

## Nachuntersuchungen bei Amöben-Leber-Lungen-Abszessen nach längerer Zeit

Werner Mohr

Die Diagnostik des amöbenbedingten Leberabszesses hat in den letzten 10—15 Jahren erhebliche Fortschritte gemacht, insofern als Szintigraphie, später Sonographie und vor allem auch die Serologie als außerordentlich wirksame diagnostische Methoden eingesetzt werden konnten.

Die Frühsymptome (Zusammenstellung von Symptomen siehe Tabelle 1), die oft nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Amöbenruhr auftreten, gar nicht selten sogar nach einem Intervall **ohne** Darmerscheinungen, sind uncharakteristisch. Abgeschlagenheit, Fieber, Druck- und Schweregefühl im Oberbauch, Appetitlosigkeit und Übelkeit sind vieldeutig und werden dementsprechend oft auch verkannt. Wenn man aber rechtzeitig an dieses Krankheitsbild denkt, so ist die Diagnose aufgrund der folgenden Kriterien leicht zu stellen:

- I. Genaue **Anamnese** unter Berücksichtigung der Reisen in tropische Länder.
- II. Die **klinische Symptomatik** wie Fieber, Lebervergrößerung, Schmerzhaftigkeit, Leukozytose, erhöhte Blutsenkung, eingeschränkte Zwerchfellverschieblichkeit auf der rechten oder linken Seite mit Zwerchfellhochstand.
- III. **Szintigraphisches Bild** mit Minderbelegung der betroffenen Leberbezirke. Diese Methode ist heute überholt durch
- IV. die **Sonographie** oder **Ultraschalluntersuchung** der Leber. Diese Methode gibt noch bessere Bilder als die Szintigraphie und erlaubt eine sehr genaue Lokalisation des Prozesses.
- V. **Computer-Tomographie**. Diese Methode kann als Ergänzung der Sonographie eingesetzt werden, wenn die mit der Sonographie erzielten Bilder nicht klar genug sind bzw. nicht ausreichen.
- VI. Die **serologische Untersuchung** mittels der verschiedenen Verfahren wie
  - a) Komplementbindungsreaktion als Suchtest,
  - b) Amöbenlatex-Test,
  - c) Indirekte Hämagglutination,
  - d) Indirekte Immunfluoreszenz-Reaktion
  - e) und in den letzten Jahren als eine der besten Methoden Enzymimmuntest oder Elisa-Test.

Der Nachweis von **Entamoeba histolytica** im Stuhl, Magnaformen, Minutaformen oder Cysten spielt dabei *nur eine untergeordnete Rolle, da schon lange bekannt ist, daß nur in 17—30% der Fälle zur Zeit des Abszesses noch Durchfälle bestehen und Parasiten im Stuhl nachweisbar sind.*

Auf den Ablauf des Krankheitsbildes des Amöbenleberabszesses, der in etwa 20, nach anderen Autoren in 25% der Fälle von Amöbenruhr auftritt, soll hier nicht näher eingegangen werden. Vielfach wird heute einer rein oralen Therapie des Amöbenleberabszesses der Vorzug gegeben.

Wir haben jedoch wiederholt beobachtet, daß die Diagnose sehr spät gestellt wurde, und die Patienten in sehr schlechtem Zustand erst zur richtigen Behandlung kamen. Bei derart schweren Krankheitszuständen empfehlen wir stets die **parenterale Behandlung**, mit der wir gute Ergebnisse erzielen konnten.

Allerdings muß auch diese rechtzeitig eingesetzt werden und nicht erst kurz ante finem, nachdem vorher mit oraler Therapie ohne raschen Erfolg behandelt worden war.

Die rechtzeitige Diagnose und dann die sofort einsetzende Therapie sind auch bei dieser Tropenkrankheit von außerordentlicher Wichtigkeit. MAEGRAITH, einer der erfahrendsten englischen Tropenmediziner hält den Amöbenleberabszeß für genau so gefährlich wie die Malaria tropica, da seine Diagnose oft auch nicht oder erst sehr spät gestellt wird.

Über 12 Fälle von amöbenbedingten Leberabszessen, die mittels der obigen diagnostischen Methoden rechtzeitig erkannt werden konnten, soll hier berichtet werden.

Die Behandlung aller dieser Fälle erfolgte kombiniert mit Dehydroemetin (Dametin) 60 mg täglich, über 10 Tage i.m., und einer oralen Medikation von Clont, oder wegen der besseren Verträglichkeit in der letzten Zeit von Simplotan (Tinidazol) oder Tiberall (Ornidazol). Bei dieser Behandlung (Tab. 2) haben wir, wenn sie rechtzeitig einsetzte, keinen Mißerfolg feststellen können.

