

# Mandelentzündungen – richtig behandeln

## Weniger Antibiotika – mehr Zurückhaltung bei operativen Eingriffen

**Akute Mandelentzündungen (Tonsillitis) treten vorwiegend im Kindesalter auf, aber auch Jugendliche und Erwachsene können noch unter entzündeten Gaumenmandeln leiden. Die Behandlung erfolgt vor allem in der hausärztlichen und pädiatrischen Praxis, unter Beizug der Hals-Nasen-Ohrenärzte bei Komplikationen oder häufigen Rezidiven. Kürzlich wurden in Deutschland neue und umfassende interdisziplinäre Leitlinien zur Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln erarbeitet, die von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) Ende 2015 veröffentlicht wurden (1). Wir befragten dazu Prof. Dr. med. Sandro Stöckli, Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie (SGORL) und Chefarzt der HNO-Klinik des Kantospitals St. Gallen.**



Sandro Stöckli

Erklärtes Ziel der neuen Leitlinien ist es, mehr Klarheit zu schaffen, wann der Einsatz von Antibiotika erforderlich ist und wann eine Operationsempfehlung erfolgen sollte. So wird die Indikation zur antibiotischen Behandlung akuter Tonsillitiden in den aktuellen evidenzbasierten Empfehlungen deutlich kritischer gesehen als früher. Mehr Zurückhaltung wird auch bei den operativen Eingriffen gefordert, denn auch bei häufigen Mandelentzündungen müssen die Risiken der Operation sorgfältig einem allfälligen Nutzen gegenübergestellt werden, so die Leitlinienautoren. Neben der Indikation zur vollständigen Mandelentfernung (Tonsillektomie) äussern sich diese Leitlinien erstmals auch zum Einsatz und Nutzen der ungefährlicheren Teilentfernung der Mandeln (Tonsillotomie).

**doXmedical: Herr Professor Stöckli, welchen Stellenwert haben diese neuen AWMF-Leitlinien zur Behandlung von Mandelentzündungen für die SGORL?**

**Prof. Sandro Stöckli (SS):** Die SGORL stützt sich zwar nicht explizit auf die deutschen Leitlinien, sie werden jedoch selbstverständlich – wie andere auch – zur Kenntnis genommen. Die Leitlinien der AWMF fassen ja prinzipiell die bekannte Literatur zusammen und geben eine konsolidierte Ex-

pertenmeinung wieder, die sich nicht grundsätzlich von jener unterscheidet, die in der Schweiz in der Weiter- und Fortbildung vertreten wird.

**Entzündungen der Gaumenmandeln sind offenbar bei Kindern und Jugendlichen besonders häufig. Sind diese akuten Entzündungsepisoden durch die Aufgabe der Gaumenmandeln als immunologische «Türsteher» bedingt und somit quasi unvermeidlich?**

**SS:** Entzündungen der Gaumenmandeln treten tatsächlich gehäuft im Kindes- und Adoleszentenalter auf. Die Gaumenmandeln haben als lymphatisches Organ im Rachen vor allem im Kleinkindesalter die physiologische Aufgabe des «immunologischen Türstehers». Deshalb sind sie in diesem Alter auch physiologischerweise relativ gross, während sie im Erwachsenenalter in der Regel kaum mehr sichtbar sind. Mit dieser physiologischen Funktion haben die Entzündungsepisoden der akuten Tonsillitis aber wenig zu tun. Bei einer akuten Tonsillitis kommt es zu einer Infektion der Gaumenmandeln mit den entsprechenden Symptomen von Hals- und Schluckschmerzen. Die physiologische Aufgabe erfüllen die Mandeln ohne Symptome.

**Welche Erreger sind die wichtigsten Auslöser einer akuten Tonsillitis?**

**SS:** Die akute Tonsillitis ist am häufigsten Teil einer viralen Tonsillopharyngitis, wobei hier eine ganze Reihe von Viren infrage kommen, die im Rahmen eines Infektes der oberen Luftwege auch eine Tonsillopharyngitis mit Halsschmerzen verursachen können. Bei der selteneren Form der bakteriellen akuten Tonsillitis stehen die beta-hämolysierenden Streptokokken der Gruppe A im Vordergrund. Bei Adoleszenten sollte immer an die Möglichkeit einer EBV-bedingten infektiösen Mononukleose gedacht werden. Seltener virale Ursachen einer akuten Tonsillitis mit Lymphknotenschwellungen am Hals sind akute Infektionen mit CMV oder HIV.

