

SOUHRNNÁ SDĚLENÍ • PŮVODNÍ PRÁCE • KAZUISTIKY

na nákazu umírá, čímž se améboza řadí v mortalitě protozoárních infekcí na druhé místo za malárii [2, 3].

Nejvyšší prevalence onemocnění je v rozvojových zemích, především z důvodu nedostatečné hygieny a nedostatku pitné vody. U dětí je invazivní infekce relativně vzácná, avšak o to nebezpečnější (fulminantní průběh) [4].

V České republice je záchyt amébózy sporadický. V posledních letech nebylo při vyšetřeních stolice zaznamenáno více než 50 záchyťů *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii* ročně (hlášeno přímo laboratořemi), klinicky manifestních případů střevní amébózy s dourčením *E. histolytica* bylo jen minimum. Většina diagnostikovaných případů se u nás projevuje jako extraintestinální forma (graf 1, tab. 1). Skutečný výskyt střevní formy onemocnění ale může být vzhledem k velké variabilitě klinických projevů (viz dále) a relativně malé zkušenosti řady kliniků s tímto onemocněním vyšší.

V trávicím traktu člověka bylo popsáno sedm druhů améb – *E. histolytica*, *E. dispar*, *E. moshkovskii*, *E. hartmanni*, *E. coli*, *Jodamoeba bütschlii* a *Endolimax nana* [5]. Pouze *E. histolytica* je považována za patogenní, napadá stěnu tlustého střeva, případně může sekundárně dojít k jejímu rozsevu mimo lumen střeva. *E. histolytica* se přenáší fekálně-orální cestou, požitím infekční cystické formy protozoa. Cysty jsou značně odolné, v zevním prostředí (fekálně znečištěná půda, voda) přežívají týdny až měsíce. Nákaza je nejčastěji alimentární z kontaminovaných potravin nebo vody, případně přenosem z rukou. K přenosu může dojít také při používání análních sexuálních praktik [6].

V životním cyklu *E. histolytica* se střídají dvě stadia, infekční cysta (klidové stadium) a metabolicky aktivní trofozoit (vegetativní stadium). Cysty jsou neinvazivní a nepohyblivé, zajišťují však přenos infekce. Trofozoiti jsou pohyblivé améby, které mohou existovat jen velmi krátkou dobu mimo organismus hostitele, v případě požití navíc nepřežijí pasáž horní částí gastrointestinálního traktu, proto nejsou na rozdíl od cyst infekční.

Po požití cysty tato putuje díky své odolnosti vůči žaludečním šťávám do tenkého střeva, kde excystuje. K excystaci dochází zejména v terminálním ileu, výsledkem jsou trofozoiti, kteří se množí dělením v kolonu. Většina améb (forma minuta) žije jako komenzál v lumen tlustého střeva, žíví se bakteriemi, encystuje a ve formě cyst je vylučována stolicí. Tato forma není invazivní. Forma minuta se za ne zcela jasných podmínek může transformovat ve větší invazivní trofozoit (forma magna), který napadá a destrukuje sliznici, je schopen vyvolat amébovou dysenterii a po rozsevu krevním oběhem i extraintestinální amébózu. Forma magna je jakousi slepou linií ve vývoji améb, která nemá schopnost encystace ani zpětné konverze na formu minuta, etiologie vzniku je pravděpodobně multifaktoriální („stresová“ přeměna na invazivní formu).

PATOGENEZE

Améboza je výsledkem kolonizace střeva a následného přímého poškození buněk invazivní formou parazita (formou magna), při kterém se uplatňují dva mechanismy, tj. kontaktní cytolyza zodpovědná za destrukci buněk (epitelií, neutrofilních leukocytů a dalších buněk) a sekrece proteolytických enzymů vedoucí k rozrušení vaziva. Po překonání přírodních obranných mechanismů střeva hostitele (mucinová vrstva na sliznici) dosahuje prvok lumenálního povrchu enterocytů, adhezuje k buňkám v nejzranitelnějších místech (mezi Lieberkühnovými kryptami), destrukuje epiteliální buňky, fragmenty fagocytuje a intracelulárně degraduje. V pokročilejších fázích infekce dochází k interakci proteinů

