
Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG)

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 042/003	Entwicklungsstufe:	1
---------------------------------	--------------------	---------------------------	----------

Diagnostik und Therapie des Amöbenleberabszesses

Es ist Anliegen der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG), mit dieser Leitlinie den (Fach-)Arzt bei seinen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen zu unterstützen. Sie ist gedacht für Ärzte ohne die Zusatzbezeichnung "Tropenmedizin", die differenzialdiagnostisch oder therapeutisch Patienten mit einem Amöbenleberabszess konfrontiert sind. Bei Problemen sollte nicht gezögert werden, Kontakt mit einem Tropenmediziner oder mit einer tropenmedizinischen Einrichtung aufzunehmen bzw. den Patienten dorthin zu verlegen. (www.dtg.org, [externer Link](#)).

Die Fragen der Diagnostik werden im Wesentlichen bezüglich ihrer Therapierelevanz berücksichtigt. Die Maßnahmen zu Herbeiführung des Konsens sind am Ende aufgeführt.

Diagnostik

1. Wann sollte eine Diagnostik in Hinblick auf einen Amöbenleberabszess veranlasst werden ?

- bei jedem Patienten mit Fieber und Schmerzen (abdominal oder thorakal) und erhöhten Entzündungsparametern (z.B. Leukozytose, BSG-Beschleunigung oder CRP-Erhöhung) nach Aufenthalt in Tropen oder Subtropen 1 Woche bis Jahre vor Erkrankungsbeginn
- bei jedem Patienten mit Fieber nach Aufenthalt in den Tropen oder Subtropen, wenn andere Erkrankungen, insbesondere eine Malaria, ausgeschlossen sind

Immer zu beachten

- Oft finden sich anamnestisch keine Hinweise auf (blutige) Diarrhoen
- Bei Patienten mit Amöbenleberabszess findet man in der Standard-Stuhlmikroskopie meist keine Amöben
- Cholezystitis, Hepatitis, Pneumonie oder Pleuritis sind häufige Fehldiagnosen

Ausnahmen

In seltenen Fällen kann ein Amöbenleberabszess auf einer Infektion in gemäßigten Zonen beruhen

2. Wer kann die Diagnostik durchführen?

Jeder Arzt, der berechtigt und in der Lage ist, die Leber mit bildgebenden Verfahren zu beurteilen. Bei unklaren Fällen Überweisung an tropenmedizinische Einrichtung (www.dtg.org) ([externer Link](#))

3. Notwendige Basisdiagnostik

- Die Vermutungsdiagnose ergibt sich aus Anamnese, Klinik und Labor und wird durch den sonographischen Nachweis eines Abszesses in der Leber wesentlich unterstützt
- Die Diagnose wird gesichert durch den Nachweis spezifischer Serum-Antikörper

Sonographie

Sonographisch findet sich eine runde oder ovale Raumforderung. Diese ist meist solitär, meist im rechten Leberlappen und meist peripher gelegen. Eine Wand ist nicht nachweisbar. Die Raumforderung ist meist echoarm, mit feinen Binnenechos und mit dorsaler Schallverstärkung. Allerdings kann der Amöbenleberabszess auch als echoreich imponieren, gelegentlich auch heterogen mit echoreichen und echoarmen Anteilen. Diese echoreichen Abszesse werden im weiteren Verlauf meist echoarm. Komplikationen des Amöbenleberabszesses, insbesondere Rupturen, sind sonographisch gut zu diagnostizieren.

Die Sensitivität der Ultraschall-Untersuchung ist somit bei Patienten mit entsprechender Anamnese und Klinik hoch. Die Spezifität ist niedrig, da ein pyogener Leberabszess nicht auszuschließen ist.

4. Notwendige weitere Diagnostik bei Nachweis eines Leberabszesses in den bildgebenden Verfahren

- **Entzündungsparameter (als Verlaufsparemeter - sofern diese noch nicht vorliegen und zur Diagnose geführt haben)**
- **Spezifische Serumantikörper (zur Sicherung der Diagnose)**
- **Röntgenthorax-Untersuchung oder sonographische Darstellung des Herzens und der Zwerchfell-Rippen-Winkel (Ausschluss Perforation, Pleuraerguss, Perikarderguss*)**
- **Fakultativ: Leberwerte und Cholestasemarker (Einfluss auf Leberfunktion und Druck auf Gallenwege)**

* Bei Amöbenleberabszessen, die in den zwerchfellnahen Lebersegmenten lokalisiert sind, kann eine Begleitpleuritis mit Pleuraerguss beobachtet werden, ohne dass hier eine Perforation vorliegt.

