Informationsblatt und Entscheidungshilfe für die Verschreibung von Antibiotika bei Halsschmerzen (Streptokokken-A-Tonsillopharyngitis)

Zusammenfassung der wichtigsten Forschungsdaten, die für die gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patientinnen und Patienten genutzt werden können.

Epidemiologie

Epidemiologie

Häufigkeit einer viralen/bakteriellen Tonsillopharyngitis (% von allen Fällen mit akuten Halsschmerzen)[1-3]:

Viral:
- < 5 Jahre: 95%
- 5-15 Jahre: 70%
- ≥ 16 Jahre: 85-95%

Streptokokken-A-Tonsillopharyngitis:
- 3-15 Jahre: 15-30%
- > 15 Jahre: 5-15%

Klinik der bakteriellen Tonsillopharyngitis[4]

Symptomatik:
- Halsschmerzen, Schluckschmerzen
- Fieber
- Evt. Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Erbrechen
- Kein Schnupfen oder Husten, keine Konjunktivitis

Klinischer Befund:
- Gerötete, geschwollene Tonsillen mit oder ohne Beläge / Stippchen
- Hochroter weicher Gaumen, gelegentlich mit Petechien
- Zervikale Lymphadenopathie
- Bei Scharlach: Erdbeerzunge, makulopapulöses Exanthem

Differentialdiagnosen

1. Virale Tonsillopharyngitis durch Rhino-/Adeno-/Corona-/ Influenza- oder Parainfluenzaviren. Klinisch schwierig von der bakteriellen Tonsillopharyngitis zu unterscheiden. Meist liegt zusätzlich Schnupfen, Husten oder Heiserkeit vor.
2. Herpangina durch Coxsackie-Viren. Zusätzlich herpesähnliche Bläschen im gesamten Rachenraum und an den Tonsillen.
3. Epstein-Barr-Virus (Mononukleose). Symptome sind meist generalisierte Lymphknotenschwellungen, evtl. Organ-/ Hautbeteiligung, meist > 7 Tage. Die Inzidenz liegt im Alter von 15-24 Jahren bei 9-48/1‘000 Personen pro Jahr, bei Kindern < 10 Jahre und Erwachsenen > 30 Jahre unter 1/1‘000 Personen pro Jahr. Insgesamt haben < 2% allerErwachsenen mit Halsschmerzen eine EBV-Infektion.[6,7]

Red Flags[1,5]

- Schwer kranke PatientInnen (klinischer Entscheid).
- Immunsuppression.
- Ungewöhnlicher Verlauf: Zunahme von Schmerzen, Schluckprobleme, Fieber, Schiefhals, Kiefersperre.
- Nicht-Besserung innert 3-7 Tagen.
- Hinweise auf Abszess: Streng einseitiger Befund, Lateralisation der Uvula, Trismus.
- Akutes rheumatisches Fieber in der Persönlichen- oder Familien-Anamnese.
- Kürzlich Immigration aus einem Entwicklungsland (möglicher Hinweis auf ein erhöhtes Risiko für eine Kolonisation mit „rheumatogenen“ Streptokokken-Stämmen).

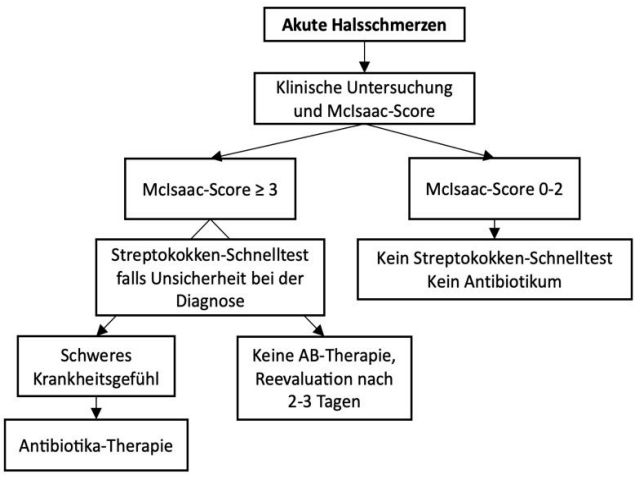
Diagnostik

Diagnostik

Klinische Erfassung mittels McIsaac-Score.[8]

	Kriterien	Punkte
Centor	Vergrösserte oder belegte Tonsillen	+1
	Fieber > 38°C	+1
	Kein Husten	+1
	Vergrösserte Lymphknoten	+1
McIsaac	Alter < 3 Jahre oder 15-44 Jahre	0
	Alter 3-14 Jahre	+1
	Alter > 44 Jahre	-1

Punkte	Wahrscheinlichkeit eines bakt. Infekts
≥ 4	51-53%
3	28-35%
2	11-17%
1	5-10%
0	1-2.5%



- Bei Punktzahl ≥ 3 kann ein Streptokokkus-Schnelltest zur Differenzierung zwischen bakteriell oder viral bedingter Infektion helfen.
- Da viral und bakteriell bedingte Halsschmerzen eine hohe Spontanheilungstendenz zeigen, sollte ein Streptokokken-Schnelltest nur in Betracht gezogen werden, wenn dessen Resultat die Entscheidung bezüglich Antibiotika-Behandlung beeinflusst.
- Die Sensitivität des Streptokokken-Schnelltests liegt bei 86% und die Spezifität bei 95%.[9] Die positive Likelihood-Ratio (LR+) liegt somit bei 17.2 und die negative Likelihood-Ratio (LR-) bei 0.15, d. h. die Vortestwahrscheinlichkeit wird bei positivem Test um 17-mal erhöht, respektive bei negativem Test um 0.15-mal gesenkt.
- Falls der McIsaac-Score 0-2 Punkte ist, entspräche ein positiver Schnelltest eher einem Trägertum (10-30% der Kinder und jungen Erwachsenen sind asymptomatische Streptokokken-Träger).[3,10,11]
- Andere Laboranalysen (CRP, Blutbild, Leukozyten, EBV-Schnelltest) sind für die Diagnostik nicht notwendig und helfen nicht bei der Entscheidung betreffend antibiotische Therapie.[12-14] Ausnahme gilt für schwer kranke Patientinnen und Patienten, bei Symptomverschlechterung oder prolongiertem Verlauf in Zusammenhang mit differentialdiagnostischen Überlegungen.