Graf 1. Laboratořemi hlášené záchyty *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii* (nerozlišeno) – ČR 1994–2013
Chart 1. Detection of *Entamoeba histolytica/dispar/moshkovskii* (undifferentiated) reported by laboratories in the Czech Republic, 1994–2013

Tabulka 1. Počet případů klinicky manifestní amébózy v České republice v letech 1994–2013

Table 1. Cases of clinically manifest amebiasis in the Czech Republic in 1994–2013

		Střevní améboza (amébová dysenterie nebo kolitida)	Mimostřevní améboza (všechny případy ve formě jaterního abscesu)
Celkem		10	45
Občané ČR	celkem	10	37
	muži		33
	ženy		4
Cizinci		0	8 (Indie, Laos, Ukrajina, Vietnam)
Cestovatelská anamnéza	pouze po Evropě	1	
	mimo Evropu	9	4
	bez cestovatelské anamnézy	0	39

(Zdroj: NRL pro laboratorní diagnostiku tropických parazitárních infekcí, RNDr. Eva Nohýnková, Ph.D.)

(Source: National Reference Laboratory for the Diagnosis of Tropical Parasitic Infections, Eva Nohýnková, MSc, PhD)

s tkáněmi hostitele, k narušení mezibuněčného vaziva a ke tvorbě pro intestinální amébozu typických podmínovaných vředů tvaru široké láhve s úzkým hrdlem (malým vyústěním na povrchu) [7].

Sekundárně může dojít k šíření infekce mimo střevní trakt (extraintestinální améboza), a to i bez předchozí střevní symptomatologie. Šíření probíhá hematogenní cestou, nejčastěji do jater. Systémový průnik je provázen tvorbou specifických protilátek, které mají vzhledem k velmi rychlé antigenní obměně plazmatické membrány améby pouze diagnostický význam, nikoli protektivní. Prodělaná infekce pak není prevencí dalšího onemocnění amébozou, rovněž potenciální možnost vývoje vakcíny je značně limitována. Studie u dětí naznačila, že strategie dalšího výzkumu v oblasti vakcinace by měla směřovat spíše k ovlivnění slizniční imunity (střevní IgA antilektinové protilátky) [8].

SOUHRNNÁ SDĚLENÍ • PŮVODNÍ PRÁCE • KAZUISTIKY

KLINICKÝ OBRAZ

V 90 % případů je osídlení střeva *E. histolytica* asymptomatické, jde o tzv. asymptomatickou střevní amébozu. U 4–10 % případů asymptomatické střevní amébozy dochází během 1 roku k rozvoji klinicky manifestní infekce (intestinální či extraintestinální) [2].

Při střevní formě amébozy se můžeme setkat hned s několika nozologickými jednotkami, s formou akutní i chronickou. Nejčastěji je postiženo cékum a vzestupný tračník, méně často sigmoideum, vzácně příčný tračník, někdy se infekce může dostat i do terminálního ilea. Na rozvoj symptomatické infekce má vliv nutriční stav pacienta, složení bakteriální střevní flory, teplotní stres a těhotenství [9].

Nejčastěji se vyskytuje (90 % případů symptomatické intestinální amébozy) amébová dyzenterie, která odpovídá akutní kolitidě. Typickými příznaky jsou krvavý průjem s hlenem a bolestivost břicha trvající i několik týdnů. Pouze u 10–30 % pacientů je přítomná horečka, obvykle není popisována ani alterace celkového stavu. Při delším trvání může docházet k hmotnostnímu úbytku. Endoskopický nálezn je nespecifický, bývají viditelné povrchové ulcerace, pablány lokalizované fokálně nebo segmentálně. Mortalita amébové kolitidy je 1–9 %. Diferenciálně diagnosticky padá do úvahy především bacilární dyzenterie, ischemická kolitida, divertikulitida.