Setzte die Behandlung frühzeitig ein, d. h. innerhalb der ersten 10 Tage nach Auftreten der Symptome, dann war eine rasche klinische Besserung zu erzielen und auch ein guter Rückgang der sonographischen Befunde. Das Ergebnis war umso günstiger, je früher die Behandlung einsetzte. Kamen wir relativ spät zur Behandlung, weil die Diagnose zunächst nicht richtig gestellt worden war, dann nahm die Rückbildung längere Zeit in Anspruch.

Hier seien zwei Beispiele angeführt, die das eben Gesagte veranschaulichen.

### Fall 1

Eine Frau, 37 Jahre alt. Sie ist nie ernstlich krank gewesen, außer Kinderkrankheiten. Einmal Ischias.

6 Wochen vor der Erkrankung Reise durch die USA über New York, Chicago, Los Angeles, Las Vegas; dann Flußfahrt auf dem Grand Canon, — während dieser Zeit im Freien übernachtet. Von dort nach Acapulco in Mexiko. War dort 1 Woche lang.

In Acapulco fühlte sie sich gut.

In den ersten Tagen nach der Rückkehr noch gutes Befinden. Etwa 2 Wochen nach der Rückkehr traten **durchfallartige Stühle** auf, weich-breiig, ohne Blut, etwa 2—4 Tage anhaltend. Zwischendurch viel Blähungen mit Abgang von Schleim, aber kein Blut.

Seit einer Woche fühlt sie sich sehr matt. Abends Fieber, beginnend mit leichtem Frösteln. Bei der Untersuchung Mattigkeit, beim tiefen Durchatmen "wehes Gefühl". Nachts etwas Brechreiz, wundes Gefühl in der Magengegend.

Bei der Untersuchung fand sich ein ausgesprochener Druckschmerz über dem linken Leberlappen und in Abdomenmitte. Die Leberdämpfung war mit fast 14 cm deutlich vergrößert. Bei tiefer Einatmung überragte der scharfe Leberrand den Rippenbogen um 3 Querfinger. Das rechte Nierenlager war deutlich druck- und klopfempfindlich. Über dem rechten Lungenunterfeld, dessen Zwerchfell wesentlich höher stand als links, einzelne feuchte Rasselgeräusche. Kein Meningismus. Leukozytose von 13.000. Blut-senkung 90/120 mm. Die Untersuchung des wässrig-breiigen dünnen Stuhls mit Schleim vermengt ergab Entamoeba histolytica Magnaformen. Die sofort durchge-

führte Sonographie zeigte einen echoarmen Bezirk von etwa 2—3 cm im Durchmesser im Bereich des linken Leberlappens.

Es wurde sofort eine entsprechende Therapie eingeleitet mit Resochin (siehe Schema), Dametin und Simplotan.

Unter dieser Behandlung besserte sich der subjektive Zustand, aber es bestanden noch weiterhin starke Schmerzen in der Schlüsselbeingegend und im Oberbauch, das Fieber klang erst langsam ab.

Die Amöbenserologie ergab einen Anfangswert von 1 : 10 in der IHA, KBR negativ, Latex-Test negativ.

Nach 4 Tagen Verschwinden des Fiebers, nur abends noch etwas erhöhte Temperaturen bis 38°C., keine Schmerzen mehr; der Bauch nicht gespannt oder druckschmerzhaft. Der Titer in der Amöbenserologie stieg auf 1 : 160 in der KBR und in der IHA, Latex-Test zweifach positiv.

Dieses Beispiel zeigt, wie rasch und wie gut dieses Krankheitsbild auf die Behandlung anspricht, wenn sie nur rechtzeitig durchgeführt wird.

## Fall 2

Es handelt sich um einen Patienten, der früher wegen eines Morbus Hansen in fachärztlicher Behandlung war.

Diese Krankheit ist jetzt weitgehend ausgeheilt.

Anlässlich eines Urlaubs in Mombasa erkrankte er nach 8 Tagen an Durchfällen ohne Fieber. Er wurde behandelt mit Medikamenten, die aber nicht recht halfen. Nach der Rückkehr kein Fieber, keine stärkeren Beschwerden. Es wurden die verschiedensten Untersuchungen durchgeführt, ohne daß man zu einer diagnostischen Klärung kam.

Es wurde eine Pankreaserkrankung, dann eine Darminfektion vermutet, die Behandlungen blieben ohne Erfolg.

