

Halsschmerzen 14

Kurzversion

Definition

Halsschmerzen von ≤ 14 Tagen Dauer aufgrund einer Pharyngitis bei Patienten von ≥ 2 Jahren. Die Definition „Pharyngitis“ umfasst Pharyngitis, Rhinopharyngitis, akute Tonsillitis bzw. Tonsillopharyngitis.

- V.a. GAS-Pharyngitis: klinische Zeichen einer Pharyngitis durch Streptococcus pyogenes, bzw. GAS ohne Rachenabstrich und Kultur
- GAS-Pharyngitis oder „bonafide GAS-Pharyngitis“: klinische Zeichen einer Pharyngitis durch Streptococcus pyogenes, bzw. GAS mit kulturellem Nachweis von GAS im Rachenabstrich

Übersicht über die häufigsten bei Pharyngitis isolierten Erreger

Viren – 50–80%	Bakterien
<ul style="list-style-type: none"> • Rhinoviren ca. 20% • Coronaviren $\geq 5\%$ • Adenoviren ca. 5% • Epstein-Barr Virus ca. 1% 	<ul style="list-style-type: none"> • β-hämolyisierende Streptokokken der Gruppe A = GAS 15–30% • β-hämolyisierende Streptokokken der Gruppen C und G 5–10%

Spontanverlauf

- Halsschmerzen dauern, unabhängig von einem GAS-Nachweis, im Mittel 3,5–5 Tage.
- Fieber klingt meist innerhalb von 2–3 Tagen ab.
- Eitrige Komplikationen wie Peritonsillarabszess, Otitis media oder Sinusitis sind selten bis sehr selten. Prävention durch orale Antibiotikagabe ist nicht eindeutig gesichert. **(B)**
- Akutes Rheumatisches Fieber (ARF) und Akute Poststreptokokkenglomerulonephritis (APSGN) als nicht-eitrige Folgekrankheiten nach GAS-Pharyngitis sind heute bei uns extrem selten. Prävention des ARF ist nur für eine parenterale Penicillinbehandlung bei epidemischer GAS-Pharyngitis belegt. **(A)**
- Prävention einer APSGN durch Antibiotika bei GAS-Pharyngitis ist nicht belegt. **(B)**

Das extrem niedrige Risiko einer Folgekrankheit rechtfertigt zurzeit nicht die routinemäßige Antibiotikagabe bei GAS-Pharyngitis oder V.a. GAS-Pharyngitis. **(B)**

Abwendbar gefährliche Verläufe – Spezifische Probleme

- ! Stridor oder Atembeeinträchtigung \rightarrow sofortige Einweisung, keine Racheninspektion!
- ! V.a. Peritonsillarabszess \rightarrow Überweisung zum HNO-Arzt (einseitige Schmerzen, verstärkt beim Kauen, Schlucken und Mundöffnen und einseitige Schwellung mit Vorwölbung des Gaumensegels und Verdrängen der Uvula zur Gegenseite)
- ! V.a. Mononucleose (evtl. erhebliche Schluckprobleme, Krankheitsdauer 2–3 Wochen, evtl. funkt. Beeinträchtigung über Wochen-Monate, Amoxicillin \rightarrow Exanthem)
- ! ARF in der Eigen- oder Familienanamnese \rightarrow Vorgehen nach Leitlinien der WHO
- ! Agranulozytäre Angina (selten, z.B. bei Thyreostatika)
- ! V. a. Kawasaki-Syndrom \rightarrow Vorstellung in Kinderklinik (Fieberhafte Pharyngitis bei Kindern, kein Exsudat, gerötete oder einreißende Lippen, Rötliche Zunge, zervikale Lymphadenopathie, konjunktivale Injektion, Exanthem, Ödeme und Erytheme der Hände und Füße mit späterer Schuppung; hohes Risiko von Koronaraneurysmen)
- ! seltene Erkrankungen: HIV, Gonorrhoe, Diphtherie (Gräuliche pseudomembranöse Beläge, deren Entfernung Blutungen provoziert)
- ! bei Risikofaktoren wie relevante Grunderkrankungen und Immunsuppression oder APSGN in der Eigen- oder Familienanamnese, V.a. Schädelch oder sehr hoher Inzidenz von GAS-Infektionen: fallorientiert Laboruntersuchungen und großzügige Antibiotikainjektionen. **(C)**