Neléčená amébová infekce střeva může rezultovat do chronického stavu (chronická nedyzenterická kolitida) s občasnými krvavými průjimy, degenerací stěny střeva, eventuálně s tvorbou píštělí [10]. Diferenciálně diagnosticky je nutné tuto formu odlišit od tuberkulózy a zejména nespecifických střevních zánětů (IBD), recipročně je třeba myslet na možnost amébozy při podezření na IBD (Crohnova choroba, ulcerózní kolitida). Velmi obávanou, avšak méně častou variantou střevní amébozy, je fulminantní nebo nekrotizující kolitida, která se manifestuje jako těžký krvavý průjem s tenesmy, bolestmi břicha až peritoneálního charakteru. Tlusté střevo je postiženo v celém rozsahu nekrotickými lézemi a vředy. V 75 % případů dochází k perforaci střeva a rozvoji peritonitidy [11]. Je přítomna těžká alterace celkového stavu s vysokou horečkou a šokovou cirkulací. Letalita pod obrazem multiorganového selhání je vysoká (40–50 %). Predisponujícími faktory pro fulminantní kolitidu jsou malnutrice, těhotenství, léčba kortikoidy a raný dětský věk.

Extraintestinální forma amébozy je vždy sekundární. Nejčastěji postiženým orgánem jsou játra, až v 80 % pravý jaterní lalok. Abscesy mohou být vícečetné. Klinicky se jaterní amébové abscesy projevují jako intermitentní horečnaté onemocnění septického charakteru doprovázené zimnicí a třesavkou [9]. Typické jsou profusní noční poty, neustupující bolestivost v pravém horním břišním kvadrantu. Subakutní forma je provázána pozvolnou ztrátou hmotnosti a anorexií. Bývá přítomen kašel, žloutenka je naopak neobvyklá. Diferenciálně diagnosticky může jít o echinokokovou cystu, bakteriální absces, arteriovenózní malformaci, komplikovanou cholangitidu či cholecystitidu nebo hepatocelulární karcinom.

Náhly, prudký nástup peritoneálních příznaků může být způsoben intraperitoneální rupturou abscesu. Kolitidu nemá 60–70 % pacientů s amébovým abscesem, ačkoliv anamnéza dyzenterie v uplynulém roce může být pozitivní. „Latentní perioda“ není známá, absces se může manifestovat i několik let po cestě do endemické oblasti. Mortalita amébových jaterních abscesů je 1–3%, při náhlé intraperitoneální ruptuře stoupá na 2–7%, při penetraci do pleurální dutiny nebo perikardu na 15–40% [12].

Vzácnější „neabdominální“ manifestace amébozy, pulmonální či mozkový absces jsou spojeny s velmi vysokou letalitou.

DIAGNOSTIKA

Diagnostika amébové infekce vychází z klinického obrazu (viz výše) a endoskopického, ultrazvukového či CT nálezu. Potvrzena je cíleným laboratorním vyšetřením.

Kolonoskopické vyšetření není u intestinální formy nezbytně nutné, získaný obraz kolitidy je totiž nespecifický. Diagnostickým přínosem může být v případě záchytu améb v submukóze při histologickém vyšetření biopsovaného materiálu. Fulminantně probíhající kolitida je relativní kontraindikací kolonoskopie vzhledem ke zvýšenému riziku perforace střeva. Ultrazvukové a CT vyšetření je průkazné při detekci organového postižení, etiologicky však neodliší bakteriální absces od amébového.

Laboratorní diagnostika je odlišná u intestinální a extraintestinální amébozy, kdy zásadní je (až na výjimky) absence specifických protilátek v krvi při střevním postižení a častá absence přítomnosti améb ve stolici při extraintestinální symptomatologii. Základní laboratorní metody jsou parazitologické (mikroskopické) vyšetření stolice a sérologie.

U intestinálních forem se provádí klasické parazitologické (koprolgické) vyšetření stolice (ať ve formě „standardního parazitologického vyšetření“ osob bez cestovatelské anamnézy nebo specializovaného parazitologického vyšetření u cizinců a osob s cestovatelskou anamnézou) které má ale určité limity (viz dále). Jednorázové mikroskopické vyšetření stolice má senzitivitu pouze 35–60%, ta se zvýší na 85–95% při vyšetření 3 vzorků stolice v průběhu maximálně 10 dní (optimálně tři vzorky stolice odebrané s časovým odstupem 24–48 hodin) [13]. Pro výsledek vyšetření je přítom velmi důležité načasování odběru a management preanalytické fáze. U vyšetření průjmovité stolice, kde v případě amébové dyzenterie očekáváme výskyt trofozoitů, musí být vzorek dopraven do laboratoře do 2 hodin od odběru a ihned zpracován. Nesmí být vystaven chladu (cca pod 15 °C), který by způsobil destrukci trofozoitů. U formované stolice, ve které můžeme detekovat spíše cystické stadium améby, je režim volnější, vzorek uchováván v chladničce (nesmí však být vystaven mrazu) a jeho zpracování by mělo proběhnout do 48 hodin po odběru.

