

Afrikanischer Bauchschmerz – Ein Case Report

Michael Ramharter

Innere Medizin I
Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin
Medizinische Universität Wien

29 jährige Patientin:

Gabunerin seit 4 Wochen zu
Verwandschaftsbesuch in Österreich

Aufnahme in AKH-Notfallambulanz:

Hohes Fiebers
Starke Cephalea
Reduzierter Allgemeinzustand
Oberbauch-Schmerzen

Initiale Untersuchungen

Physikalische Untersuchung:

Bauchdecke weich; massiver Druckschmerz v.a. rechter Oberbauch
Leber 2QF unter RiBo, Milz 3 QF unter RiBo
Fieber 39 °C

EKG: Hf 74/min; SR, LT, normale R-Progression, altersentsprechender EKG-Befund

Differentialdiagnosen:

Malaria? Pankreatitis? Hepatitis? Appendizitis? Cholangitis? Cholelithiasis? Eileiterschwangerschaft? Infektiöse Darmkrankung? Refluxoesophagitis?, Pneumonie?, MCI?, etc ...

Laborchemische Untersuchungen

Parameter	Ergebnis	Referenzbereich	Einheit
Elektrolyte/Spurenelemente			
Natrium	138	135-145	mmol/l
Kalium	3,76	3,5-5	mmol/l
Chlorid	103	98-110	mmol/l
Kalium	2,31	2,10-2,45	mmol/l
Ammonium	2,90	2,2-1,4	mmol/l
Säurebase/Metabolite			
Gamma-GT	0,76	< 1,2	mg/dl
Gamma-GT	9,0	0-25	mg/dl
Gamma-GT	60	76-110	mg/dl
Bilirubin gesamt	0,78	0,2-1	mg/dl
Protein ges.	76,3	65-85	g/l
Albumin	35,1	34-48	g/l
Enzyme			
Asp. Amin. (Asp. Amin.)	59	28-100	U/l
Alp. Amin. (Alp. Amin.)	24	13-40	U/l
Cholinesterase	5,18	3,45-12,92	U/l
Alkal. Phosphatase	66	35-104	U/l
AspAT (AST)	25	< 31	U/l
AlpAT (ALT)	18	< 24	U/l
Gamma-GT	31	< 38	U/l
LDH	236	< 247	U/l
CK	48	< 170	U/l
Immuntest			
CRP C-reaktives Protein	22,40	< 1	mg/dl
Komplettes Blutbild			
Erythrozyten	3,7	3,8-5,2	/l
Thrombozyten	16,9	13,2-14,9	/l
Hämoglobin	10,1	11,5-17,0	g
Hämokrit	32,1	37,0-47,0	%
Mittlere Zellvolumen (MCV)	86,4	78,0-98,0	fL
Mittlere Zellhämoglobin (MCH)	23,2	27,0-31,0	pg
MCHC (MCHC)	33,7	32,0-36,0	g/dl
RDW (RDW)	13,9	11,0-14,0	%
Plasmavolumen (PV)	180	180-190	ml
Mittlere Thrombozytenvolumen (MPV)	10,5	7,0-13,0	fl
Leukozyten	10,97	4,0-10,0	/l

Parameter	Ergebnis	Referenzbereich	Einheit
Gerinnung			
Prothrombinzeit (PT)	13	12-14	s
APTT (APTT)	31,2	27,0-41,0	s
Fibrinogen - Gesamt	746	180-390	mg/dl

Parameter	Ergebnis	Referenzbereich	Einheit
Retikulozytenzahl			
Retikulozyten abs.	33,0	32,0-100,0	/l
Retikulozyten rel.	8,88	0,7-2,0	%
schwach fluoreszierend (LRF)	32,4	83,0-97,0	%
mittelschwach fluoreszierend (LRF)	7,1	2,9-15,9	%
stark fluoreszierend (LRF)	0,5	0,0-1,7	%

Labor – Fortsetzung

- Blutsenkungsreaktion: 25/75 mm
- Dicker Tropfen und Ausstrich: negativ
- Virologisch serologischer Befund:** Hep A IgG: pos; HBsAg: neg; HBs Ak: pos; HBe Ak: neg; HIV 1-2: neg.
- Gynäkologisches Konsil:** Ovarialzyste links, altersentsprechend unauffälliger Befund

Bildgebende Verfahren – 1 Thoraxröntgen

Thoraxröntgen:

Bei suboptimaler Inspirationstiefe ist der Herzschatten konsekutiv quer gelagert und gering vergrößert. Das Pulmonalissegment II ist gering verbreitert, sonst unauffällige Verhältnisse an den Herz/Thoraxorganen. Kein Hinweis auf Infiltrat.










