

Vorgehen bei Tonsillopharyngitis

Leserbriefe zu: Bollag U. Tonsillopharyngitis – Diagnose und Behandlung – wann Antibiotika?
Schweiz Med Forum 2003;23:540–4.

Die Aktualität und Relevanz des Vorgehens bei Tonsillopharyngitis in der täglichen Praxis wird im Artikel von U. Bollag [1] und dem Leserbrief von L. Lanzicher weiter unten dargestellt. Das konsequente diagnostische Vorgehen bei Tonsillopharyngitis hat denn auch entscheidende Bedeutung, um einerseits nicht weiterhin unzählige Patienten unnötig mit Antibiotika zu behandeln und andererseits gezielt jene Patienten mit Infektion durch β -hämolsierende Streptokokken der Gruppe A (GABHS) mit Penicillin-Therapie vor der (wenn auch seltenen) Komplikation des rheumatischen Fiebers zu bewahren.

Der Beachtung folgender Zusammenhänge kommt dabei entscheidende Bedeutung zu: Die in der Praxis häufig diagnostizierte Tonsillopharyngitis ist meist viraler Ätiologie. Einzig bei Infektion mit GABHS besteht Grund für eine antibiotische Therapie. Der Nachweis von GABHS unterscheidet nicht zwischen Infektion und Trägertum. Entscheidend ist deshalb die Indikationsstellung, wann aufgrund der klinischen Präsentation ein Rachenabstrich abgenommen wird (klare Kriterien in Referenz [1,

2]). Schnellteste zum Nachweis von GABHS haben bei korrekter Anwendung eine Sensitivität von 85–92%, was unter jener der Kultur liegt [3]. Das heisst, bei Anlegen einer Kultur nach negativem Schnelltest können weitere im Schnelltest falsch negative GABHS-Infizierte erfasst werden. Mit Abwarten des Kulturresultats und Verzögerung des Therapiebeginns um bis zu 9 Tage wird das rheumatische Fieber ebenso verhindert wie bei sofortigem Therapiebeginn. Auch wenn viele Patienten mit GABHS-Tonsillopharyngitis behandelt werden müssen, um einen Fall mit rheumatischem Fieber zu verhindern, ist es nach heutiger Einschätzung und geltenden Richtlinien nicht vertretbar, eine solch schwere Komplikation in Kauf zu nehmen. Die Therapie mit Penicillin ist klar indiziert, setzt aber eine strenge Indikationsstellung (für den Rachenabstrich und die gezielte Therapie) voraus, um nicht alle Patienten mit viralen Pharyngitiden und allfälliger GABHS Besiedelung, sondern nur jene mit GABHS-Infektion zu behandeln.

Christoph Berger

Korrespondenz:
PD Dr. Christoph Berger
Abteilung für Infektiologie
Universitäts-Kinderklinik
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich

christoph.berger@kispi.unizh.ch

Literatur

- 1 Bollag U. Tonsillopharyngitis – Diagnose und Behandlung – wann Antibiotika? Schweiz Med Forum 2003;23:540–4.
- 2 Nadal D, Weber R. Diagnose und Therapie der akuten Tonsillopharyn-

- gitis durch Gruppe A β -hämolsierende Streptokokken. Schweiz Ärztezeitung 1999;80:599–601.
- 3 Giesecke KE, Roe MH, MacKenzie T, Todd JK. Evaluating the American Academy of Pediatrics diagnostic

standard for Streptococcus pyogenes pharyngitis: backup culture versus repeat rapid antigen testing. Pediatrics 2003;111:e666–e670.

Der Autor zeigt die wichtigsten Fragen der akuten Tonsillopharyngitis:

1. Unterscheidung virale versus bakterielle Tonsillopharyngitis, bei letzterer das Erkennen β -hämolsierender Streptokokken der Gruppe A (GABHS) mit Hilfe welcher Tests;
2. die Frage der adäquaten Therapie.

In der Beantwortung dieser Fragen bin ich in zwei Punkten nicht einverstanden: (1.) Bei Kindern mit einer isolierten akuten Tonsillopharyngitis sollten GABHS im Rachen gesucht werden [1–4]: Goldstandard ist die korrekt abgenommene Rachenkultur [5]. Der Schnelltest ist ein wichtiges Hilfsmittel: Ein positives Resultat im Schnelltest darf einer positiven Kultur gleichgestellt werden. Im Gegensatz zum Autor bin ich aber der Ansicht, dass ein negativer Schnelltest mit einer konventionellen Kultur

bestätigt werden muss [1–4]. (2.) Es gibt verschiedene Gründe, weshalb eine GABHS-Tonsillopharyngitis antibiotisch behandelt werden sollte [1]: Verkürzen der Krankheitsdauer (nur bei sehr frühem Therapiebeginn), Vermindern der Infektiosität (frühere Rückkehr zur Schule und Arbeit), Verhindern eitriger Komplikationen und Prävention des rheumatischen Fiebers [6, 7]. Die antibiotische Therapie mit Penicillin (p.o. 10 Tage) ist denn auch unbestritten [5, 8]. Die Formulierung von Bollag: «Fällt der Test positiv aus, muss ein individuelles Vorgehen gewählt werden» und «allfällige Antibiotika können verzögert abgegeben werden» weicht die Indikation zur Antibiotika-Therapie gefährlich auf. Auch wenn das rheumatische Fieber bei uns zur Seltenheit geworden ist, darf die Gefahr nicht vernachlässigt werden. Die einzig wirkungsvolle Prävention ist noch immer die anti-

Korrespondenz:
Dr. Lorenzo Lanzicher
MediX Gruppenpraxis
Rotbuchstrasse 46
CH-8037 Zürich

biotische Therapie mit Penizillin. Der in der Schweizerischen Ärztezeitung 1999 veröffentlichte Artikel von Nadal und Weber [8] hat noch immer Gültigkeit, und diese Empfehlungen

müssen in der (pädiatrischen) Praxis weiterhin so gehandhabt werden.