Mikroskopický nálezn erytrocytů a leukocytů ve stolici, spolu s průkazem trofozoitů, které obsahují fagocytované erytrocyty, je signifikantní pro infekci *E. histolytica*. Při záchytu cyst *Entamoeba* je nutná druhová identifikace, která vzhledem ke shodné morfologii patogenních i nepatogenních cystických stadií vyžaduje složitější laboratorní analýzu v podobě PCR vyšetření vzorku [14, 15].

Další možností, jak diagnostikovat amébozu, je vyšetření stolice na přítomnost antigenů *E. histolytica* (komerční ELISA testy/ rapid testy s využitím monoklonálních protilátek). Vyšetření lze využít v situacích, když není dostupné mikroskopické vyšetření. Z výsledků studií vyplývá, že spolehlivost vyšetření antigenů není absolutní, senzitivita je udávána podle různých studií v rozmezí 70–95 % v závislosti na srovnávací metodě (mikroskopie, PCR atd.). Specifita vyšetření antigenů je vysoká (přes 90 %). Detekce antigenů v krvi nebo punktátech má senzitivitu nízkou (literárně okolo 30 %), uvedené biologické materiály proto nejsou k tomuto vyšetření vhodné [16].

Kultivační záchyt améb z čerstvé stolice či bioptického materiálu za použití speciálních kultivačních medií je náročná metoda s omezenou výtěžností, navíc není v běžných podmínkách dostupná, a proto není v současnosti běžně využívána.

Sérologické vyšetření protilátek proti *E. histolytica* u intestinálních forem amébozy bývá negativní. U extraintestinálních forem je naopak průkaz protilátek *E. histolytica* v krvi zcela

SOUHRNNÁ SDĚLENÍ • PŮVODNÍ PRÁCE • KAZUISTIKY

zásadní. Abscesy se vyvíjejí v řádu týdnů až měsíců, což je typicky doprovázeno tvorbou protilátek. Klinicky latentní stadium je pak z časového hlediska velmi variabilní (i roky). V případě vyšetření materiálu získaného punkcí abscesu je základní metodou PCR průkaz fragmentů DNA *E. histolytica*. Mikroskopický nálezy živých trofozoitů v punktátu je raritní, neboť živé trofozoity jako „kontaktní parazit“ (viz patogenéze) perzistují pouze na pomezí zdravé tkáně a abscesové dutiny.

Z nespecifických biochemických ukazatelů můžeme u amébozy často pozorovat různě vyjádřenou elevaci zánětlivých markerů, leukocytózu, anémii (většinou lehkou). Eozinofilie není u amébovy přítomna. U amébového jaterního abscesu může být elevace jaterních testů (zejména alkalické fosfatázy).

LÉČBA

V léčbě amébozy využíváme dvě základní skupiny amébicidních léků - lumenální (nevstřebávají se ze střevního lumen) a tkáňové.

Asymptomatická intestinální kolonizace *E. histolytica* (nosičství cyst) může být léčena pouze lumenálními léky (diloxanid furoát, paromomycin, jodochinol), která však nejsou v ČR registrována. Pro eliminaci nosičství tak u nás používáme 5-nitroimidazolové preparáty (metronidazol po dobu 10 dnů) v kombinaci s tetracyklinovými antibiotiky II. generace (doxycyklin prvních 5 dnů) a cloroxinem (Endiaron následujících 5 dnů). Monoterapie 5-nitroimidazoly vzhledem k nedostatečné koncentraci léku v lumen tlustého střeva (vstřebávají se v tenkém střevě) a značné odolnosti cyst nepostačuje. Úspěšnost léčby se kontroluje parazitologickým vyšetřením stolice dva a čtyři týdny po ukončení terapie.

U symptomatické intestinální amébozy jsou léky volby 5-nitroimidazolové léky (v ČR metronidazol), které se po os podání velmi dobře vstřebávají a pronikají do většiny tkání i abscesových dutin, proto je používáme i u extraintestinálních forem onemocnění. V případě střevní amébozy trvá léčba 7-10 dnů, kontrolní vyšetření stolice se provádí během léčby a bezprostředně po jejím ukončení.

