

Tonsillopharyngitis



- Ätiologie meist viral
- Rachenabstrich nur bei Verdacht auf GAS (Gruppe A Streptokokken)
- Antibiotische Therapie hat am ehesten Einfluss auf Symptombdauer, nicht auf Komplikationen

a. Allgemeines

Die akute Tonsillopharyngitis gehört zu den häufigsten von Pädiatern oder Allgemeinmedizinern gestellte Diagnosen. Die Ätiologie ist meist viral.

Die antibiotische Therapie einer Pharyngitis durch Streptokokken der Gruppe A (GAS) stammt aus den 1950er Jahren aufgrund des Risikos der Entwicklung eines Rheumatischen Fiebers (RF). Die Inzidenz des RF in der Schweiz ist jedoch seit Jahrzehnten sehr tief. Andere Komplikationen können nicht beeinflusst werden. Die Therapie verkürzt die Krankheitsdauer um nur max. 1-2 Tage.

Andere bakterielle Infektionen (Mykoplasmen, andere Streptokokken der Gruppen C und G) müssen nicht mit Antibiotika therapiert werden (und werden demnach auch nicht gesucht), da die Krankheitsdauer und der –verlauf (inkl. Komplikationen wie Abszesse im HNO-Bereich) nicht oder nur unwesentlich beeinflusst werden.

b. Anamnese, Symptome und klinische Zeichen

	Streptokokken Tonsillitis	Virale Pharyngitis
Saison	Spätwinter/Frühling	immer
Alter	max. 5-11y	alle Alter
Symptome	plötzlicher Beginn	unterschiedlich
	z.T. starke Halsschmerzen	Mässige Halsschmerzen
	Fieber	Fieber inkonstant
	Kopfschmerzen	Myalgien, Arthralgien
	Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen	Evt. Bauchschmerzen
Befunde	gerötete, exsudative Tonsillitis	eher kein Exsudat, Ulcera
	Druckdolente cervikale Lymphknoten	Begleitlymphadenopathie
	Petechien harter Gaumen	Enantheme
	vergrösserte Tonsillen	unterschiedlich
	ev. Scharlachexanthem	unspez. Exanthem
	Kein Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Konjunktivitis, Diarrhoe	Oft Husten, Schnupfen, Heiserkeit, Konjunktivitis, Diarrhoe

Autor: K. Zihlmann, überarbeitet J. Höffe	Review: J. Höffe, C. Aebi, P. Agyeman, A. Duppenhaler	Freigabe: J. Höffe
Version 2/2019		Gültig seit: 12/2019

c. Diagnostik

Bis zu 20% der Bevölkerung sind GAS Träger. Ein positiver Rachenabstrich auf GAS lässt keine Unterscheidung bezüglich Trägertum oder Infektion zu.

Demzufolge wird die Erregerdiagnostik mit Rachenabstrich (**Schnelltest**) durchgeführt, falls

(1) eine hohe Pretest-Probability für eine GAS Infektion vorliegt (Tabelle oben und Flowchart unten)
UND

(2) eines der folgenden Kriterien vorhanden ist:

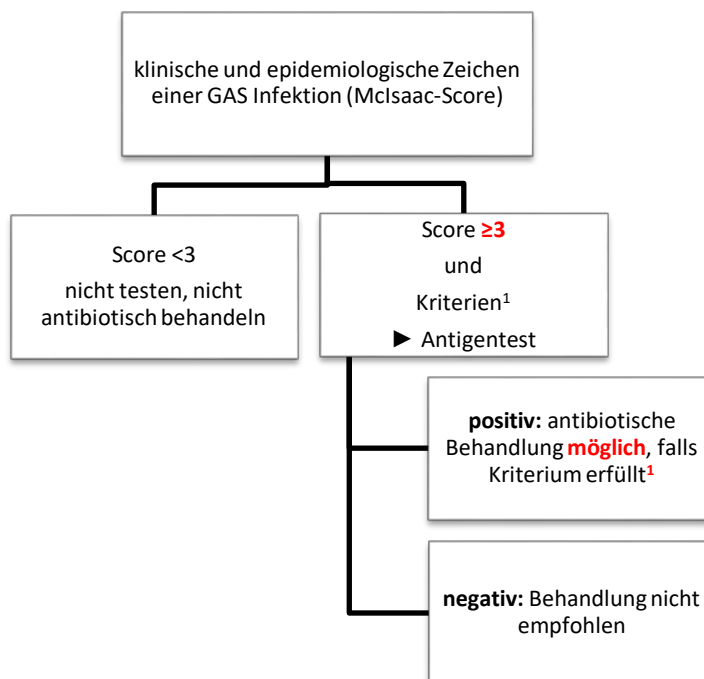
- (a) Antibiotikatherapie ist ärztlicherseits indiziert
- (b) Patient/Eltern wünschen die antibiotische Therapie explizit
- (c) rheumatisches Fieber in der Eigen- oder Familienanamnese

