



Erreger .....	1
Infektionswege .....	1
Vorkommen und Durchseuchung.....	1
Inkubationszeit .....	1
Symptome und Klinik .....	2
Diagnose .....	2
Behandlung .....	2
Prognose .....	2
Besonderheiten .....	2

## Amöbiasis Amöbenruhr

---

### Erreger

Es handelt sich bei **Entamoeba histolytica** um einen freiwillig krankheitserregenden Parasiten, der zur Familie der Protozoen und der Untergruppe der Rhizopoden gehört. Protozoen sind einzellige Lebewesen, die ihre DNA zusammen mit Histonen in einem membranumschlossenen Zellkern enthalten. Sie verändern rasch ihre äussere Form und können sich durch sogenannte Pseudopodien, vorübergehende Ausstülpungen der Zellwand bewegen. Das Protozoon lebt im Dickdarm und vermehrt sich ungeschlechtlich durch Zellteilung.

Sehr resistente Dauerformen sind die sogenannten **Zysten**. Diese verbleiben jahrelang ohne Krankheitszeichen im Dickdarm und werden auch als Quelle neuer Infektionen mit dem Stuhl ausgeschieden (Minutaform). Das bedeutet der Infizierte ist gleichzeitig Überträger. Aus noch unbekanntem Gründen entstehen virulente Stämme mit veränderter DNA und verändertem Enzymmuster. Die Minutaform kann dann in die Magnaform übergehen. Durch die Ausbildung von zersetzenden Enzymen dringen die Amöben in die Schleimhaut ein. In diesem Stadium wird die Erkrankung merkbar (manifest).

### Infektionswege

Oral über verunreinigtes Wasser, Speisen, Darmsekrete und anal

### Vorkommen und Durchseuchung

Weltweit, in tropischen Regionen besteht eine besonders hohe Durchseuchung.

### Inkubationszeit

6 Tage



## Symptome und Klinik

Man unterscheidet:

- symptomlosen Befall (Darmlumeninfektion)
- invasive Amöbiasis (= intestinale Amöbiasis = Amöbenruhr)
- extraintestinale Amöbiasis (z.B. Leberabszesse, Hirnabszesse)

Die symptomlose Form wird zufällig entdeckt. Eine Behandlung ist aber notwendig, weil der Übergang in die manifeste Erkrankung nicht absehbar ist und der Infizierte Ausscheider ist.

Bei der invasiven Amöbiasis kommt es zu Bauchschmerzen, Krämpfen, Durchfällen, Schleimabgängen und Blutbeimengungen im Stuhl. Dem zugrunde liegt eine geschwürige Entzündung des Dickdarms. Eine schwere Komplikation ist der Darmdurchbruch. Ferner ist die Verschleppung der Amöben vorwiegend in den rechten Leberlappen möglich. Dort kann es zur Ausbildung von bis zu faustgrossen, meist einzelnen Abszessen kommen, die aufbrechen können. Im Extremfall finden die Abszesse über das Zwerchfell Anschluss an das Bronchialsystem und werden in diesem Falle auch abgehustet. Selten sind dagegen Hirnabszesse.

## Diagnose

Nachweis der Minutaform im Stuhl. Da es sich um eine Dauerform handelt, kann die Untersuchung mit Abstand zur Probengewinnung stattfinden (z.B. Postweg).

Bei Verdacht auf eine Erkrankung dagegen muss der Stuhl sofort mikroskopisch untersucht werden, weil die bewegliche Magnaform empfindlich ist.

Bei der Darmspiegelung finden sich Zeichen der Dickdarmentzündung und Geschwüre. Die extraintestinale Manifestation in Form von Abszessen kann mit Ultraschall oder mit der Computertomographie nachgewiesen werden. Ausserdem können Antikörper mit verschiedenen Methoden nachgewiesen werden.

## Behandlung

Eine chirurgische Behandlung ist nur ausnahmsweise notwendig, weil sie oft zu Komplikationen und Verlängerung des Heilungsverlaufes führt. Im Vordergrund steht die Behandlung durch amöbizide Mittel: Tetrazykline, 5-Nitroimidazole, Chloroquin, Metronidazol (Clont). Bei der invasiven Amöbiasis ist eine Kombinationstherapie notwendig (verschiedene Medikamente miteinander und nacheinander nach Vorschrift des Arztes).

## Prognose

Die Prognose der manifesten Erkrankung hängt von der möglichst frühzeitigen Diagnose ab. Andernfalls können schwere Krankheitszustände auftreten, die zum Tode führen können.

## Besonderheiten

Zur Prophylaxe einer Infektion gehören allgemeine hygienische Massnahmen, Vermeidung von kopfgedüngtem Gemüse und fäkaloraler Kontakte.