Dann kam es plötzlich zu einem dramatischen Geschehen, nämlich zu hohem Fieber und Schüttelfrost und starken Oberbauchschmerzen rechts. Nach Einweisung in ein Spital erfolgte wegen Ileusverdacht eine sofortige Operation. Dabei fand sich ein wandverdicktes und entzündetes Colon ascendens und Coecum. Der entzündete Darmteil wurde operativ ausgeschaltet. Der Patient blieb aber weiterhin hoch fieberhaft mit starken Schmerzen.

Bei der Untersuchung fand sich jetzt ein umschriebener Druckschmerz in der vorderen Mamillarlinie, im 10. Intercostalraum, eine hohe Blutsenkung, eine Leukozytose von 15.000 und eine stark weißlich belegte Zunge.

Der umschriebene Druckschmerz legte den Verdacht auf einen Leberabszeß nahe. Die Untersuchung des schleimig-wässrigen Stuhles ergab eine Amöbeninfektion.

Die sofort eingeleitete Behandlung nach unserem obigen Schema hatte Erfolg. Die Beschwerden klangen langsam ab.

Auch die Leukozyten normalisierten sich relativ rasch, die Blutsenkung allerdings ging langsam zurück, auch die Transaminasen und die Gamma-GT wiesen längere Zeit hindurch erheblich erhöhte Werte auf.

Der Patient wurde weiterhin kontrolliert; 9 Monate nach der akuten Erkrankung bestand kein Druckschmerz mehr im Abdomen. Der Leib war weich, die Leber eben am Rippenrand tastbar, nicht mehr druck- oder klopfempfindlich, die Milz o.B., Nierenlager bds. frei, Zwerchfell beiderseits gut verschieblich. Für eine noch bestehende Erkrankung war kein Anhalt gegeben.

Die Transaminasen waren längere Zeit hoch, ebenso die Gamma GT.

Die sonographischen Untersuchungen, die während der ganzen Zeit durchgeführt wurden, zeigten, daß die anfangs festgestellten 3 Abszesse, 2 kleinere und ein größerer, mit einem Durchmesser von fast 4 cm, sich nach und nach zurückbildeten.

Es dauerte aber immerhin fast 6 Monate, bis die kleinen Abszesse ganz verschwunden waren. Der große Abszeßbereich ist jetzt, etwa 9 Monate nach dem akuten Geschehen, immer noch nachweisbar, zeigt allerdings eine gewisse Verkleinerung. Die serologischen Befunde blieben noch relativ lange Zeit hoch positiv (Tab. 3).

Die Krankheitserscheinungen können also schon lange abgeklungen sein und der Zustand sich normalisiert haben, aber immer noch können die Titer in den verschiedenen Seroreaktionen relativ hohe Werte zeigen.

Auf dieses Phänomen hatten wir zusammen mit MANNWEILER und FELGNER schon früher hinweisen können. Die lange Zeit der erhöhten Titerwerte werden nach unseren Erfahrungen von einem relativ langen Persistieren des sonographischen Befundes begleitet. Allerdings konnten wir zusammen mit MANNWEILER auch beobachten, daß bei Afrikanern, **ohne** daß ein Leberabszeß vorlag, gelegentlich hohe Titer in der Amöben-serologie zu beobachten waren, deren Ursache wohl in einer dauernden Reinfektion mit Amöben zu sehen ist.

Unsere Beobachtungen wurden in einigen Fällen bis zu 4- bzw. 5 Jahren fortgesetzt. Je nach Schwere des vorangegangenen Krankheitsbildes, zeigten sich vor allem dann, wenn es zu einer Leber-Lungen-Komplikation gekommen war, nicht nur sonographisch und serologisch, sondern auch klinisch gewisse Resterscheinungen (Tab. 4 und 5).

Die lange Persistenz der sonographischen Befunde ohne jede klinische Erscheinung spricht dafür, daß die Resorption der Abszesse und die Organisation des Gewebdefektes längere Zeit braucht. Die Untersuchungen chinesischer Autoren und in letzter Zeit von HARINASUTA und BUNAG aus Thailand bestätigten dies. Sie wiesen darauf hin, daß kleine Abszesse relativ rasch organisiert werden, daß dies bei großen Abszessen aber Monate, unter Umständen Jahre dauern kann. Im Fall 2 bestätigte sich das auch sehr ausgeprägt. Hier zeigte das Sonogramm anfangs **vor** der Behandlung 2 kleine und einen großen Abszeß. Nach der Therapie waren die zwei kleinen Abszesse sehr bald nicht mehr sicher nachweisbar. Der große Abszeß hatte sich zwar nach 6 Monaten erheblich verkleinert, war aber immer noch deutlich zu erkennen.