Bei negativem Resultat des Schnelltests wird nur bei klinischem Verdacht auf eine invasive GAS-Infektion, schlechtem Allgemeinzustand, Immunsuppression, oder progredientem Verlauf zusätzlich eine Kultur aus dem Rachenabstrich abgenommen werden. Eine Kultur aus dem Rachenabstrich sollte immer entnommen werden bei Verdacht auf Diphtherie, Plaut-Vincent Angina oder anderem spezifischem Erregerverdacht.

d. Management

(1) Analgesie (topisch und systemisch)

(2) Vorgehen gemäss Algorithmus



Mclsaac-Score**
zur Vorhersage von Gruppe-A-
Streptokokken im Rachenabstrich

Patient mit Halsweh: Folgende
Symptome zusammenzählen:

- Fieber >38 °C: 1 Punkt
- Tonsillen-Rötung + -Beläge: 1 Punkt
- Zervikale Lymphadenopathie: 1 Punkt
- Kein Husten: 1 Punkt
- Alter:
 - 3 bis 14 Jahre: 1 Punkt
 - 15 bis 44 Jahre: 0 Punkte
 - 45 oder mehr: -1 Punkt

Wahrscheinlichkeit eines positiven
Rachenabstrichs je nach Mclsaac-Score:

- Score 1 → 5–10%
- Score 2 → 11–17%
- Score 3 → 28–35%
- Score 4 oder 5 → 51–53%

** Der Mclsaac-Score entspricht dem
Centor-Score. Zusätzlich wird das Alter des
Patienten berücksichtigt.

Autor: K. Zihlmann, überarbeitet J. Höffe	Review: J. Höffe, C. Aebi, P. Agyeman, A. Duppenhaler	Freigabe: J. Höffe
Version 2/2019		Gültig seit: 12/2019

¹ Therapie nur bei (1) medizinischer Indikation (Verdacht auf invasive GAS Infektion, deutlich reduzierter Allgemeinzustand, immunsupprimierter Patienten, Scharlachexanthem, Trismus, einseitiger Befund) oder (2) Patient/Eltern wünschen die antibiotische Therapie explizit oder (3) rheumatisches Fieber in der Eigen- oder Familienanamnese.


Therapie: (aus den Richtlinien für den Gebrauch antimikrobiellen Substanzen Ifik)

Antibiotika	Dosis	Dauer	Max. Dosis pro Tag
Amoxicillin	25mg/kg q 12h p.o.	Bis 48h nach Fieberende, maximal 6 Tage	2g
Alternativ: Penicillin V	50'000 E/kg q12h p.o.	10 Tage	2 Mio
Bei Penicillinallergie: Clindamycin	10 mg/kg q8h p.o.	10 Tage	1.8g

Kontrolle bei fehlender Besserung nach 5d Krankheitsdauer (DD Kawasaki Syndrom oder anderes)

Isolation: Bei positivem GAS Nachweis und Antibiotikatherapie Schulausschluss bis 24 h nach Therapiebeginn. Für alle anderen Patienten mit Tonsillopharyngitis ist der Schulbesuch jederzeit erlaubt.

Urinkontrolle nach Therapieende: nicht routinemässig, nur bei Hämaturie (roter Urin), Proteinurie (brauner, schaumiger Urin) oder rascher Gewichtszunahme. Eltern entsprechend informieren.

	Merke: Die Indikation für den Nachweis von GAS muss gezielt gestellt werden, um die Therapie von Trägern zu minimieren. Eine antibiotische Therapie ist generell nicht empfohlen. Ausnahme: schlechter AZ, Immunsuppression, Hinweise auf Komplikationen
---	---

Quellen:

Diagnose und Therapie der akuten Tonsillopharyngitis, D. Nadal, R. Weber (Schweizerische Ärztezeitung 1999; 80: Nr. 10)

Uptodate

PIGS (2010)

Behandlung der Streptokokken-Angina Swiss Medical Forum –2019;19(29–30):481–488

Autor: K. Zihlmann, überarbeitet J. Höffe	Review: J. Höffe, C. Aebi, P. Agyeman, A. Duppenhaler	Freigabe: J. Höffe
Version 2/2019		Gültig seit: 12/2019