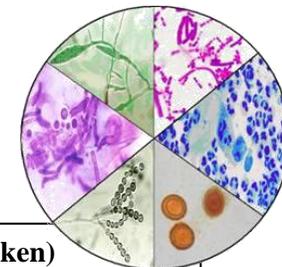


Tonsillopharyngitis - Erreger & Antibiotika-Therapie



Labor Mölbis, 8. November 2012

Tonsillopharyngitis

Erregerspektrum

Viren ~50-80 % u. a. Rhinoviren ca. 20 %, Coronaviren ≥ 5 %, Adenoviren 5 %, EBV 1 % (und mehr), CMV, Enteroviren

Bakterien

Streptococcus pyogenes (A-Streptokokken 15-30 %, auch C- und G-Streptokokken 5-10 %)

sowie: *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumoniae*, Meningokokken, *Chlamydia pneumoniae*, anaerobe Mischflora

Sehr selten:

Corynebacterium diphtheriae, *Neisseria gonorrhoeae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, Tularämie

Klinische & Labordiagnostik

Exsudat auf Tonsillen spricht für Streptokokken, ist aber nicht beweisend
Streptokokken-Angina \rightarrow Blutbild mit Leukozytose

Druckschmerz Kieferwinkellymphknoten

Leukopenie und normales CrP \rightarrow Streptokokken-Tonsillitis eher unwahrscheinlich

Mikrobiologische Diagnostik

falls bakterielle Infektion wahrscheinlich oder möglich

2 Abstriche entnehmen \rightarrow für A-Streptokokken-Schnelltest & Kultur

Falls A-Streptokokken-Schnelltest positiv \rightarrow Antibiotikum

Falls A-Streptokokken-Schnelltest negativ \rightarrow 2. Abstrich ins Labor

Literatur

- Scholz H, Belohradsky BH, Heininger U, Liese J, Luckhaupt H, Nadal D, Nicolai T, Resch B, Riedel F, Rieger C.. Infektionen durch β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A (GAS). Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie/DGPI-Handbuch, 5. Auflage 2009, S. 481-7
- Tonsillitis/Pharyngitis. In: Antibiotika-Therapie. Klinik und Praxis der antiinfektiösen Behandlung. Stille, Brodt, Groll, Just-Nübling, Schattauer-Verlag, 11. Auflage, 2005, S. 479-81
- GERMAP 2010 Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch. Verlag Antinfectives Intelligence Gesellschaft für klinisch-mikrobiologische Forschung und Kommunikation mbH Rheinbach, 1. Auflage 2011

Prof. W. Handrick, Frankfurt/Oder sowie Dr. R. Hillert, Labor Ostsachsen, Görlitz, gilt Dank für die kritische Durchsicht des Textes & Diskussion der Tonsillitis-Behandlung!

A-Streptokokken-Tonsillopharyngitis (+ C- & G-Streptokokken)

Mittel der Wahl \rightarrow Penicillin V

Kinder ≤ 12 Jahre

100.000 I.E. Penicillin V (Phenoxymethylpenicillin-Kalium)/kg KG & d (maximal 2,0 Mio I.E. am Tag)

Kinder > 12 Jahre, Jugendliche, Erwachsene

2,4-3,0 Mio I.E. Penicillin V & d in 3 Einzeldosen

\rightarrow **Therapiedauer 10 Tage**

A-Streptokokken \rightarrow Keine Penicillin-Resistenzen in

Deutschland und weltweit!

Cave! Bei Mononukleose sind Aminopenicilline (Amoxicillin, Ampicillin) kontraindiziert! (Exanthemauslösung!)

Bei Penicillin-Allergie und bei Versagen der Penicillin-Therapie

Oralcephalosporin (falls anamnestisch keine Sofortreaktion auf Penicillin)

z. B. Cefadroxil, Cefalexin **Therapiedauer 5 Tage**

Clarithromycin Erwachsene 1. Tag 2 x 0,5 g, dann 2 x 0,25 g

Kinder 15 mg/kg KG/d in 2 Einzeldosen

Makrolid-Resistenz ~2,7-13,6 % der A-Streptokokken

Clindamycin Resistenz ~1-3 % der A-Streptokokken

Tonsillopharyngitis & mikrobiologische Diagnostik

➤ bakteriologische Untersuchung

➤ Rachenabstrich \rightarrow „Erreger & Resistenztestung“

Bei schlechtem Therapieansprechen infektionsserologische Untersuchung z. B. auf *Mycoplasma pneumoniae*.