**In den oben erwähnten Leitlinien wird ein zurückhaltender Einsatz von Antibiotika bei Tonsillitiden propagiert. Entspricht das auch Ihrer Erfahrung, dass hier zu häufig oder ungerechtfertigt Antibiose betrieben wird?**

**SS:** Es gibt aus verschiedenen Ländern Untersuchungen, die zeigen, dass bei der akuten Tonsillitis zu häufig Antibiotika eingesetzt werden, was aufgrund der Häufigkeit von Halschmerzen volkswirtschaftlich unnötige Kosten mit sich bringt und ausserdem zur Resistenzbildung der Bakterien beiträgt. Hierbei spielen aber auch die diagnostische Unsicherheit insbesondere bei schwierig zu untersuchenden Kindern und die Erwartungshaltung der Patienten/Eltern eine Rolle. Grundlage dieser Empfehlung zur Zurückhaltung ist die hohe Prävalenz von viralen Tonsillitiden, die naturgemäss keiner Antibiose bedürfen.

**Gibt es eine einfache Möglichkeit, um zwischen viraler und bakterieller Genese zu unterscheiden?**

**SS:** Es gibt verschiedene in der medizinischen Literatur beschriebene und wissenschaftlich validierte Scores (Centor, McIsaac), die auf einfachen klinischen Parametern beruhen und die es erlauben, mit recht hoher Wahrscheinlichkeit eine bakterielle Tonsillitis auszuschliessen. Die Anwendung dieser Scores wird im Übrigen auch in der angesprochenen Leitlinie empfohlen.

**Wie sieht das konservative therapeutische Vorgehen aus? Wann ist aus Ihrer Sicht die Notwendigkeit einer antibiotischen Therapie gegeben, und welche Wirkstoffe werden prioritär eingesetzt?**

**SS:** Bei der häufigen viralen Tonsillopharyngitis stehen symptomatische, schmerzlindernde Massnahmen im Vordergrund. Eine Antibiose sollte nur bei sehr hoher Wahrscheinlichkeit einer bakteriellen Tonsillitis und positivem Streptokokkennest oder positiver Kultur gegeben werden. Bei kleiner oder mässiggradiger Wahrscheinlichkeit kann mit der Antibiose zugewartet werden. Bessern sich die Symptome des Patienten innert 48 Stunden nicht wesentlich, muss die Indikation nochmals überdacht werden. Als Wirkstoff steht orales Penizillin im Vordergrund.

**Wann ist aus Ihrer Sicht ein Erregernachweis vor Antibiose sinnvoll, und wie?**

**SS:** Prinzipiell sollte vor einer Antibiose ein Erregernachweis mit einem Streptokokkennest angestrebt werden. Das Anlegen einer Kultur wird nur bei immunkompromittierten Patienten aufgrund des dort veränderten Erregerspektrums empfohlen.

**Der früher übliche Begriff der chronischen Tonsillitis soll ja gemäss der neuen Leitlinie nicht mehr verwendet werden,**

«Bei der häufigen viralen Tonsillopharyngitis stehen symptomatische, schmerzlindernde Massnahmen im Vordergrund.»

**stattdessen soll von rezidivierender akuter Tonsillitis gesprochen werden. Wie lautet hier die Definition?**

**SS:** Die rezidivierende akute Tonsillitis ist definitionsgemäss ein wiederholtes Auftreten akuter Tonsillitiden. Eine chronische Tonsillitis zeigt sich histologisch bei jeder im Erwachsenenalter noch vorhandenen Mandel und ist in der Regel ohne Krankheitswert. Jeder akute Schub bei rezidivierender Tonsillitis sollte nach den Richtlinien der akuten Tonsillitis behandelt werden. Erst bei sehr häufigen Rezidiven wird eine Tonsillektomie evaluiert.