Lorenzo Lanzicher

Literatur

- 1 Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S. Treatment of acute streptococcal pharyngitis and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. *Pediatrics* 1995;96:758-64.
- 2 Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney 1M Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practice guideline. *Clin Infect Dis* 1997;25:574-83.
- 3 Schwartz RH, Gerber MA, McKay K. Pharyngeal findings of group A streptococcal pharyngitis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152:927-8.
- 4 Group A streptococcal infections. In: Pickering LK, ed. 2000 Red book: report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, Ill.: American Academy of Pediatrics 2000:526-36.
- 5 Bisno AL. Acute pharyngitis. *N Engl J Med* 2001;344:205-11.
- 6 Krober MS, Bass IW, Michels GN. Streptococcal pharyngitis: placebo-controlled double-blind evaluation of clinical response to penicillin therapy. *JAMA* 1985;253:1271-4.
- 7 Randolph MF, Gerber MA, DeMeo KK, Wright L. Effect of antibiotic therapy on the clinical course of streptococcal pharyngitis. *J Pediatr* 1985;106:870-5.
- 8 Nadal D, Weber R. Diagnose und Therapie der akuten Tonsillopharyngitis durch Gruppe A β -hämolisierende Streptokokken. *Schweiz Ärztezeitung* 1999;80:599-601.

Replik

Der von Dr. Christoph Berger verfassten Präzisierung zum von mir verfassten Artikel habe ich nichts beizufügen. Auch er ist der Ansicht, dass nach negativem Schnelltest eine Kultur angelegt werden *kann*, um die im Schnelltest falsch negativ bestimmten GABHS-Infizierten zu erfassen. Auch er weist auf die Richtigkeit der zeitlich verzögerten Antibiotikagabe zwecks allfälliger Verhütung des rheumatischen Fiebers hin. In Dr. Lorenzo Lanzichers Leserbrief geht es um den gleichen diagnostischen und therapeutischen Aspekt, mit dem Unterschied, dass er den kulturellen Nachweis von negativen Schnelltests *imperativ fordert* und das individuelle Vorgehen bei positivem Strep-Test, inklusive verzögerter Abgabe von Antibiotika, als *gefährlich* erachtet. Beim strittigen Punkt geht es also ganz offensichtlich nicht um «richtig/falsch», sondern um die Gewichtung eines diagnostischen Resultats bzw. eines therapeutischen Vorgehens.

Ich habe in meinem Artikel versucht, das Thema aus der Sicht des Praktikers darzustellen, ohne dabei über wissenschaftlich gültige Kriterien von Diagnose und Therapie hinwegzugehen. Wer über langjährige Praxiserfahrung verfügt, weiss, dass viele Antibiotika aufgrund falscher Indikation, in nicht adäquater Dosierung und über eine nicht optimale Zeitspanne verschrieben werden, ganz abgesehen von der Compliance durch den Patienten. Richtlinien, die meist von Akademikern verfasst werden, werden vom Praktiker nicht beachtet, wenn sie schulmeisterlich vorgetragen werden und das Denken und Tun in der Praxis missachten (örtliche, zeitliche, wirtschaftliche Faktoren und das Anliegen des Patienten hinsichtlich Diagnose und Therapie).

Eine ethische ärztliche Haltung verbietet es allerdings, den Patienten einer schwerwiegenden Komplikation auszusetzen, indem ihm gewisse medizinisch indizierte diagnostische Abklärungen und Therapien versagt werden. Im Falle der akuten Tonsillopharyngitis, wie sie sich im Praxisalltag des Praktikers in der Schweiz präsentiert, kann meiner Meinung nach nicht von Unterlassung einer diagnostischen Abklärung und Gefährdung des Patienten gesprochen werden, wenn man den im Schnelltest negativen Strep-Test nicht durch eine zusätzliche Kultur bestätigt bzw. als falsch entlarvt. Ich will hier die wichtigsten, im Artikel ausführlich geschilderten Gründe nochmals stichwortartig auflisten: Die enorme Dunkelziffer von GABHS-Infizierten bzw. -Trägern bei Schluckweh-Patienten, die keinen Arzt aufsuchen und in der Bevölkerung im allgemeinen; die sekulären Veränderungen im Auftreten von rheumatogenen GABHS; die besorgniserregende Resistenzentwicklung von pathogenen Keimen gegenüber Antibiotika generell (wenn auch [noch] nicht von GABHS auf Penizilline). Im Gegensatz zu einem nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten entsprechenden Vorgehen, plädiere ich für die Überwachung von allenfalls wieder vermehrt oder in anderer Form auftretenden rheumatogenen GABHS-Stämmen. Und, sollte sich die Situation tatsächlich in einer gesundheitsgefährdenden Weise verändern, dann müssten wir Mediziner über die Bücher gehen, ähnlich wie dies etwa im Falle der Tuberkulose (Abkehr von der routinemässigen Impfung im Neugeborenenalter, Verzicht auf den Mantoux-Test, vorgängig einer BCG-Impfung) geschehen ist.

Ueli Bollag