Literatur (8). Übereinstimmend wird die Punktion (wenn möglich unter Ultraschall-Kontrolle) der chirurgischen Drainage vorgezogen. Als Indikationen für die Drainage gelten: fehlendes

Ansprechen auf Metronidazol innerhalb von 72 Stunden, Lokalisation des Abszesses im linken Leberlappen, Perforation, bzw. Gefahr der Perforation, besondere Größe des Abszesses sowie durch die Lokalisation bedingter Verschlusßikterus oder portale Hypertension (9, 10, 12).

Zusammenfassung

Amoebenleberabszesse sind im Kindesalter selten. Anhand unseres Falles wird gezeigt, daß weder durch Anamnese noch durch laborchemische Tests bzw. bildgebende Verfahren eine sichere Differenzierung zwischen Amoeben- und pyogenem Abszeß möglich ist. Erst der Nachweis spezifischer Antikörper sichert die Diagnose. Über den Einsatz von Punktion bzw. Drainage bestehen in der Literatur divergierende Ansichten.

Schlüsselwörter

Amoebiasis, Leberabszeß.

Summary

Amoebic abscess in childhood

Amoebic liver abscess is an uncommon disease in childhood. Case history, laboratory results and diagnostic imaging techniques are not reliable in differentiating pyogenic versus amoebic liver abscess. Serologic tests like IIFT or ELISA are currently the most helpful methods in diagnosing amoebiasis.

Key words

Amoebiasis, liver abscess.

Literatur

1. ANDERSON, C., BURKE, V., GRACEY, M. (ed.):
Pediatric Gastroenterology, 2nd Ed., Blackwell scientific publications, Melbourne, 1987.
2. KOLLARITSCH, H. (1987):
Epidemiolog. Informationen Nr. 1, S. 2-5.
3. MARSDEN, P. D. (1978):
In: "Diseases of children in the subtropics and tropics"
Ed. Jeliffe D. B., Stanfield J. P., p. 503-505.
4. LEVITT, M. D., QUINLAN, M. F., SHEINER, H. J. 1986:
Liver abscess in Western Australia (1974-1983).
Aust. N. Z. J. Surg. 56 (4), 341-346.
5. CONTER R. L., PITT, H. A., TOMKINS, R. K., LONGMIRE W. P. jr. (1986):
Differentiation of pyogenic from amoebic hepatic abscesses.
Surg. Gynecol. Obstet. 162 (2), 114-120.
6. GOLDENRING, J. M., FLORES, M. (1986):
Primary liver abscesses in children and adolescents. Review of 12 years clinical experience.
Clin. Pediatr. 25 (3), 153-158.
7. LUVUNO, F. M. (1988):
Complicated amoebic liver abscess.
Clinical Tropical Medicine and Communicable Diseases, 359-365.

8. AHMED, L., EL ROOBY, A., KASSEM, M. J., SALAMA, Z. A., STRICKLAND, G. T. (1990):
Ultrasonography in diagnosis and management of 52 patients with amoebic liver abscess in Kairo.
Rev. Infect. Dis. 12 (2), 330-337.
9. LAROCHE, R., MOLARD, D., NDABANELE, E., NGAMIYE, E., AUBRY, P. (1987):
L'Amibiase hepaticque a Bujumbura (Burundi). A propos de 27 cas observes en 16 mois.
Bull. Soc. Pathol. Exot. Filiales 80 (2), 196-201.
10. THOMPSON, J. E. jr., FORLENZA, S., VERMA, R. (1985):
Amoebic liver abscess: a therapeutic approach.
Rev. Infect. Dis. 7 (2), 171-179.
11. BERRY, M., BAZAZ, R., BHARGAVA, S. (1986):
Amoebic liver abscess: sonographic diagnosis and management.
J. C. U. 14 (4), 239-242.
12. METHA, R. B., PARIJA, S., CHETTY, D. V., SNILE, R. R. (1986):
Management of 240 cases of liver abscess.
Int. Surg. 71 (2), 91-94.

KORRESPONDENZADRESSE:

Dr. Irene Gödl
Abteilung für Kinderinfektionskrankheiten des Wilhelminenspitals der Stadt Wien
Montlearstraße 37
A-1170 Wien · Austria

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: 1990

Band/Volume: [12](#)

Autor(en)/Author(s): Gödl Irene, Körner K. K.

Artikel/Article: [Amoebenleberabszeß.im Kindesalter Falldemonstration. 19-24](#)