**Die aktuellen Leitlinien raten jetzt zu mehr Zurückhaltung bei den operativen Eingriffen. Erst ab sechs akuten Tonsillitiden pro Jahr sollte eine Mandelentfernung in Erwägung gezogen werden, was im**

**Grunde fast den Paradise-Kriterien entspricht (Tabelle). Was rät hier die SGORL? Gibt es Kontraindikationen respektive Risiken? Ausnahmen von den Paradise-Kriterien?**

**SS:** Da der Benefit der Tonsillektomie – weniger Tonsillitiden, bessere Lebensqualität – gegenüber der konservativen Behandlung wissenschaftlich nicht klar erwiesen ist und die Tonsillektomie – wie jeder operative Eingriff – ein Risiko für Komplikationen mit sich bringt, wird die Indikation zur Tonsillektomie hier sehr zurückhaltend gestellt. Die Paradise-Kriterien gelten auch in der Schweiz als Leitlinie. Allerdings kann bei hohem Leidensdruck und ausgewogener Information des Patienten beziehungsweise der Eltern über Vorteile und Risiken im Sinne einer Shared Decision auch von diesen Leitlinien abgewichen werden. Im Übrigen hat sich bei der Indikation vor allem bei den Kindern inzwischen ein Shift von den rezidivierenden Tonsillitiden zur Tonsillenhyperplasie ergeben. Asymptomatische grosse Tonsillen, die sich im Kindesalter ja physiologischerweise finden, sind per se zwar keine Operationsindikation. Bei ausgeprägter Hyperplasie kann es jedoch zu Schluckstörungen oder einem obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) kommen. Vor allem dann ist die Indikation zur Tonsillektomie oder Tonsillotomie fast zwingend gegeben.

Tabelle:  
**Paradise-Kriterien für die Indikation zur Tonsillektomie (2)**

**Häufigkeit der Tonsillitiden**

- 7 oder mehr Tonsillitiden innerhalb eines Jahres
- jährlich 5 oder mehr Tonsillitiden in mindestens 2 aufeinanderfolgenden Jahren
- jährlich 3 oder mehr Tonsillitiden innerhalb von 3 Jahren.

**Im Vergleich zur Tonsillektomie ist doch die Teilentfernung der Mandeln (Tonsillotomie) ein schonender, weniger komplikationsbehafteter Eingriff. Wann ist diese Variante aus Ihrer Sicht indiziert?**

**SS:** Die Tonsillotomie wird an den meisten Zentren bei Kindern im Rahmen der symptomatischen Tonsillenhyperplasie durchgeführt. Die Tonsillotomie geht gegenüber der Tonsillektomie mit deutlich weniger postoperativen Schmerzen und geringerem Nachblutungsrisiko einher. Ob die Tonsillotomie auch bei rezidivierenden Tonsillitiden und im Erwachsenenalter eingesetzt werden kann, wird noch etwas kontrovers diskutiert, weil man weitere Entzündungen im verbleibenden Tonsillengewebe befürchtet.

**Ist das verbleibende Tonsillengewebe noch immunologisch aktiv? Wenn ja, ist das nicht grundsätzlich günstiger als die Total-OP?**

**SS:** Histologische Untersuchungen von nach Tonsillotomie im weiteren Verlauf entfernten Resttonsillen haben gezeigt, dass dieses Gewebe intakt bleibt und weiterhin eine immunologische Aktivität aufweist. Es gibt jedoch keinerlei Hinweise, dass das Fehlen der Gaumenmandeln für die Patienten einen Nachteil mit sich bringt. Dies liegt wohl daran, dass das lymphatische Gewebe im Rachenbereich redundant vorhanden ist.

**Gibt es aus Ihrer Sicht Empfehlungen für Hausärzte und Hausärztinnen zur Therapie akuter Tonsillitiden? Wann ist der HNO-Spezialist zu konsultieren?**

**SS:** Prinzipiell können akute Tonsillitiden problemlos von Hausärzten abschliessend behandelt werden. Hierbei sollten sich die Hausärzte bewusst sein, dass die grosse Mehrheit der akuten Tonsillitiden viral bedingt ist und damit keiner Antibiose bedarf. Eine ausreichende systemische Analgesie ist für den Patienten entscheidend. Die Indikation zur Antibiose sollte evidenzbasiert anhand der Centor- oder McIsaac-Kriterien und eines positiven Streptokokkenschelltests gestellt werden. In der Regel kann initial der klinische Verlauf für 48 Stunden beobachtet werden. Eine Zuweisung zum HNO-Facharzt ist nur bei Verdacht auf Peritonsillarabszess oder Verschlechterung der Klinik unter Antibiose angezeigt.

**Herr Professor Stöckli, besten Dank für diese Informationen.**

Das Interview führte Claudia Reinke.

**Literatur:**

1. «Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis», [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-24.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/017-24.html)
2. JL Paradise, CD Bluestone, RZ Bachman, DK Colborn, BS Bernard et al.: Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *NEJM* 1984; 310: 674–683.