

VAGINALE AMEBIASE

C. F. SLABBER, M.B., CH.B. (STELL.) EN J. J. DE WET, M.B., CH.B. (KAAPSTAD), M.MED. (O. & G.) (STELL.), L.K.O.G. (S.A.), M.R.C.O.G., *Departement Ginekologie, Karl Bremer-hospitaal en Universiteit van Stellenbosch*

Vaginale infestasië deur *Entamoeba histolytica* is 'n bekende dog seldsame verskynsel, en tot 1964 is slegs 35 gevalle gerapporteer. In Suid-Afrika is, sover aan ons bekend, slegs 2 gevalle aangemeld.^{1,2} In gebiede waar amebiasis algemeen voorkom, sal genitale infestasië sekerlik ook meer dikwels voorkom. So het Bhaduri³ in Indië gevind dat *E. histolytica* aanwesig is in 11.3% van gevalle met vaginale afskeiding. Bickers⁴ beweer dat in Noord-Amerika amebiasis gevind word in 0.5% gevalle van vaginale afskeiding.

BESKRYWING VAN GEVAL

Die pasiënt, 'n 52-jarige Kleurlingvrou, para 16, is verwys na die ginekologie buitepasiënte-afdeling vanaf die Departement van Interne Geneeskunde as 'n vermoedelike genitale karsinoom. Haar geskiedenis dui aan dat sy vir 10 dae voor toelating begin het met diarree. Sy passeer ook bloed en slym per rektum en het anoreksie en erge gewigsverlies. Sy is 4 jaar postmenopousaal en het geen postmenopousale bloeding in hierdie periode gehad nie.

Met ondersoek is sy 'n erg toksiese en gedehidreerde Kleurlingvrou. Met buikondersoek is daar 'n erge opsetting. Sy is besonder teer oor die hele buik en toon willekeurige spierspanning. Geen massa is tasbaar nie.

Met genitale ondersoek is die vulva, perineum, vagina en serviks 'n aaneenlopende vuil oppervlakkige nekrotiese ulserasie. 'n Derdegraadse skeur is aanwesig (Afb. 1); die



Afb. 1. Makroskopiese voorkoms van vulva en perineum.

serviks voel hard en onreëlmatig; die kanaal laat 'n vingerpunt toe; en die rektale slymvlies voel edemateus.

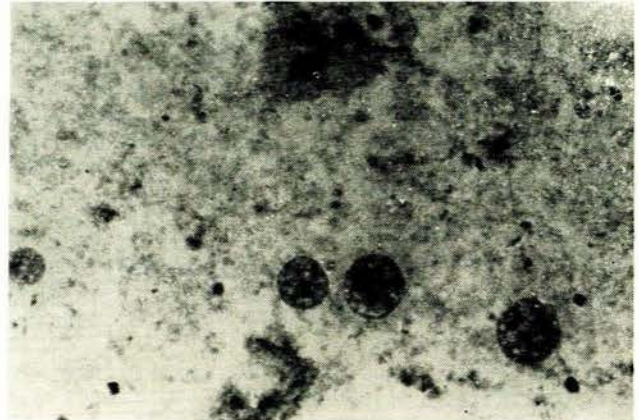
Spesiale Ondersoeke

'n Nat smeer is mikroskopies ondersoek en het veelvuldige amebes getoon. Die hemoglobien was 11.4 G./100

ml.; witseltelling 5,000/kub.mm.; besinking 55 mm. in 1ste uur. Elektrofiëte normaal.

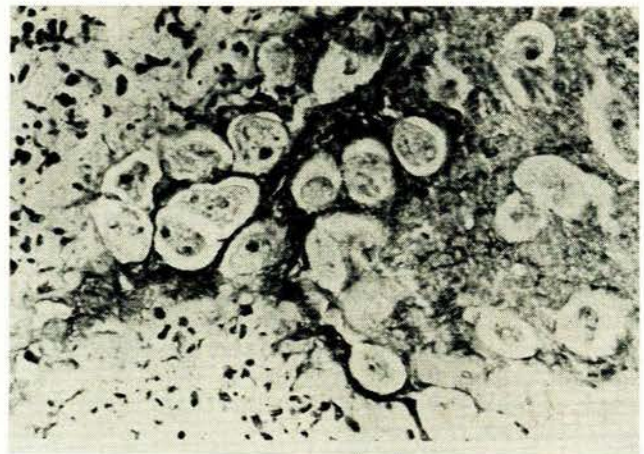
Buik-oorsigfoto. Daar is uitgesette lusse van dunderm en dikderm. Faeces is egter sigbaar in die kolon descendens.

