

Tonsillopharyngitis durch Gruppe A Streptokokken

1. Einleitung

Eine Tonsillopharyngitis (Angina) wird meist (Kleinkinder über 95%, Schulkinder um 70%) durch Viren ausgelöst. Die Tonsillopharyngitis durch β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A (*S. pyogenes*, GAS) ist eine typische Erkrankung von Schulkindern und in dieser Altersgruppe für ca. 15-30% der Fälle von akuten Halsschmerzen verantwortlich. Die Erkrankung ist meist innert einer Woche selbstlimitierend.

Eitrige und nicht eitrige Komplikationen der GAS-Tonsillopharyngitis sind bei uns selten. Die Prävention des akuten rheumatischen Fiebers (ARF) und eitriger Komplikationen (z.B. Peritonsillarabszess) stellt keine generelle Indikation für eine antibiotische Therapie dar. Die Number Needed to Treat (NNT) kann für das ARF aufgrund der Seltenheit ($< 1:100'000$) kaum mehr berechnet werden, liegt aber bei $> 3'000-4'000$. Aus demselben Grund ist eine präventive Antibiotikatherapie für die eitrigen Komplikationen der GAS-Tonsillopharyngitis nicht gerechtfertigt. Zudem zeigen die meisten Patienten mit Komplikationen vorwiegend keine Zeichen einer Tonsillopharyngitis. Die GAS-Tonsillopharyngitis ist nicht assoziiert mit schweren invasiven Infektionen durch Streptokokken der Gruppe A.

Antibiotika können die Symptombdauer einer schweren GAS-Tonsillopharyngitis um 1-2 Tage verkürzen. Der Entscheid, ob diese Tatsache eine Antibiotikatherapie neben der symptomatischen Behandlung rechtfertigt, soll individuell getroffen werden. Nach Diagnosestellung einer GAS-Tonsillopharyngitis ist es gerechtfertigt keine oder eine verzögerte Antibiotikagabe zu verabreichen. Jede andere Tonsillopharyngitis ist keine Indikation für eine Antibiotikatherapie.

2. Symptomatik

- Halsschmerzen, Schluckschmerzen, Fieber
- gelegentlich Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Erbrechen
- Kein Schnupfen oder Husten, keine Heiserkeit oder Konjunktivitis

3. Klinische Befunde

- Gerötete, geschwollene Tonsillen mit oder ohne Beläge/Stippchen
- Hochroter weicher Gaumen, gelegentlich mit Petechien
- Vergrösserte und druckdolente anguläre Lymphknoten
- Bei Scharlach zusätzlich: Erdbeerzunge, feinfleckiges, hellrotes, makulopapulöses Exanthem („sandpapierartig“)

4. Diagnostik

- Rachen-/Tonsillenabstrich gemäss Algorithmus (Seite 3)

- Wenn aufgrund von Anamnese, Klinik und gegebenenfalls Erwartung der Eltern kein Antibiotikum verschrieben wird, erübrigt sich der Rachenabstrich.
- Der Streptokokken-Antigen-Schnelltest ist ausreichend. Kultureller Nachweis nur in Spezialfällen.
- Blutuntersuchungen (Blutbild, CRP) sind für die Diagnostik nicht notwendig und helfen nicht bei der Entscheidung betreffend antibiotischer Therapie (Ausnahme: bei schwer krankem Patienten Blutkulturabnahme und gegebenenfalls weitere Differentialdiagnostik vor iv-Antibiotikagabe).

5. Therapie

5.1 Symptomatische Therapie

Analgetische Therapie soll allen Patienten aktiv angeboten und erklärt werden (z.B. Paracetamol oder Ibuprofen, ausreichend trinken, Lutschtabletten, Rachenspray).

5.2 Antibiotische Therapie

Streptokokken der Gruppe A sind immer Penicillin sensibel. Antibiotische Therapie der Wahl ist ausschliesslich Penicillin oder Amoxicillin. Alternativen bei nachgewiesener Penicillin-Allergie sind Cefuroxim oder Clindamycin (keine Makrolide, da rasche Resistenzentwicklung).

Bei Entscheid für eine antibiotische Therapie (siehe Algorithmus) kann diese sofort begonnen werden, oder – im Einverständnis mit den Eltern – verzögert nach 1-2 Tagen, falls bis dahin eine spontane Besserung ausbleibt (analog zum Vorgehen bei Otitis media).

Die Dauer der antibiotischen Therapie beträgt 6 Tage (unabhängig von der gewählten Substanz).

Dosierungen:

erste Wahl	Penicillin V	2x tgl	(35'000 –) 50'000 E/kg
	Amoxicillin	2x tgl	25 mg/kg
<u>nur</u> bei Penicillin-Allergie	Cefuroxim-axetil	2x tgl	15 mg/kg
	Clindamycin	3x tgl	7 mg/kg

6. Verlaufskontrollen

- Bei verzögerter Antibiotika-Gabe: geplante klinische Kontrolle nach 1-2 Tagen.
- Mit oder ohne Antibiotika-Therapie: Kontrolle nur bei Verschlechterung / fehlender Besserung.
- Keine Abstriche nach Therapie, keine Abstriche von gesunden Kontaktpersonen.
- Keine Kontrolle des Urinstatus ohne klinische Zeichen einer Glomerulonephritis.
- Schul-/Krippenbesuch mit oder ohne Antibiotika erlaubt, sobald vom AZ her möglich.

7. Literatur

Pharyngitis Guideline (Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie) <https://ssi.guidelines.ch/guideline/2408> (Zugriff 13.10.2019)

Pelucchi C et al. Guideline for the management of acute sore throat. Clin Microbiol Infect. 2012;18 Suppl 1:1-28

Hofmann Y et al. Zeit für einen Paradigmenwechsel. Behandlung der Streptokokken--Angina. Swiss Med Forum. 2019;19:481-488

Berger C. Wann ist eine antibiotische Therapie angezeigt? Tonsillopharyngitis durch Streptokokken der Gruppe A. Swiss Med Forum. 2019;19:467-468

8. Algorithmus