Léčba extraintestinálních forem infekce metronidazolem je perorální nebo intravenózní podle stavu pacienta, po dobu minimálně 14 dnů. U závažných forem lze účinek potencovat kombinací s tetracyklinovými antibiotiky či chlorochinem (Delagil) [17]. Účinnost léčby odráží klinický stav pacienta a regrese nálezu při kontrolním zobrazovacím vyšetření. Léčba kortikoidy není indikována a zhoršuje klinický výsledek [18]. Většina pacientů s amébozou může být léčena ambulantně, léčba bývá po nasazení příslušné farmakoterapie rychle efektivní. Hospitalizace je nutná u pacientů s těžkou kolitidou a hypovolémií vyžadující náhradu tekutin, jaterními abscesy nejasně etiologie nebo nereagujícími na léčbu a samozřejmě při potřebě chirurgické intervence.

Léčba amébového jaterního abscesu je konzervativní, punkce či drenáž jaterních abscesů se primárně nedoporučuje. Chirurgická nebo radiologická intervence (punkce, drenáž, evakuace abscesu) je obvykle indikována v případě nejasné diagnózy k vyloučení bakteriálního abscesu nebo při podezření na bakteriální superinfekci amébového jaterního abscesu, dále při selhání léčby metronidazolem (> 4 dny léčby) nebo v případě velkých abscesů (zejména levého jaterního laloku), kde hrozí ruptura či penetrace do pleurální dutiny nebo perikardu. Rychlé chirurgické řešení je nutné při fulminantním průběhu kolitidy s perforací či rozvojem toxického megakolonu, stejně tak při známkách ruptury jaterního abscesu.

Perkutánní drenáž zlepšuje výsledek při léčbě amébového hrudního empyému a je život zachraňujícím výkonem u amébové perikarditidy.

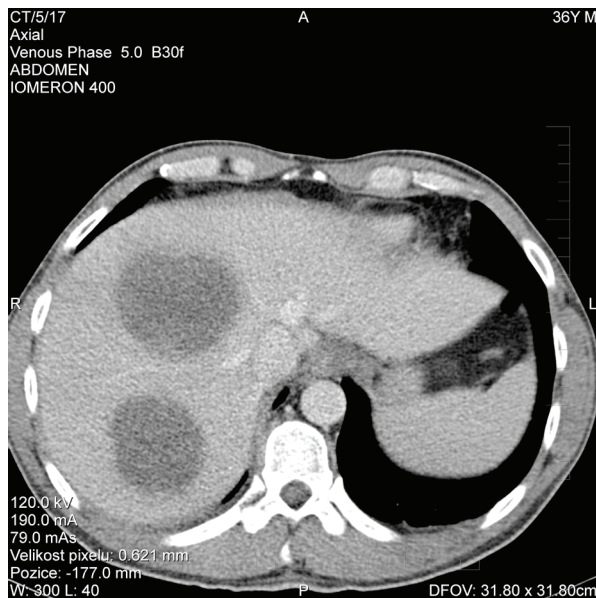
KAZUISTIKA

Muž (37 let) byl přeložen z jiného zdravotnického zařízení na Chirurgickou kliniku 2. LF UK a Ústřední vojenské nemocnice (ÚVN) pro septický stav s ložiskovým postižením jater charakteru abscesu. Anamnesticky šlo o pacienta s lehkou formou astma bronchiale (v léčbě pouze inhalační bronchodilatancia, bez kortikoidní složky), s hypotyreózou na substituci (levothyroxin), který před několika lety prodělal plicní tuberkulózu (TBC) a byl abuzérem pervitinu. Pro TBC byl dále dispenzarizován, bez známek recidivy onemocnění, drogy více neužíval. Recentně (před dvěma měsíci) bylo u pacienta zjištěno zánětlivé postižení terminálního ilea, byla stanovena diagnóza Crohnovy choroby a nasazena léčba mesalazinem.