Sitologie. Met sitologiese ondersoek is daar geen tekens van maligniteit nie. Daar is wel *Entamoebae histolytica* sigbaar (Afb. 2).



Afb. 2. Sitologiese smeer toon amebes.

Histologie. 'n Biopsie van die vaginale wand is geneem. Dit toon 'n nekrotiese ondermynende ulkus met veelvuldige entamebes maar geen tekens van maligniteit nie (Afb. 3).



Afb. 3. Histologie van vaginale biopsie.

Behandeling

Die pasiënt is behandel met Terramycin. Aralen per mond, Mantomide per mond en intraveneuse vog om die dehidrasie te herstel, is gegee. Die pasiënt het egter nie na wense verbeter nie, en Emetine word bygevoeg. Vir die lokale vaginale letsels word skedespoelings met Hibitane gegee sowel as Terramycin steekpille.

Die pasiënt se algemene toestand versleg egter voortdurend en 19 dae na toelating ontwikkel sy 'n noodlottige dermperforasie.

BESPREKING

Die belangrikste oorweging is die feit dat die meeste gevalle verwar word met genitale karsinoom. Laasgenoemde en amebiase kom ook dikwels saam voor.

Gewoonlik is daar 'n geskiedenis van vorige of huidige diaree en amebes kan gewoonlik in die stoelgang gedemonstreer word. Die uitstaande presenterende simptome is 'n onwelriekende etterige, bloederige vaginale afskeiding gepaard met aansienlike pyn en teerheid. Die hele vagina en ektoserviks mag bedek wees met 'n vuil etterige nekrotiese laag weefsel of verspreide klein ulkuse, gepaard met heelwat indurasie en teerheid, mag voorkom. Nekrose van die oppervlakte-epiteel is 'n treffende eienskap.

Die diagnose, mits dit vermoed word, kan sonder veel moeite bevestig word deur: (i) mikroskopiese ondersoek van 'n nat smeer, (ii) sitologie, en (iii) histologie van 'n biopsiemonster.

Voorkomend is korrekte persoonlike higiëne na ontlasting, veral in vroue met amebiese disenterie, voor die hand liggend. Spesifieke anti-amebiese terapie is gewoonlik hoogs suksesvol vir die vaginale letsels.

SAMEVATTING

In hierdie geval is die diagnose vermoed omdat sy ook 'n akute diarree gehad het. Die aanwesigheid van 'n derdegraadse perineale skeur en haar swak algemene toestand verklaar waarskynlik die vaginale aantasting.

Soos beklemtoon deur ander werkers² moet nie voortgegaan word met terapie in gevalle met vermoedelike genitale karsinoom alvorens histologiese bewys gevind is nie. Uit een reeks⁵ van 24 gevalle was die foutiewe kliniese diagnose dié van genitale karsinoom in 19.

Verder moet in gedagte gehou word dat die toestande nie alleen verwar kan word nie maar soms wel gesamentlik kan voorkom. Ook hier is sitologie van groot diagnostiese waarde.

Ons wil graag ons dank betuig aan prof. J. N. de Villiers, Hoof van die Departement van Obstetrie en Ginekologie, en dr. R. L. M. Kotzé, Mediese Superintendent van die Karl Bremer-hospitaal, vir die reg tot publikasie.

VERWYSINGS

1. Garin, H. (1947): S. Afr. T. Geneesk., **21**, 32.
2. De Groot, H. A. van C. (1963): *Ibid.*, **37**, 246.
3. Bhaduri, K. P. (1957): Amer. J. Obstet. Gynec., **74**, 434.
4. Bickers, W. (1943): Virginia Med. Mth., **70**, 135.
5. Munguia, H. et al. (1966): Amer. J. Obstet. Gynec., **94**, 181.