Therapiemöglichkeiten:

Symptomatische Therapie

1. **Symptomatische Therapie**

- Analgetische Therapie (Paracetamol / Ibuprofen) sollte allen Patientinnen und Patienten aktiv angeboten werden.
- Topische Lokalanästhetika (als Lutschtabletten, Gurgellösung oder Rachenspray) können eingesetzt werden.[14-16]

Symptomdauer:

- Guidelines raten davon ab, Antibiotika mit dem Ziel der Symptomdauerverkürzung zu verschreiben.
- In den Placebo-Gruppen kontrollierter Therapiestudien sind nach 3 Tagen 51% vs. 34% der Patientinnen und Patienten schmerzfrei mit respektive ohne Antibiotika. Ohne Antibiotika sind nach 3 Tagen 85% fieberfrei.[12,14,16]
- Nach einer Woche sind 87% vs. 82% der Patientinnen und Patienten beschwerdefrei mit respektive ohne Antibiotika. Ein moderater Nutzen von Antibiotika wird in der Literatur bei Patientinnen und Patienten mit einem positivem Streptokokken-Schnelltest oder mit einem McIsaac-Score von ≥ 3 beschrieben, was aber gegen die Nebenwirkungen von Antibiotika abgewogen werden muss.[12,14,16]

Antibiotische Therapie

2. **Antibiotische Therapie**

- **Vorteile**: Verkürzung der Symptomdauer um 1-2 Tage (gemäss Cochrane im Durchschnitt um 16h über 7 Tage).[12]
- **Nachteile / Risiken**: Nebenwirkungen, wie Durchfall, Erbrechen, Hautausschlag, allergische Reaktionen treten in 27% mit und in 20% ohne Antibiotika auf[17]; Resistenzentwicklung.

Eine sofortige antibiotische Behandlung bei Halsschmerzen und einem McIsaac-Score < 3 ist kaum indiziert.
Heute ist die die Prävention von Komplikationen wie Peritonsillitis, Abszesse, Poststreptokokken-Glomerulonephritis und das akute rheumatische Fieber in Europa **keine** Indikation zur Antibiotika-Behandlung.

Einfluss antibiotischer Therapie auf Komplikationen:

- **Peritonsillarabszess**: Peritonsillarabszesse sind heute selten geworden. Die Inzidenz beträgt 8 vs. 10 pro 10‘000 Episoden mit vs. ohne Antibiotika. Dies ergibt eine „Number needed to treat“ (NNT) von 4300, was eine Primärprävention mit Antibiotika infrage stellt.[18] Lokale Komplikationen sind schwierig aufgrund der Klinik vorherzusehen: Beispielsweise treten 60% aller Peritonsillarabszesse bei Personen auf, die zuvor einen McIsaac-Score von 0-2 hatten oder bei Personen, die nicht vorgängig aufgrund von Halsschmerzen in der Praxis vorstellig wurden.[19]
- **Scharlach**: Scharlach ist so benigne, wie eine gewöhnliche Streptokokken-Angina. Die Inzidenz des „Streptococcal Toxic Shock Syndroms (STSS)“ zeigt in der Bevölkerung der USA eine Inzidenz von 4 pro 100‘000 Einwohner.[20] Klare Zahlen der Inzidenz von Scharlach sind nicht vorhanden. Scharlach stellt aktuell keine zwingende Antibiotika-Indikation dar.[1]
- **Akutes rheumatisches Fieber**: Das rheumatische Fieber hat eine Inzidenz von 3 vs. 2 pro 100'000 Episoden mit vs. ohne Antibiotika. Es ist somit so selten geworden, dass die NNT, um eines zu verhindern, kaum berechnet werden kann (NNT ca. 200'000).[21]
- **Poststreptokokken-Glomerulonephritis**: Das Risiko einer Glomerulonephritis nach einer Streptokokken-Angina ist selten. Die Inzidenz beträgt 8 vs. 6 pro 100‘000 Episoden mit respektive ohne Antibiotika und kann somit mittels Antibiotika nicht gesenkt werden (NNT ca. 55‘250).[22]

Dosierung Antibiotika[23]

Gruppe-A-Streptokokken sind immer Penicillin-sensibel.
1. Wahl: **Penicillin V** (1 Mio. IE/12h) / **Amoxicillin** (1g/12h) für 6 Tage (Kinder: 25mg/kg/12h für 6 Tage)
2. Wahl (Penicillin-Allergie): **Cefuroxim** 500mg/12h für 6 Tage (Kinder: 15mg/kg/12h für 6 Tage) /
Clarithromycin 500mg/12h für 6 Tage / **Clindamycin** (Kinder: 7mg/kg/8h für 6 Tage)

Vorteile der verminderten Antibiotika-Abgabe

- Keine Förderung der Verbreitung von resistenten Bakterien und keine durch Antibiotika-Gabe verursachte Nebenwirkungen.
- Mögliche Förderung einer Streptokokken-Immunität, die vor Rezidiven schützen kann.[24]
- Eine sofortige Antibiotika-Therapie fördert die Erwartungshaltung im erneuten Krankheitsfall wieder zum Arzt zu gehen und Antibiotika zu wünschen.[25]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html