Hinweise zur Serologie:

Das Serum muss an ein für die Amöbenserologie ausgewiesenes Labor eingeschickt werden. Eine Vielzahl von serologischen Methoden wurde zum Nachweis spezifischer Antikörper eingesetzt: Komplement-Bindungsreaktion, Latex-Agglutination, indirekte Hämagglutination, indirekte Immunfluoreszenz, Enzym-Immunoassay. Am weitesten verbreitet ist z.Z. der ELISA mit löslichen Extrakten der Erreger als Antigen. Die Sensitivität liegt bei nahezu 100%. Positive Testergebnisse sind spätestens wenige Tage nach Symptombeginn zu erwarten (ggf. kurzfristige Wiederholung der Untersuchung).

5. Andere in Einzelfällen nützliche Diagnostik

Computertomographie

Nach Form und Größe stellt sich der Amöbenleberabszess computertomographisch entsprechend den Befunden in der Sonographie dar. Dabei ist der Abszess meist etwas hyperdenser als Wasser, mit 10-20 H. Auch ohne Kontrastmittel ist häufig eine 3-15 mm dicke Wand nachweisbar. Nach Kontrastmittelgabe kann die Wand hyperdens imponieren. Ein Ödemsaum ist selten nachweisbar. Interne Septen wurden in bis zu 30% der Fälle beschrieben.

Indikation: Anamnestisch und klinisch hochgradiger Verdacht auf Amöbenleberabszess, sonographischer Befund unauffällig

Kernspintomographie

Auf T1-gewichteten Aufnahmen erscheint der Amöbenleberabszess scharf begrenzt und signal-arm. Auf T2-gewichteten Aufnahmen findet man eine hyperintense Region. Entsprechend ödematösem Lebergewebe erscheint auch die Umgebung des Abszesses hyperintens. Auch kernspintomographisch ist eine sichere Abgrenzung eines Amöbenleberabszesses von bakteriellen Abszessen oder nekrotischen Tumoren nicht möglich. Allerdings ist bei Verdacht auf Ruptur eines Abszesses in den Thorax ein Empyem von einem Transsudat durch Hyperintensität in sowohl T1- als auch in T2-gewichteten Aufnahmen abzugrenzen.

Indikation: Im Allgemeinen ist keine Kernspintomographie erforderlich.

6. Überflüssige Diagnostik

- Abszess-Punktion zum parasitologischen Nachweis von *E. histolytica*

Therapie

1. Einordnung in Therapiegruppe

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Grundsätzlich wird die Therapie medikamentös durchgeführt.

2. Notwendige Therapie

Standard-Behandlung:

Ein Amöbenleberabszess wird mit Metronidazol behandelt. Andere Nitroimidazole sind ebenfalls möglich, bieten aber keine Vorteile. Die Therapie sollte im Allgemeinen intravenös begonnen werden. Mit Resistenzen ist bisher nicht zu rechnen.

Metronidazol ist nicht ausreichend wirksam gegen Amöben im Darmlumen. Diese können noch vorhanden sein, auch wenn sie bei einer parasitologischen Stuhluntersuchung nicht nachweisbar sind. Daher muss immer eine Nachbehandlung mit einem Darmlumen-wirksamen Medikament erfolgen. In einer vergleichenden Untersuchung hat sich hierbei das Paromomycin (z.B. Humatin®) dem Diloxanid-furoat (z.B. Furamide®) überlegen gezeigt.

Dosierung:

Standard:

Metronidazol 3 x 10 mg/kg/Tag (max. 3x800mg) über 10 Tage

anschließend Behandlung einer evtl. noch bestehenden Darmlumen-Infektion:

Paromomycin 3 x 500 mg pro Tag über 9-10 Tage

Hinweise zu den Medikamenten:

Metronidazol

- Pharmakokinetik: vorwiegender Abbau über die Leber bedingt, dass die Dosis des Metronidazols bei schwerer Leberinsuffizienz reduziert werden muss
- Nebenwirkungen: Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, metallischer Geschmack; Alkohol-Unverträglichkeit; selten periphere Neuropathie, Ataxie oder andere ZNS-Nebenwirkungen (extrem selten)
- Kontraindikationen: 1. Trimenon einer Schwangerschaft (bei Amöbenleberabszess kann in Kenntnis des Risikos trotzdem behandelt werden)
- Wechselwirkungen: Halbwertszeit bei gleichzeitiger Gabe von Phenobarbital verkürzt; Cimetidin erhöht Metronidazol-Blutspiegel; Wirkung oraler Antikoagulantien kann potenziert werden