Aktuální onemocnění se projevilo bolestmi v pravé polovině břicha a horečkami, stav byl uzavřen jako akutní pyelonefritida a pacient byl hospitalizován na standardním oddělení jiného zdravotnického zařízení. Přes empirickou antibiotickou léčbu symptomy během několika dnů progredovaly, objevily se známky peritoneálního dráždění a celková alterace. Bylo doplněno ultrazvukové (UZ) vyšetření, které prokázalo abscesovou dutinu v pravém jaterním laloku, po dohodě byl pacient přeložen k další léčbě na naše pracoviště.

Při přijetí byl pacient v septickém stavu, febrilní, schvácený, hypertenzní, měl silné bolesti v pravém podžebří, laboratorně byla přítomna elevace zánětlivých parametrů (leukocyty 17000 a CRP 263) a jaterních testů (ALT 1,8, AST 2,66, GMT 2,76).

Okamžitě bylo provedeno CT vyšetření s nálezem 2 objemných abscesů (o průměru 10 a 11 cm) v pravém jaterním laloku (obr. 1). Pod CT navigací byly do obou abscesových dutin zavedeny drény kalibru 8 French (F; 1 F = 0,3mm), aspirací byla získána hemoragicko-hnisavá tekutina, materiál byl odeslán ke kultivačnímu vyšetření.



Obr. 1. CT obraz jaterních abscesů - vstupní nálezy (zdroj: NRL pro diagnostiku střevních parazitóz, RNDr. Zuzana Hůzová)
Fig. 1. Baseline CT scan of liver abscesses (source: National Reference Laboratory for the Diagnosis of Intestinal Parasitoses, Zuzana Hůzová, MSc)

SOUHRNNÁ SDĚLENÍ • PŮVODNÍ PRÁCE • KAZUISTIKY

Na Chirurgické klinice byl pacient dále léčen kombinací ATB z předchozího pracoviště (amoxilin/klavulanát + ciprofloxacín), rehydratován infuzemi, byla podávána analgetika.

Během 48 hodin po perkutánní drenáži abscesů se stav nezlepšoval, došlo k další elevaci zánětlivých parametrů (leukocyty 20 000, CRP 327), bolesti břicha přetrvávaly. Na kontrolním CT vyšetření byla patrná progresivní velikost abscesů, proto byla provedena výměna obou drénů za silnější (12 F). Ani tato intervence nepřinesla efekt, přes korektní polohu drénů nedošlo k evakuaci abscesů, při progredujícím septickém stavu byla proto indikována operační revize dutiny břišní k eliminaci infekčního fokusu.

Po provedení laparotomie byla chirurgem popsána zvětšená, steatoticky změněná játra, makroskopicky nebyl ložiskový proces v játrech patrný. Po provedení vynucené cholecystektomie (neevakuovatelný objemný žlučník) byla pooperační sonografií verifikována obě abscesová ložiska, pod UZ navigací bylo proniknuto do povrchněji uloženého většího ložiska a evakuováno množství nekrotických hmot a hnisu (materiál byl odeslán na mikrobiologické vyšetření), dutina byla opakovaně vypláchnuta a zadrénována silným kulatým drénem. Výkon byl komplikován krvácením v místě vstupu do jater s potřebou zabalení jater rouškami. Hluběji uložené ložisko, podle UZ v intimní souvislosti s větvením portální žíly, již nebylo pro riziko dalšího krvácení ošetřeno.

Vzhledem k plánovanému reviznímu výkonu při ponechání roušek v dutině břišní byl pacient po výkonu přijat na lůžkové resuscitační oddělení, na umělé plicní ventilaci (UPV) s pokračující analgosedací. ATB léčba byla při dosud negativních kulturačních nálezech z abscesů empiricky změněna a posílena o antimykotika (nasazen piperacilin/tazobactam, amikacin, flukonazol).