Bildgebende Verfahren – 2 Abdomen Ultraschall



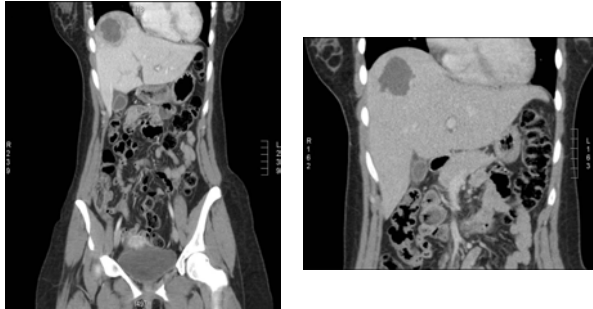
Ultraschall Abdomen: In den einsehbaren Abschnitten des Abdomen keine Auffälligkeiten zu sehen, insbesondere kein Hinweis auf Cholangiektasien oder Cholezystolithiasis.






?

Bildgebende Verfahren – 3 CT-Abdomen



DIAGNOSE: Amöbenleberabszess


CT-Abdomen:

Im rechten Leberlappen, im Lebersegment 8, ventralseitig, subkapsular gelegen eine ca. 5cm große, teilweise unscharf begrenzte hypodense Läsion, die einem Leberabszess entspricht. Kleine Umbilicalhernie.

Erregerspezifische Serologie:

Entamoeba histolytica

- IIFT: 1:64
- ELISA: pos.






Differentialdiagnose – Leberabszess

Bakteriell:



- Biliär (Cholezystitis, Cholangio-CA):
Aerobe Gram-neg. Bakterien und Enterokokken (z.T. Anaerobier)
- Peritoneum: (Appendizitis, Divertikulitis, etc)
Aerob und Anaerobe Gram-neg. Bakterien (Bacteroides)
- Hämatogen:
Streptokokken und Staphylokokken

Mykotisch:

- v.a. Immunkompromitierte Patienten

Parasitär:

- Entamoeba histolytica
- Echinococcus granulosus / multilocularis

Differentialdiagnose – Leberabszess

Feature	Amebic Liver Abscess ²³	Pyogenic Liver Abscess ^{24,24}
Epidemiology		
Male/female ratio	5-18	1.0-2.4
Age (yr)	30-40	50-60
Duration (days)	<14	5-26
Mortality (%)	(*75% of cases)	
	10-25	0-5
Symptoms and Signs (approx. % of cases)		
Fever	80	80
Weight loss	40	30
Abdominal pain	80	55
Diarrhea	15-35	10-20
Cough	10	5-10
Jaundice	10-15	10-25
Right upper quadrant tenderness	75	55
Laboratory Tests (approx. % of cases)		
Leukocytosis	80	75
Elevated alkaline phosphatase	80	65
Solitary lesion	70	70

Extraintestinale Amöbiasis

Lokalisation: Leber, (Herz, Lunge, Hirn; Niere, Milz, uterovaginal)

Epidemiologie: 5-18x häufiger bei jungen Männern; Reiseanamnese

Klinik: Akutes Geschehen, Fieber bis 39,5 C, Schmerzen im rechten Oberbauch, selten Ikterus, Reisende (95% innerhalb von 5 Monaten); selten: Abszessruptur und Peritonitis; Leukozytose (>10.000/ul), keine Eosinophilie, Lebertransaminasen und AP erhöht; Im Stuhl nur zu 20% nachweisbar, selten Diarrhöe

Diagnose:

- Ultraschall, CT, MR: 70-80% einzelner **unscharf begrenzter Abszess in rechtem Leberlappen**
- **Serologie:** Nach einer Woche in >90% positiv; allerdings in endemischen Gebieten 25% der Gesunden ebenso positiv
- **Ag Nachweis, PCR**
- Punktion: normalerweise nicht nötig, indiziert falls Gefahr der Ruptur, nicht Ansprechen auf Therapie; Amöben in Aspirat oft nicht darstellbar, Aspirat = Zelldetritus (kalter Abszess)

Therapie der extraintestinalen Amöbiasis

Gewebe:

- Metronidazol: 500-750mg 3x tgl für 10 Tage
- (Alternativ: Tinidazol oder Ornidazol)

Zysteneliminierung:

- Diloxanide furoate: 500mg 3xtgl für 10 Tage
- Paromomycin 10mg/kg 3xtgl fuer 10 Tage

Prognose: Von Stadium der Erkrankung abhängig

Ende der Patientengeschichte

Nach Therapiebeginn rasche Abnahme der Schmerzsymptomatik und Abfebern

Entzündungsparameter rückläufig

US-Kontrolle: Abszessrückbildung

Dr. Michael Ramharter
 Dr. Rainer Gattringer
 Prof. Dr. Elisabeth Presterl
 Prof Dr. Stefan Winkler
 Prof DDr. Wolfgang Graninger

Abteilung für Infektionen und Tropenmedizin
 Innere Medizin I
 Medizinische Universität Wien