Paromomycin

- Pharmakokinetik: Paromomycin ist ein Aminoglycosid-Antibiotikum. Die Resorption ist nach oraler Gabe sehr gering.
- Nebenwirkungen: Es können geringe gastrointestinale Störungen auftreten, sehr selten Ototoxizität
- Kontraindikationen: Eradikationstherapie sollte nicht in der Schwangerschaft erfolgen

3. Überwachung unter laufender Therapie

Klinische Kontrollen:

- Allgemeinzustand, Temperatur, RR, Herzfrequenz

Im Allgemeinen rasche Besserung des Allgemeinbefindens bei erfolgreicher Therapie

Labortechnische Kontrollen:

- Entzündungsparameter, Leberwerte (wenn vor Therapie erhöht gemessen); die Entzündungsparameter müssen nach einigen Tagen deutlich rückläufig sein
- *E. histolytica* im Stuhl: sollten nach Abschluss der Therapie mit Paromomycin nicht mehr nachweisbar sein. PCR und einige Kopro-Antigen-ELISAs sind vor allem bei einmaliger Untersuchung und in weniger erfahrenen Labors sensitiver als die parasitologische Stuhluntersuchung.

Sonographische Kontrollen:

Insgesamt ist die Sonographie ein wenig geeignetes Verfahren um den Therapieerfolg kurzfristig zu beurteilen. Die Raumforderung wird zwar oft kleiner und echoarme Raumforderungen werden heterogen. Die Größenabnahme ist jedoch sehr variabel. Es kann zwischen 2 Monaten und 20 Monaten dauern, bis der Abszess nicht mehr nachweisbar ist. Daraus kann nicht auf ein mangelndes Ansprechen der Therapie geschlossen werden. Parameter für den Therapieerfolg sind der klinische Zustand des Patienten und die Entzündungsparameter im Blut. Bei 5 bis 10% der Patienten können auch nach Jahren noch kleine inaktive Restzustände in Form runder hyper- oder hypodenser Areale zum Teil mit kalkhaltigem Randsaum

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

persistieren.

4. Andere in Einzelfällen nützliche Therapie

Im Gegensatz zu bakteriellen Abszessen ist eine Punktion oder Drainage des Abszessinhaltes nur in Ausnahmefällen indiziert. Ausnahmefälle sind kapselnahe, sehr große Abszesse vor allem im linken Leberlappen (Gefahr der Herzbeutel-tamponade) oder Perforation oder Durchwanderung in andere Organe. Punktion nur unter Gabe eines Nitroimidazols. Kein Versuch einer weitgehenden Entleerung, da so die Blutungsgefahr erhöht wird. Cave: Punktion einer Echinokokkuszyste (die sich klinisch völlig anders, namentlich in der Regel ohne Fieber und Entzündungszeichen, präsentiert)! Bei Verdacht auf bakterielle Superinfektionen (selten) kann das Abszesspunkat kulturell untersucht werden (z.B. Blutkultur-Set). Im Abszesspunkat lassen sich bei der mikroskopisch-parasitologischen Untersuchung häufig keine Amöben nachweisen, während PCR und/oder Antigen-ELISA meist positiv sind.

5. Überflüssige Therapie

- Chloroquin: nicht mehr indiziert
- Dihydroemetin: nicht mehr indiziert

6. Wann stationär, wann ambulant

Jeder Patient mit Amöbenleberabszess muss stationär aufgenommen werden.

Patienten mit Abszessen im linken Leberlappen nahe am Herzen müssen in den ersten Tagen täglich sonographiert werden.

7. Besondere Patientengruppen

Besonderheiten bei Kindern

- Therapie wie bei Erwachsenen

Besonderheiten bei Schwangeren

- Der Amöbenleberabszess ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, deshalb in aller Regel auch in der Schwangerschaft zu behandeln (obwohl 5-Nitroimidazole ansonsten im 1 Trimester nicht gegeben werden sollten), Rücksprache mit tropenmedizinischer Einrichtung wird empfohlen

Literatur:

