



ÖGGH

Österreichische
Gesellschaft für
Gastroenterologie
und Hepatologie

Leberabszess

Autoren: Michael Strasser, Gernot Zollner, Ivo Graziadei
Arbeitsgruppenleiter: Peter Fickert
Erstellt: 01.2014
Aktualisiert: 2018

Einleitung

- häufigster viszeraler Abszess
- Männer:Frauen 3:1, Inzidenz 2.3/100.000
- Risikofaktoren: Diabetes, hepatobiliäre/pankreatische Erkrankungen, Z.n. Lebertransplantation
- Prognose: Mortalität in entwickelten Ländern 2-12%
(Risikofaktoren: Malignom als Grund-erkrankung, Infektion mit Anaerobiern, chirurgisches Eingreifen)

Pathogenese

- Pyämie der Pfortader
- direkt fortgeleitet durch Cholangitis
- hämatogene Streuung (Staphylokokken, Streptokokken)

Rechter Leberlappen am häufigsten betroffen !

Pathogenese

- Mikrobiologie:
 - Streptokokken
 - Staphylokokken
 - Candida sp.
 - Klebsiella pneumoniae
 - Tuberkulöse Leberabszesse (daran denken!)
 - Entamoeba histolytica

Klinik

- Fieber (90% d.F.)
- abdominelle Schmerzen (50-75% d.F.)
- Hepatomegalie (50% d.F.)

- Gewichtsverlust, Malaise, Nausea, Anorexie
- fehlende Schmerzen im rechten oberen Quadranten schließen einen Leberabszess nicht aus

Diagnose (1)

- Anamnese
- klinische Untersuchung
- Bildgebung
 - CT/Sonographie Methoden der Wahl
(Differenzierung pyogener Abszess vs. Amöbenabszess nicht möglich)
- Bakteriologie des punktierten Abszessmaterials



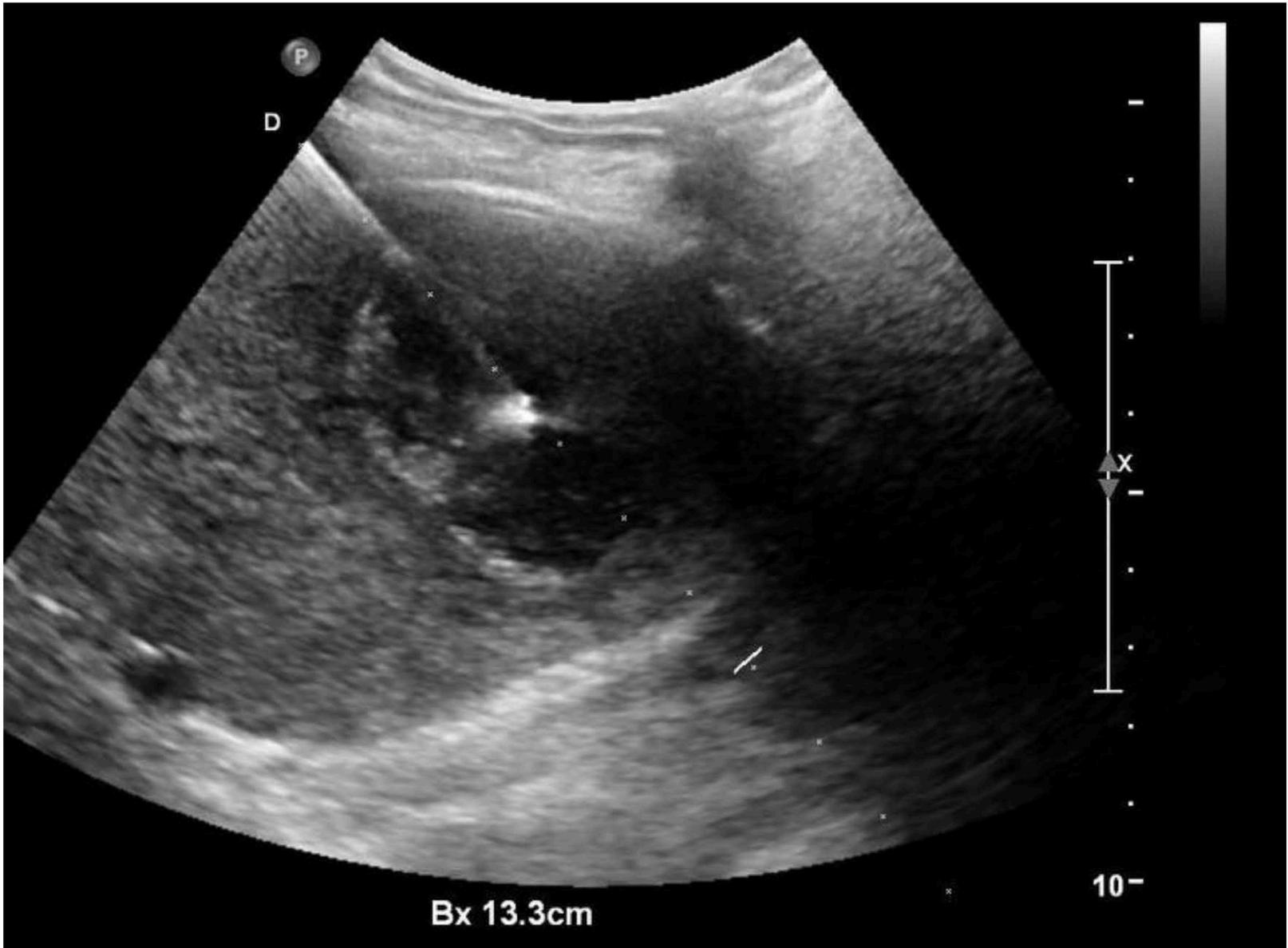
Mit freundlicher Genehmigung Albertinen-Krankenhaus, Hamburg, Dr. Guntau

