

Amöbiasis

Dr. C. Adolphs

Nov. 2015

1. Meldepflicht

Keine Meldepflicht für Einzelfälle, ggf. beim Auftreten von zwei oder mehr Fällen, bei denen ein Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 5b (Erkrankungshäufung) IfSG).

2. Reservoir und Erreger

Entamoeba histolytica ist eine Darmamöbe und die einzige humanpathogene Spezies in der Gattung *Entamoeba*, welche innerhalb der Protozoen zu den Rhizopoden (Wurzelfüßer) gehört. Vegetative Stadien der Amöbe sind die Minuta- und die Magnaform. Dauerformen sind die Zysten, welche die Infektion verbreiten. In der Labordiagnostik ist die Abgrenzung von morphologisch sehr ähnlichen apathogenen Kommensalen im Darm, wie *E. dispar*, wichtig.

3. Infektiöses Material und Übertragung

Das Erregerreservoir sind gesunde Menschen, welche *E. histolytica*-Amöben beherbergen und deren Zysten ausscheiden. Diese sind in Wasser oder feuchtem Milieu lange lebensfähig, aber empfindlich gegen Austrocknung oder Erhitzung. Die Infektion erfolgt in der Regel fäkal-oral über kontaminierte Lebensmittel oder Trinkwasser. Der Erreger kann aber auch durch anal-orale Sexualpraktiken übertragen werden. Extraintestinale Manifestationen entstehen endogen durch hämatogene Dissemination. Manifest Erkrankte scheiden meist keine Zysten aus. Die Amöbiasis ist weltweit verbreitet, etwa 10 % der Weltbevölkerung sind infiziert. Die Erkrankung kommt vor allem in subtropischen und tropischen Regionen mit schlechten hygienischen Verhältnissen vor, dort besteht auch für Reisende eine reale Infektionsgefahr. Epidemien sind durch verseuchtes Trinkwasser möglich. In gemäßigten Klimazonen werden sporadische Infektionen z. B. bei Kanalarbeitern, Bewohnern von Behindertenheimen beobachtet.

4. Inkubationszeit

Sehr unterschiedlich, zwischen wenigen Tagen und mehreren Monaten (in Einzelfällen wurden Inkubationszeiten von mehreren Jahren beschrieben). Kann auf dem Fluchtweg erworben werden.

5. Krankheitsbild

Intestinale Amobiasis:

Neben asymptomatischen Infektionen reichen die intestinalen Beschwerden von milden Verlaufsformen bis hin zu fulminanten Erkrankungen mit Fieber und blutig-schleimigen Durchfällen. Der Beginn ist oft schleichend. Typischerweise findet sich eine ulzerative Kolitis vor allem im distalen Kolon mit Diarrhö oder Obstipation. Der Stuhl ist schaumig und enthält oft Schleim (glasig, himbeergeleeartig). Wichtige lokale Komplikationen sind tumorartige, granulomatöse Entzündungen (Amöbome) oder die Darmperforation mit nachfolgender Peritonitis. Die Amöbiasis neigt zur Chronizität und zu Rezidiven.

Extraintestinale Amobiasis:

Amöben können die Darmschleimhaut durchdringen und hämatogen in andere Organe streuen. Die häufigste Form der extraintestinalen Amöbiasis ist der Leberabszess. Hierbei handelt es sich um ein schweres Krankheitsbild mit Fieber, Oberbauchbeschwerden und Gewichtsverlust. Die Leber ist bei der Hälfte der Patienten vergrößert und druckempfindlich. Zusätzlich können gastrointestinale Symptome vorhanden sein, höchstens bei einem Drittel der Patienten eine Diarrhö. Durch Perforation in benachbarte Organe können Lungenabszesse und Perikardergüsse entstehen. Grundsätzlich können durch hämatogene Streuung alle Organe betroffen werden. Entsprechend der Ausdehnung und Lokalisation der Abszesse treten verschiedene Symptome und Fieber auf.

6. Diagnostik

Intestinale Amobiasis:

Durchfallerkrankungen nach Aufenthalt in subtropischen oder tropischen Gebieten, besonders bei blutiger Diarrhö, sind immer verdächtig auf das Vorliegen einer Amöbiasis.

Erregernachweis:

Da *E. histolytica* morphologisch nicht von anderen apathogenen Darmamöben wie *E. dispar* oder *E. moshkovskii* unterschieden werden kann, ist der Nachweis von Zysten oder Vegetativformen in Stuhlproben meist nicht ausreichend. Es sollte immer eine Differenzierung z. B. mittels DNS-Analyse (PCR) angestrebt werden.

Antigennachweis:

Mit dem Kopro-Antigen-ELISA können Membranproteine von *E. histolytica* nachgewiesen werden und kann eine Abgrenzung von *E. dispar* erfolgen.

Antikörperrnachweis:

Niedrige Titer *E. histolytica*-spezifischer Antikörper können auf eine asymptomatische intestinale Infektion hindeuten, während hohe Antikörpertiter eher für eine invasive Amöbiasis sprechen. Das serologische Testergebnis allein kann eine Amöbiasis jedoch weder beweisen noch ausschließen.

Extraintestinale Manifestationen:

Bildgebende Verfahren, Nachweis spezifischer Antikörper (ELISA, IFT, PHA).

7. Differentialdiagnose

Intestinale Form:

Andere infektiöse Darmerkrankungen (Shigellose, Infektionen durch *Campylobacter*, *E. coli*, Salmonellen u. a.), Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Abszesse anderer Ursachen.

Extraintestinale Form:

Hepatitis, Echinococcus-Zysten, intestinale Bilharziose, Tumore im Darm.

8. Therapie

Jede Infektion mit *E. histolytica* ist behandlungsbedürftig. Bei schwer verlaufender Infektion Bettruhe, Flüssigkeits- und Elektrolytersatz. Asymptomatische intestinale Infektionen werden mit Paromomycin über 10 Tage behandelt. Bei allen Formen invasiver Amöbiasis wird zunächst für 10 Tage Metronidazol zur Abtötung der Amöben gegeben, gefolgt von Paromomycin zur Sanierung der luminalen Darminfektion. Die Punktion oder Drainage von Amöben-Leberabszessen ist nur in seltenen Fällen indiziert.

9. Weitere Maßnahmen

Erkannte Ausscheider sollen behandelt werden. Erkrankte und Ausscheider dürfen nicht in Lebensmittelbetrieben oder Trinkwasserversorgungsanlagen tätig sein. Sie dürfen Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen erst wieder betreten, wenn eine Weiterverbreitung der Infektion nicht mehr zu befürchten ist (nach Abschluss der Behandlung Bestätigung durch 3 Stuhluntersuchungen im Abstand einer Woche).

10. Arbeitssicherheit

Handschuh- und Kittelpflege

11. Literatur

RKI: Steckbriefe seltener und importierter Infektionskrankheiten, Amöbiasis S119f.

RKI: Epi. Bul. Nr. 38

DGPI 6. Auflage, S 150f.