1. Attia Y, Mensah W: Le traitement de l'amibiase hépatique par le tinidazole. *Med Afr Noire*, 1983; 30: 193-195.
2. Bauer AG, Schalm SW, Stuiver PC: Failure of conventional treatment to prevent relapse of hepatic amoebiasis. *Neth J Med*, 1981; 24: 6-9.
3. Bhatia S, Karnad DR, Oak JL: Randomized double-blind trial of metronidazole versus secnidazole in amebic liver abscess. *Indian J Gastroenterol*, 1998; 17: 53-54.
4. Blessmann J, Binh HD, Hung DM, Tannich E, Burchard G: Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: a comparative, prospective and randomized study. *Trop Med Int Health*, 2003; 8: 1030-4.
5. Blessmann J, Tannich E: Treatment of asymptomatic intestinal Entamoeba histolytica infection. *N Engl J Med*, 2002; 347: 1384.
6. Blessmann J, Khoa ND, Van An L, Tannich E: Ultrasound patterns and frequency of focal liver lesions after successful treatment of amoebic liver abscess. *Trop Med Int Health*, 2006 ;11: 504-8.
7. Bunnag D, Harinasuta T, Viravan C, Vanijanonta S, Javanavij A: Clinical trial of metronidazole low dosage in amoebic liver abscess. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, 1975; 6: 99-102.
8. Cervantes LF, Haua Kuri J, Castillo A, Guzman C: Tratamiento del absceso hepático con tinidazol. *Rev Gastroenterol Mex*, 1975; 40: 185-93.
9. Cesari J, Condat M, Gendron Y, Saint-Andre P, Thomas J, Charmot G: Le traitement de l'amibiase par le secnidazole au cure courte. *Med Trop (Mars)*, 1982; 42: 527-30.
10. Cohen HG, Reynolds TB: Comparison of metronidazole and chloroquine for the treatment of amoebic liver abscess. A controlled trial. *Gastroenterology*, 1975; 69: 35-41.
11. de la Rey Nel J, Simjee AE, Patel A: Indications for aspiration of amoebic liver abscess. *S Afr Med J*, 1989; 75: 373-6.
12. Duflou B, Diallo A: Essai de la Fasigyne 500 dans le traitement de l'amibiase hépatique. *Med Dig*, 1982; 8: 61-64.
13. Filice C, Di Perri G, Strosselli M, Brunetti E, Dughetti S, Van Thiel DH, Scotti-Foglieni C: Outcome of hepatic amoebic abscesses managed with three different therapeutic strategies. *Dig Dis Sci*, 1992; 37: 240-247.
14. Fisher L, AW C: Failure of metronidazole in amoebic liver abscess. *Am J Med Sci*, 1976; 271: 65-68.
15. Gregory PB: A refractory case of hepatic amoebiasis. *Gastroenterology*, 1976; 70: 585-8.
16. Griffin FM, Jr.: Failure of metronidazole to cure hepatic amoebic abscess. *N Engl J Med*, 1973; 288: 1397.
17. Hanna RM, Dahnnya MH, Badr SS, El-Betagy A: Percutaneous catheter drainage in drug-resistant amoebic liver abscess. *Trop. Med. Int. Health*, 2000; 5: 578-581.
18. Hatchuel W: Tinidazole for the treatment of amoebic liver abscess. *S Afr Med J*, 1975; 49: 1879-81.
19. Henn RM, Collin DB: Amebic abscess of the liver. Treatment failure with metronidazole. *JAMA*, 1973; 224: 1394-5.
20. Iruen EM, Jackson TF, Simjee AE: Asymptomatic intestinal colonization by pathogenic Entamoeba histolytica in amebic liver abscess: prevalence, response to therapy, and pathogenic potential. *Clin Infect Dis*, 1992; 14: 889-93.
21. Islam N, Hasan M: Tinidazole and metronidazole in hepatic amoebiasis. *J Trop Med Hyg*, 1978; 81: 20-2.
22. Jaroovesama N, Viranuvatti V: Treatment of amoebic liver abscess with one day and low dosage of ornidazole (Tiberol). *Asian J Inf Dis*, 1978; 2: 265-269.
23. Jayawickrema US, Lionel ND: Comparison of metronidazole with emetine & chloroquine in the treatment of hepatic amoebiasis--A controlled double blind study. *Ceylon Med J*, 1975; 20: 99-102.
24. Jenkinson SG, Hargrove MD, Jr.: Recurrent amoebic abscess of the liver. *JAMA*, 1975; 232: 277-8.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

