

***Entamoeba Histolytica***

Verschillende amoeben waaronder *Entamoeba histolytica* kunnen de mens parasiteren. *E. histolytica* wordt aanzien als de meest geduchte species omdat zij de weefsels kan invaderen. Infecties met *E. histolytica* komen veelvuldig voor in de tropen (8). De meeste infecties in ons land komen dan ook voor bij reizigers uit tropische of subtropische gebieden. Andere risicogroepen zijn patiënten in psychiatrische instellingen, mannelijke homofielen (*E. histolytica* wordt aangetroffen bij het *gay bowel syndrome*), en patiënten met een verminderde immuniteit zoals onder meer AIDS-patiënten (3). *E. histolytica* moet worden gedifferentieerd van de morfologisch identische, maar niet pathogene soort *Entamoeba dispar*. Het onderscheid tussen deze laatste species en *E. histolytica* kan op diverse, vrij complexe manieren worden bepaald (iso-enzyme-profielen, PCR ...) maar is geen routine (1, 6, 7). Deze differentiatie via PCR wordt uitgevoerd in het Instituut voor Tropische Geneeskunde in Antwerpen op verse, ingevroren of geformoleerde (4%) faeces. Volgens dit labo is de verhouding in België: 98% *Entamoeba dispar* en 2% *Entamoeba histolytica* (6).

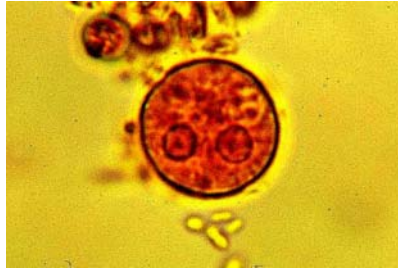
De overdracht gebeurt faeco-oraal door cysten, eventueel indirect via besmet water of voedsel.

**Pathogeen vermogen**

*E. histolytica* is de verwekker van amoebendysenterie. Hierbij invaderen de *E. histolytica* de submucosa van het colon. Deze ulceraties besmetten gemakkelijk met darmbacteriën, wat kan resulteren in een toxisch megacolon. Chronische ulceraties kunnen evolueren naar amoeboma's die kunnen verward worden met tumorale massa's'. De ontlasting bevat ettercellen, rode bloedcellen en slijm. In zeldzame gevallen kan extra-intestinale abcesvorming optreden via hematogene uitzaaiing, gewoonlijk naar de rechter leverlob maar ook pulmonaire en andere lokalisaties zijn gekend. Een leverabces met *E. histolytica* komt zelden voor buiten de tropen. Men vermoedt dat ook andere factoren een rol spelen bij het ontstaan van een dergelijk leverabces. Een leverabces met *E. histolytica* is veel frequenter bij mannen dan bij vrouwen, bij kinderen is er geen verschil qua incidentie tussen jongens en meisjes (4).

**Diagnose**

Amoebiase veroorzaakt geen eosinofilie (4). In geval van abcesvorming zijn de klassieke inflammatoire parameters en de levertesten gestoord. De laboratorium-diagnose van een amoebenabces geschiedt door middel van specifieke serologie (uitgevoerd in het Instituut voor Tropische Geneeskunde te Antwerpen). Amoebendysenterie wordt aangetoond door parasitologisch onderzoek van zeer verse faeces of op biopsies. Grote beweeglijke hematofage trofozoïten (> 20µm, magna vormen) zijn diagnostisch. Kleine trofozoïten (minuta vormen), precysten en vooral cysten (10-15 µm, figuur 1) worden aangetroffen bij kiemdragers van zowel de pathogene *E. histolytica* als de niet pathogene species *E. dispar*.



Figuur 1. Cyste met twee zichtbare kernen van *Entamoeba histolytica*. Typisch is het centrale karyozoom en de perifere chromatine van de kernen (Lugolkleuring).

## Behandeling

### *Asymptomatische kiemdragers*

Asymptomatische kiemdragers kunnen behandeld worden met paromomycine of diloxanide furoaat (2, 3, 5). In een recente vergelijkende studie bleek paromomycine duidelijk beter dan diloxanide furoaat (2). Metronidazole heeft geen effect op cysten (5).

### *Dysenterie en leverabces*

Hiervoor wordt tinidazole of metronidazole gevolgd door paromomycine aanbevolen (3, 5). Alternatieven zijn dehydroemetine (3, 5) en enkel voor een leverabces chloroquine (3).

## Referenties

1. Blessmann J., Buss H., Ton Nu P. *et al.* 2002. Real-Time PCR for detection and differentiation of *Entamoeba histolytica* and *Entamoeba dispar* in fecal samples. *Journal of Clinical Microbiology* 40:4413-4417.
2. Blessmann J. & Tannich E. 2002. Treatment of asymptomatic intestinal *Entamoeba histolytica* infection. *The New England Journal of Medicine* 347:1384.
3. Ravdin J. 2000. *Entamoeba histolytica* (Amebiasis). In Mandell G. *et al.* (eds.). *Principles and practice of infectious diseases*. Churchill Livingstone, New York: 2798-2810.
4. Ryan E., Wilson M., Kain K. 2002. Illness after international travel. *The New England Journal of Medicine* 347:505-516.
5. Sanford J., Gilbert D., Moellering R. & Sande M. 2002. *The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 2002-2003*. Antimicrobial Therapy, Inc. Vermont.
6. Vervoort T. 2002. Persoonlijke mededeling.
7. <http://www.dpd.cdc.gov/DPDx/Default.htm>
8. <http://www.who.int/ctd/intpara/burdens.htm>

M. Lontie