In manchen Fällen kommt es zu einer fibrotischen Veränderung und damit auch im sonographischen Bild zu einem Bestehenbleiben einer echoarmen Zone.

Werden bei Patienten solche Leberbefunde sonographisch erhoben, so muß man auf jeden Fall die serologische Untersuchung mit heranziehen und daran denken, daß hinter solchen Aussparungen nicht unbedingt eine Carcinom-Metastase stecken muß, sondern daß es sich um solche persistierenden Veränderungen nach einem Amöbenleberabszeß handeln kann. Differentialdiagnostisch ist natürlich auch an eine Echinococcencyste zu denken, doch helfen hier die serologischen Untersuchungen zur Abgrenzung entscheidend weiter.

### **Zusammenfassung**

Es wird anhand einiger Beispiele, insbesondere von 2 Fällen gezeigt, daß nach einem Amöbenleberabszeß die Normalisierung der Befunde abhängig ist von der frühzeitigen Diagnose und Behandlung. Je früher die Diagnose gestellt und die Behandlung durchgeführt wird, umso eher bilden sich die Gesamterscheinungen zurück. Besteht der

Abszeß aber längere Zeit, so braucht es auch wesentlich längere Zeit (9 bis 15 Monate) bis sich alle Erscheinungen zurückgebildet haben.

In einigen Fällen sind sogar darüber hinaus noch nach 2, 3 und 4, bis zu 5 Jahren leichte Resterscheinungen nachweisbar. Auffallend ist, daß trotz der Persistenz der sonographischen und serologischen Befunde die übrigen Zeichen des akuten Krankheitsgeschehens sich relativ rasch zurückbildeten.

Diese Befunde untermauert durch serologische und sonographische Untersuchungen zeigen, daß die Resorption des Amöbenleberabszesses, auch wenn die klinischen Erscheinungen schon abgeklungen sind, relativ längere Zeit in Anspruch nimmt. Auch die serologischen Reaktionen bleiben noch längere Zeit bestehen.

### Summary

Ten cases of amoebic-liver abscesses and amoebic-liver lungabscesses were observed over a period 1 — to 4 years.

Two cases demonstrate, that the early diagnosis and treatment are very important for the normalising of sonographical and serological findings. Otherwise we find residues after 3 or 4 years. This happens specially in liver-lung abscesses. Under the right treatment the clinical symptoms disappear very quick, but not the serological and sonographical reactions.

### TABELLE 1

#### Symptome des Amöbenleberabszesses

1. Lebervergrößerung
2. Spannungs- und Schweregefühl in der Lebergegend
3. Druckschmerz in der Lebergegend und Klopfempfindlichkeit
4. Umschriebener Zwischenrippen-Druckschmerz
5. Frühzeitig schon unregelmäßiges Fieber
6. Leukozytose und erhöhte Blutsenkung
7. Anstieg der Gamma-Globuline in der Elektrophorese
8. Zwerchfellhochstand und eingeschränkte Zwerchfellverschieblichkeit
9. Vorbuckelung des Zwerchfells mit eingeschränkter oder sogar aufgehobener Verschieblichkeit
10. Keine Entfaltung des Zwerchfellsinus
11. Bei zwerchfellnahem Sitz des Abszesses sehr bald Pleuraerguß
12. Vermehrte peribronchitische Zeichnung meist zum rechten Unterfeld, da der Amöbenleberabszeß meist im rechten Leberlappen sitzt, seltener im linken
13. Bei Durchbruch des Abszesses in die Lunge Infiltration im meist rechten Unterfeld
14. Seltener bei der Röntgenuntersuchung zu finden sind Gasblase mit Spiegelbildung innerhalb des vergrößerten Leberschattens
15. Nachweis der echoarmen Zone bei der sonographischen Untersuchung oder beim Szintigramm Minderbelegung in einem Leberbezirk

TABELLE 2

**Therapie des Amöbenleberabszesses**

1. Dehydro-Emetin (Dametina/Merck) 60 mg täglich für 10 Tage intramuskulär
2. Resochin/Chloroquine 5 ml der 5%igen Lösung für 10—15 Tage intramuskulär,  
u. U. Spülung der punktierten oder eröffneten Abszeßhöhle mit 5—10 ml der 5%igen Resochinlösung
3. Zur Behandlung der Darmlumeninfektion:  
Früher Clont oder Flagyl oral, 10 Tage 3 x 2—3 Tabletten.  
Jetzt: wegen der besseren Verträglichkeit:  
Simplotan (Tinidazol) für 10 Tage 2 x 1,0 g = 1 Tablette, oder  
Tiberal (Ornidazol) für 10 Tage 2—3 x 1 Tablette.