25. Joshi H, Shah B: A comparative study of tinidazole and metronidazole in treatment of amebiasis. *Indian Pract*, 1975; 28: 295.
26. Khanna S, Chaudhary D, Kumar A, Vij JC: Experience with aspiration in cases of amebic liver abscess in an endemic area. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 2005; 24: 428-30.
27. Khokhani RC, Garud AD, Deodhar KP, Sureka SB, Kulkarni M, Damle VB: Comparative study of tinidazole and metronidazole in amoebic liver abscess. *Curr Med Res Opin*, 1977; 5: 161-3.
28. Koutsaimanis KG, Timms PW, Ree GH: Failure of metronidazole in a patient with hepatic amebic abscess. *Am J Trop Med Hyg*, 1979; 28: 768-9.
29. Lasserre R, Jaroovesama N, Kurathong S, Soh CT: Single-day drug treatment of amebic liver abscess. *Am J Trop Med Hyg*, 1983; 32: 723-6.
30. Mendis S, Dharmasena BD, Jayatissa SK: Comparison of tinidazole with metronidazole in the treatment of hepatic amoebiasis: a controlled double blind study. *Ceylon Med J*, 1984; 29: 97-100.
31. Muzaffar J, Madan K, Sharma MP, Kar P. Randomized, single-blind, placebo-controlled multicenter trial to compare the efficacy and safety of metronidazole and satranidazole in patients with amebic liver abscess, 2006; 51:2270-3.
32. Pichard E, Traore HA, Keita A, Dembele M, Doumbo O, Pene P: Traitement court de amebiasis hépatique par le tinidazole. *Bull Soc Pathol Exot*, 1991; 84: 94-100.
33. Powell SJ: Drug trials in amoebiasis. *Bull World Health Organ*, 1969; 40: 956-8.
34. Powell SJ, Wilmot AJ, Macleod IN, Elsdon-Dew R: A comparative trial of dehydroemetine, emetine hydrochloride and chloroquine in the treatment of amoebic liver abscess. *Ann Trop Med Parasitol*, 1965; 59: 496-9.
35. Quaderi MA, Rahman MS, Rahman A, Islam N: Amoebic liver abscess and clinical experiences with tinidazole in Bangladesh. *J Trop Med Hyg*, 1978; 81: 16-9.
36. Rao SV, Satyanarayana D, Jayapal Reddy K: Metronidazole in amoebic hepatitis and liver abscess. *J Indian Med Assoc*, 1968; 51: 450-2.
37. Sharma MP, Rai RR, Acharya SK, Ray JC, Tandon BN: Needle aspiration of amoebic liver abscess. *BMJ*, 1989; 299: 1308-9.
38. Simjee AE, Gathiram V, Jackson TF, Khan BF: A comparative trial of metronidazole v. tinidazole in the treatment of amoebic liver abscess. *S Afr Med J*, 1985; 68: 923-4.
39. Sodhi KS, Ojili V, Sakhuja V, Khandelwal N: Hepatic and inferior vena caval thrombosis: vascular complication of amebic liver abscess. *J Emerg Med*, 2008; 34: 155-7.
40. Stanley SL Jr: Amoebiasis. *Lancet*, 2003; 361: 1025-34.
41. Stillman AE, Alvarez V, Grube D: Hepatic amebic abscess. Unresponsiveness to combination of metronidazole and surgical drainage. *JAMA*, 1974; 229: 71-2.
42. Tandon A, Jain AK, Dixit VK, Agarwal AK, Gupta JP: Needle aspiration in large amoebic liver abscess. *Trop. Gastroenterol.*, 1997; 18: 19-21.
43. Thompson JE, Jr., Forlenza S, Verma R: Amebic liver abscess: a therapeutic approach. *Rev Infect Dis*, 1985; 7: 171-9.
44. Tsai SH: Experiences in the therapy of amebic liver abscess on Taiwan. *Am J Trop Med Hyg*, 1973; 22: 24-9.
45. Van Allan RJ, Katz MD, Johnson MB, Laine LA, Liu Y, Ralls PW: Uncomplicated amebic liver abscess: prospective evaluation of percutaneous therapeutic aspiration. *Radiology*, 1992; 183: 827-30.
46. Weber DM: Amebic abscess of liver following metronidazole therapy. *JAMA*, 1971; 216: 1339-40.
47. Zafar A, Ahmed S: Amoebic liver abscess: a comparative study of needle aspiration versus conservative treatment. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 2002; 14: 10-2.

Verfahren zur Konsensbildung

Gegenwärtiger Stand des Konsens

Eine jetzt vorliegende dritte Fassung der Leitlinie wurde 2008 von S. Ehrhardt (Hamburg) erarbeitet und dem Ausschuss "Leitlinienentwicklung" der DTG vorgelegt. Nach Beratung im Ausschuss wurde die Leitlinie dem Vorstand der DTG vorgelegt.