Během plánované druhé chirurgické revize byly odstraněny břišní roušky, krvácení již nebylo patrné, chirurgem byly ve shodě s CT vyšetřením nalezeny nespecifické zánětlivé změny na terminálním ileu a ileocekálním přechodu. Další CT kontrolní vyšetření břicha bylo s nálezem částečné regrese chirurgicky drénovaného abscesu (obr. 2), při perzistenci

hlubšího abscesu (chirurgicky neošetřeného) byla znovu pod CT provedena drenáž tohoto ložiska, zároveň byl pod CT kontrolou perkutánně drénován pravostřanný fluidthorax. U pacienta dále přetrvával septický stav, pro poruchu plicních funkcí a závažný břišní nález byla nutná sedace a UPV. Etiologické agens stále nebylo známé, kulturační nálezy z abscesů i pleurálního výpotku byly opakovaně negativní. I vzhledem k anamnéze (intravenózní abúzus pervitinu, stav po prodělané plicní tuberkulóze) byl proto zahájen širší screening, byly provedeny odběry na TBC, HIV, hepatitidy a protozoa. Výsledek byl překvapivý, u pacienta byl v krvi prokázán vysoký titr protilátek *Entamoeba histolytica*. Diagnóza pyogenního abscesu byla ve světle tohoto nálezu přehodnocena na amébový jaterní absces a ihned byla zahájena příslušná léčba chemoterapeutiky (tj. metronidazolem), stalo se tak 12. den hospitalizace na našem pracovišti (v ÚVN).

Po nasazení metronidazolu došlo k rychlému zlepšení klinického stavu i poklesu zánětlivých markerů. Léčba na resuscitačním lůžku byla završena dekanylací tracheostomie, celková doba UPV byla 25 dní. Po překluzu z resuscitačního lůžka byl pacient ještě 10 dnů hospitalizován na Chirurgické klinice, postupně byly extrahovány drény, v dobrém klinickém stavu byl přeložen zpět do „mateřského“ zdravotnického zařízení. Zde byla přehodnocena původní diagnóza Crohnovy choroby, když po léčbě metronidazolem došlo k vymizení klinických symptomů i normalizaci endoskopického nálezu na střevě, byl stav zpětně klasifikován jako chronická nedyzenterická amébová kolitida.

Pacient měl negativní cestovatelskou anamnézu („v životě neopustil ČR...“), šlo tedy o autochtonní amébovou infekci. Za podstatný lze považovat fakt (rizikový faktor), že se jednalo o jedince s nízkým sociálním zázemím a hygienickým standardem ve špatném nutričním stavu, po prodělané tuberkulóze a s abúzem drog v minulosti.

ZÁVĚR

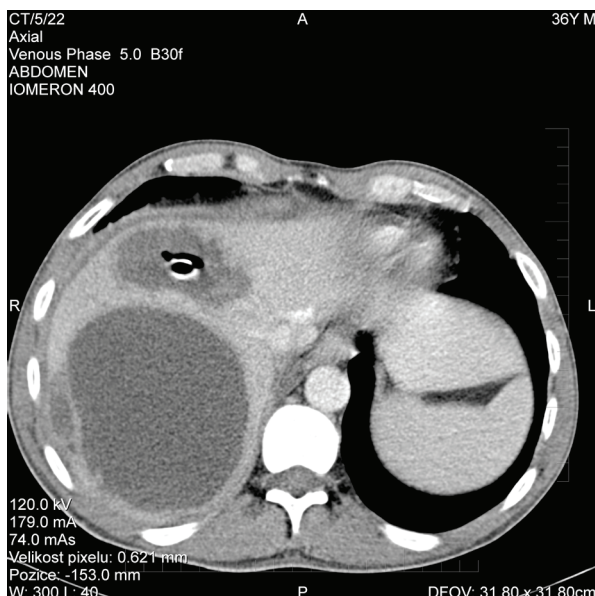
Améboza, zejména pak její intestinální forma, je v České republice vzácná, a proto mnohdy opomíjená diagnóza. V diferenciální diagnostice může být snadno zaměněna za nespecifický střevní zánět. Její výskyt je kosmopolitní, negativní cestovatelská anamnéza tedy v žádném případě nevylučuje možnost onemocnění.

Uvedená kazuistika popisuje případ souběhu intestinální a extraintestinální formy amébozy, navíc s velmi těžkým průběhem. Crohnova choroba, která byla diagnostikována dva měsíce před vznikem septického stavu a jaterních abscesů, byla ve skutečnosti chronickou formou amébové kolitidy. Kazuistika potvrzuje, že samotná perkutánní ani chirurgická drenáž amébových abscesů není kurabilní, a že jedinou kauzální léčbou je podání 5-nitroimidazolových preparátů, jejichž toxicita je nízká, dobře pronikají do abscesových dutin a doposud nebyla popsána rezistence vůči těmto preparátům. Na infekci *E. histolytica* je třeba myslet, a to nejen u pacientů se sterilními jaterními abscesy.