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Hausärztliche Diagnostik

- Virale und bakterielle Pharyngitiden sind nicht sicher unterscheidbar
- Scores ermöglichen ein Schätzen der Wahrscheinlichkeit einer GAS-Pharyngitis **A**
- GAS-Nachweis im Rachenabstrich: keine sichere Unterscheidung zwischen Erreger und Trägerstatus
- Schnelltests auf GAS-Antigen im Rachenabstrich gegenüber Kultur: Spezifität ca. 95 %, Sensivität ca. 70-90 % **A**

4 Kriterien: Centor Score für Patienten ≥ 15 Jahre

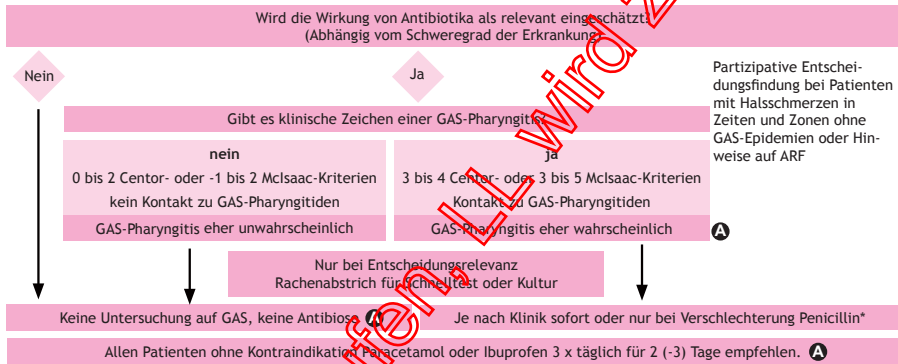
Kriterien	Zahl der Kriterien	Wahrscheinlichkeit von GAS im Rachenabstrich	Likelihood Ratio (LR)
• Fieber in Anamnese	4	ca. 50-60 %	ca. 6,3
• Fehlen von Husten	3	ca. 30-35 %	ca. 2,1
• Geschwollene vord. Halslymphknoten	2	ca. 15 %	ca. 0,75
• Tonsillenexsudate	1	ca. 6-7 %	ca. 0,3
	0	ca. 2,5 %	ca. 16

6 Kriterien: McIsaac-Score für Patienten ≥ 3 Jahre (s. Langfassung)

Therapie

Antibiotikawirkung auf Symptome und Krankheitsdauer

- Bei klinischen Zeichen einer GAS-Pharyngitis Krankheitsverkürzung um 1-1,5 Tage **A**
NNT = 5-6 für Abklingen der Halsschmerzen an Tag 3 der Behandlung
- Bei klinischen Zeichen einer GAS-Pharyngitis und GAS-positivem Rachenabstrich **A**
Krankheitsverkürzung 1-2,5 Tage, NNT = 4 für Abklingen der Halsschmerzen nach 3 Tagen



*Penicillin V über 7 Tage (> 12 J.: 3 x 0,8-1 Million 1. E.) **A**. Bei Penicillinunverträglichkeit Erythromycin über 7 Tage.

Wiedervorstellung nur bei Verschlimmerung oder Persistieren stärkerer Beschwerden

Rekurrierende GAS-Pharyngitis: eventuell Behandlung über 10 Tage mit z.B.

- Penicillin V oder einem Cephalosporin der 1. Generation wie Cefadroxil oder Cefalexin
- Erythromycin bei β -Laktamunverträglichkeit
- Clindamycin bei multiplen Episoden, Verdacht auf Beteiligung anderer Bakterien oder β -Laktamunverträglichkeit und Erythromycin-resistenten GAS
- Amoxicillin / Clavulansäure bei multiplen Episoden **B**

Tonsillektomie bei Kindern < 15 Jahre erwägen nach Paradise-Kriterien

- ≥ 7 GAS- oder V.a. GAS-Pharyngitiden im Vorjahr
- ≥ 5 GAS- oder V.a. GAS-Pharyngitiden pro Jahr in den letzten beiden Jahren
- ≥ 3 GAS- oder V.a. GAS-Pharyngitiden pro Jahr in den letzten 3 Jahren (es gibt keine RCTs an Erwachsenen)

Stärke der Empfehlungen

- A** basiert auf randomisierten kontrollierten Studien oder Metaanalysen
- B** basiert auf sonstigen methodischen Studien
- C** basiert auf formalisierten Konsensusaussagen oder Expertenurteilen

Ausgaben: Helmut Wächtler, Jean-François Chenot

© 2004 Springer publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien
Hilfen für eine gute Medizin



Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollten aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.