Mitglieder des Arbeitsausschusses:

- Leitlinien: G. Burchard (Hamburg), T. Junghanss (Heidelberg), T. Löscher (München), J. Richter (Düsseldorf), A. Stich (Würzburg), H. Sudeck (Hamburg)

Grundlage der Leitlinie Die Leitlinie gibt die Meinung von Experten innerhalb der DTG wieder.

Metaanalysen von der Cochrane Collaboration liegen z.Z. nicht vor. Die Expertenmeinung stützt sich daher auf persönliche Erfahrung, Kenntnis der Literatur, Übersichtsarbeiten und Empfehlungen anderer Institutionen. Die Literatur wurde anhand der üblichen Datenbanken (Medline) und der "Entamoeba homepage" gesichtet (<http://homepages.lshtm.ac.uk/entamoeba>) ([externer Link](#))

Es wird darauf hingewiesen, dass eine systematische "Evidenz"recherche in der Tropenmedizin problematisch ist. Zu vielen Fragestellungen gibt keine oder nur wenige gute, kontrollierten Studien (Beispiel: Therapie des Amöbenleberabszesses mittels Punktion). Viele Studien sind in Entwicklungsländern durchgeführt und nicht auf Deutschland übertragbar (z.B.: Blutaustausch-Transfusion bei Malaria). Viele parasitäre Erkrankungen werden relativ selten in Industrienationen importiert, sodass hier keine ausreichenden Fallzahlen zustande kommen. Deshalb ist es schwierig, Methoden zur Interpretation und Bewertung der "Evidenz"stärke anzugeben. Auch die Publikationen der *Cochrane Collaboration* sind kaum hilfreich, da nur ein kleiner Teil der Tropenmedizin abgedeckt wird und da die Fragestellungen auf Entwicklungsländer zugeschnitten sind. Es ist somit nicht verwunderlich, dass es international kaum Leitlinien gibt.

Die Empfehlungen zur medikamentösen Therapie des Amöbenleberabszesses beruhen auf "Evidenz": Die Wirksamkeit der Nitroimidazole ist in einer Reihe von älteren Studien nachgewiesen (4,32,35), auch wenn in Einzelfällen Therapie-Versager beschrieben wurden (13,14,15,18,23,27,38,43). Die Notwendigkeit einer anschließenden Therapie mit darm-lumenwirksamen Mitteln ist ebenfalls gut belegt (20,40).

Alternativ zum Metronidazol wurden andere Nitroimidazole zur Therapie des Amöbenleberabszesses eingesetzt, zum Teil ebenfalls mit kürzeren Behandlungsdauern, insgesamt ließen sich keine gravierenden Unterschiede nachweisen (1,3,8,9,12,18,22,21,25,27,29,30,31,32,35,38). Chloroquin ist bei extra-intestinaler Amöbiasis wirksam und kann zusätzlich zum Metronidazol gegeben werden (10,23,34), ein Vorteil gegenüber einer alleinigen Therapie mit Nitroimidazolen ist aber nicht nachgewiesen.

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Zur Behandlung der Darmlumenformen: Neuere Studien haben hier gezeigt, dass mit Paromomycin gegenüber Diloxanid fuorat eine deutlich bessere Elimination des Erregers erreicht wird (5).

Die Empfehlungen zur Punktion eines Amöbenleberabszesses in Ausnahmefällen beruhen auf Konsens: Es liegen nur wenige Studien vor, in denen medikamentöse Therapie + Punktion gegen alleinige medikamentöse Therapie verglichen wurden, die meisten weisen methodische Mängel auf wie unzureichende oder fehlende Randomisation oder Gleichsetzung eines nicht-signifikanten Unterschiedes mit Äquivalenz (11,13,17,26,37,41,45,47). Ein prospektive randomisierte Studie in Vietnam ergab keinen signifikanten Unterschied (4).

Vorgesehene weitere Evaluation

Die Leitlinie soll an weitere Experten in der Schweiz und in Österreich verschickt werden.

Finanzierung

Die DTG ist ein gemeinnütziger Verein, der sich aus Mitgliedsbeiträgen finanziert.

Erstellungsdatum:

12/2000

Letzte Überarbeitung:

08/2008

Nächste Überprüfung geplant:

2010

Zurück zum [Index Leitlinien Tropenmedizin](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - **insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung** übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 08/2008

© Dt. Ges. f. Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG)

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 05.11.2008; 10:57:39

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.