U pacientů s nově diagnostikovanými střevními záněty by měla být *E. histolytica* vyloučena, stejně tak u pacientů s nedostatečnou odpovědí na standardní léčbu, ještě před případným nasazením imunosupresivní nebo biologické léčby [9].

Literatura

- Čermáková Z, Valenta Z, Voxová B, Roučková V, et al. *Entamoeba histolytica* – nebezpečný střevní prvok (II. část). *Folia Gastroenterol Hepatol*, 2008;6(3):108–111.



Obr. 2. CT obraz jaterních abscesů po chirurgické drenáži
Fig. 2. CT scan of liver abscesses after surgical drainage

SOUHRNNÁ SDĚLENÍ • PŮVODNÍ PRÁCE • KAZUISTIKY

2. Leder K, Weller PF. Intestinal and extraintestinal Entamoeba histolytica amebiasis. UpToDate [online] 2012-[cit.2012-09-11]. Available from: <http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topic-key=parasite/84-35>
3. Ximénez C, Morán P, Rojas L, Valadez A, et al. Novelty on Amoebiasis: A Neglected Tropical Disease. *J Glob Infect Dis*, 2011;3:166–174.
4. Anzurez LB. Pediatría general. *Rev Med Hosp Gen Mex*, 2005; 68: 106–114.
5. Rodriguez-Morales AJ (ed.). Current Topics in Tropical Medicine [online]. InTech, 2012, 564 s. [cit. 2014-04-09]. Available from: <http://www.intechopen.com/books/current-topics-in-tropical-medicine>. ISBN 978-953-51-0274-8.
6. Salit IE, Khairnar K, Gough K, Pillai DR. A possible cluster of sexually transmitted Entamoeba histolytica: genetic analysis of a highly virulent strain. *Clin Infect Dis*, 2009;49:346.
7. Ackers JP, Mirelman D. Progress in research on Entamoeba histolytica pathogenesis. *Curr Opin Microbiol*, 2006;9(4):367–373.
8. Stanley SL, Jr. Protective immunity to amebiasis: new insights and new challenges. *J Infect Dis*, 2001;184:504.
9. Stejskal F, Nohýnková E. Amébóza. *Sanquis*, 2003;29:20–24.
10. Salles JM, Salles MJ, Moraes LA, Silva MC. Invasive amebiasis: an update on diagnosis and management. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 2007;5(5):893–901.
11. McGregor A, Brown M, Thway K, Wright SG. Fulminant amoebic colitis following loperamide use. *J Travel Med*, 2007;14(1):61–62.
12. Fang D, Shu D. Entamoeba histolytica liver abscess. *Canadian Medical Association Journal*, 2010;16:1758.
13. DiMiceli L. Distinguishing between pathogenic and non-pathogenic species of Entamoeba. *Lab Med*, 2004;35(10):613–616.
14. Hamzah Z, Petmitr S, Mungthin M, et al. Development of multiplex real-time polymerase chain reaction for detection of Entamoeba histolytica, Entamoeba dispar, and Entamoeba moshkovskii in clinical specimens. *Am J Trop Med Hyg*, 2010; 83:909.
15. Liang SY, Hsia KT, Chan YH, et al. Evaluation of a new single-tube multiprobe real-time PCR for diagnosis of Entamoeba histolytica and Entamoeba dispar. *J Parasitol*, 2010;96:793.
16. Fotedar R, Stark D, Beebe N, et al. Laboratory diagnostic techniques for Entamoeba species. *Clin Microbiol Rev*, 2007;20:511.
17. Stejskal F. Terapie autochtónních parazitárních infekcí. *Postgraduální medicína*, 2013;8:55.
18. Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG. Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009.

Poděkování

Autoři děkují RNDr. Zuzaně Hůzové a RNDr. Evě Nohýnkové, Ph.D., za poskytnutá data a cenné odborné informace.

Do redakce došlo dne 18. 11. 2014. ???

Adresa pro korespondenci:

MUDr. Martin Voldřich

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
1. LF UK a ÚVN Praha
U Vojenské nemocnice 1200
16902 Praha 6
e-mail: martin.voldrich@uvn.cz