Die drei Behandlungsmaßnahmen sollten stets gleichzeitig durchgeführt werden.

TABELLE 3

**Verhalten der Serologie bei Amöbenleberabszeß**

Tag	KBR	Latex-Test	EIT
24. 6. 1982	1 : 20	+++	8,4
8. 7. 1982	1 : 80	+++	87,0
5. 8. 1982	1 : 20	+++	81,4
12. 8. 1982	1 : 160	+++	76,5
26. 8. 1982	1 : 80	+++	22,3
2. 9. 1982	1 : 160	+++	31,4
15. 10. 1982	1 : 80	+++	21,7
20. 10. 1982	1 : 40	+++	38,3
15. 12. 1982	1 : 40	+++	24,0

TABELLE 4

**Nachuntersuchungen bei 10 Amöbenleberabszessen bzw. Leberlungenabszessen**

Resterscheinungen	nach 1 Jahr	2 Jahren	3 Jahren	4 Jahren
Klinisch (siehe Tabelle 5)	4	3	2	2
Sonographisch	7	4	3	
Szintigraphisch	4	2	1	1*
Serologisch KBR	5	4	2	0
IHA	3	3	2	0
Latex	4	2	(1)	0
ELISA-(EI)-Test**	2	1		

\* wurde nicht mehr bei den letzten Nachuntersuchungen gemacht

\*\* erst seit 2 Jahren eingesetzt

TABELLE 5a

**Klinische Resterscheinungen nach Amöbenleberabszeß**

1. Lebervergrößerung
2. Spannung, ziehende Schmerzen in der Lebergegend
3. erhöhte Blutsenkung und Leukozytose
4. erhöhte Transaminasen und erhöhte gamma GT
5. Sonographischer Restbefund (Echofreie Zone in der Leber)

TABELLE 5b

**Klinische Resterscheinungen nach Leber-Lungen-Abszeß**

1. Zwerchfellhochstand mit eingeschränkter Zwerchfellverschieblichkeit
2. Ausgedehntere Pleurazwerchfellschwarte
3. Beeinträchtigung der Lungenfunktion, nachweisbar durch entsprechende Funktionsdiagnostik
4. Dadurch bedingte Minderung der gesamten Leistungsfähigkeit

**Literatur**

1. BÜNEMANN, H., F. PETERSEN und W. MOHR (1976): Szintigraphische Befunde bei Amöbenabszessen der Leber. Fortschr. Röntgenstr. 124, 126—131.
2. BUNNAG, D. (1975): Clinical trial of metronidazole low dosage in amoebic liver abscess. Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health 6, 99—102.
3. FELGNER, P., W. MOHR und E. MANNWEILER (1973): Immundiagnostische Untersuchungen auf Amöbiasis bei Tropenrückkehrern. — Dtsch. med. Wschr. 98, 2127—2131.
4. HARINASUTA, T. (1968): Amoebic liver abscess in Thailand. Pres. at 8th Intern. Congr. Trop. Med. & Malaria, Teheran, Sept. 1968.
5. KNOBLOCH, J. und E. MANNWEILER (1983): Development and persistence of antibodies to entamoeba histolytica in patients with amoebic liver abscesses. Analyses of 216 cases. Am. J. Trop. med. hyg. 32 (1983 im Druck).
6. MAEGRAITH, B.G. and H.M. GILLES (eds) (1971): Management and treatment of tropical diseases Blackwell Scientific Publications. Oxford and Edinburgh.
7. MANNWEILER, E., W. MOHR, W. HÖFFLER, J. LEDERER (1976): Serumantikörper bei Patienten mit extraintestinaler Amöbiasis (Amöbenleberabszess) und Kontrollpersonen. Dtsch. Med. Wochenschr. 101, 1915—1919.
8. MOHR, W. (1982): Kolitis bei infectiösen Erkrankungen. — In: Handbuch der inneren Medizin Bd. III/4 Dickdarm, S. 766—789, siehe dort auch weitere Literatur.

**ADRESSE DES AUTORS:**

Prof. Dr. med. Werner Mohr  
Arzt für Innere Medizin, Tropenkrankheiten  
Chefarzt der Klinik des Tropeninstituts i. R.  
Praxis: Oderfelderstraße 6, 2000 Hamburg 13

# ZOBODAT - [www.zobodat.at](http://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: 1983

Band/Volume: [5](#)

Autor(en)/Author(s): Mohr Werner

Artikel/Article: [Nachuntersuchungen bei Amöben-Leber-Lungen-Abszessen nach längerer Zeit. 107-113](#)