Diagnose (2)

- Mikrobiologie:
 - aerobe/anaerobe Kulturen aus dem Punktat
 - Blutkulturen (positiv in bis zu 50% d.F.)
 - keine Probengewinnung aus bereits liegenden Drainagen !
- Labor:
 - u.U. Erhöhung des Bilirubins sowie der Transaminasen und der Alk. Phosphatase
 - u.U. Leukozytose, Anämie (normochrom, normozytär), Hypalbuminämie

Therapie (1)

- Drainage:
 - CT/Ultraschall gezielte perkutane Drainage (s. nächste Folie)
 - chirurgische Drainage oder endoskopische Drainage i.R. einer ERCP



Mit freundlicher Genehmigung Albertinen-Krankenhaus, Hamburg, Dr. Guntau

Therapie (2)

- Antibiotische Therapie:
 - empirische Therapie, keine randomisierten Studien
 - Modifizierung des antibiotischen Regimes nach Eintreffen der Mikrobiologie
 - Dauer der Therapie: Keine randomisierten Studien, klinisch/radiologischer Verlauf ist entscheidend (gewöhnlich 4-6 Wochen)

Antibiotische Therapie (1)

- Empirische Therapie, (Auswahl):

Regime	Dosierung
Erste Wahl	
<i>Monotherapie mit einem Betalaktamasehemmer</i>	
Ampicillin-Sulbactam	3 g, alle 6-8 Stunden i.v.
Piperacillin-Tazobactam	4,5 g, alle 8 Stunden i.v.
<i>Kombination Cephalosporin III plus Metronidazol</i>	
Ceftriaxon plus	2 g, alle 24 Stunden i.v.
Metronidazol	0,5 g, alle 8 Stunden i.v.

Antibiotische Therapie (2)

- Empirische Therapie, (Auswahl):

Regime	Dosierung
Alternative Therapie	
<i>Kombination Fluorchinolon plus Metronidazol</i>	
Ciprofloxacin oder	0,4 g, alle 12 Stunden i.v.
Levofloxacin plus	0,5 g, alle 24 Stunden i.v.
Metronidazol	0,5 g, alle 8 Stunden i.v.
<i>Monotherapie mit einem Carbapenem</i>	
Imipenem-Cilastatin	1 g, alle 8 Stunden i.v.
Meropenem	1 g, alle 8 Stunden i.v.

Amöbenleberabszess

- Reiserückkehrer aus Endemiegebieten:
 - Indien, Afrika, Zentral- und Südamerika
- Symptome 8-20 (!) Wochen nach Rückkehr
 - Fieber, abd. Schmerzen
- Zusätzliche Diagnostik bei V.a. Amöben
 - Amöben Antikörper im Serum
 - Aspiration/Drainage: PCR u/o Antigen Bestimmung
 - Stuhluntersuchung meist negativ

Amöbenleberabszess - Therapie

- Empirische Therapie bereits bei Verdacht:
 - Metronidazol 500-750mg 3x tgl für 7-10d
- Drainage bei Rupturgefahr
 - Läsionen im linken Leberlappen
 - fehlende Besserung auf die empirische Therapie
- Anschließend Therapie intraluminaler Zysten:
 - Paromomycin 25-30mg/kg/d in 3 Einzeldosen