

Tonsillitis: weniger Antibiotika, weniger Operationen

Neue deutsche Leitlinie zur Behandlung von Mandelentzündungen

Bei Tonsillitis werden häufig Antibiotika verordnet – meist nutzlos. Ebenso umstritten ist der Nutzen der Tonsillektomie, wenn sich die Episoden mit Halsschmerzen häufen. Wann diese Massnahmen dennoch sinnvoll sind, hat jetzt eine neue S2k-Leitlinie mehrerer deutscher Fachgesellschaften festgehalten.

Eigentlich laufen in den Tonsillen ständig Entzündungsprozesse ab, das ist schliesslich ihre Aufgabe als Organe des Immunsystems. Dabei wird bei Kindern bekanntlich auch das Abwehrsystem geprägt. Diese Auseinandersetzung mit Erregern führt bei Kindern daher häufiger zu Mandelentzündungen, die allerdings dann erst Krankheitswert erlangen, wenn sich Schluckschmerzen und Allgemeinsymptome wie Fieber entwickeln, so Prof. Jochen Windfuhr, Mönchengladbach, auf dem Kongress der Deutschen HNO-Gesellschaft in Düsseldorf.

Hier werden – auch auf Druck der Patienten beziehungsweise der Eltern – international zu oft Antibiotika verordnet und auch zu häufig Operationen durchgeführt. Ob und wann eine Antibiose beziehungsweise eine Tonsillektomie nötig sind und wie generell bei Tonsillitis vorgegangen werden sollte, wurde in der neuen S2k-Leitlinie der Deutschen Fachgesellschaften zusammengestellt, deren Mitautor Windfuhr ist (1). Darin kommen die Experten zu dem Schluss, dass die Antibiose bei Halsschmerzen meist verzichtbar ist, zur Resistenzentwicklung beiträgt und daher nur sehr restriktiv eingesetzt werden sollte.

Denn schliesslich wird die akute Tonsillitis zu 70 bis 95 Prozent durch Viren ausgelöst (2). Zu den häufigsten Viren bei Kindern zählen zum Beispiel Adeno- und Influenzaviren, bei Erwachsenen sind bis zu 50 Prozent insbesondere der milden Tonsillitisverläufe durch Rhino- oder Koronaviren bedingt (3). Nur 20 bis 30 Prozent der Tonsillitiden bei immunkompetenten Kindern werden durch bakterielle Erreger verursacht, hauptsächlich GABHS (Gruppe A α -hämolyisierende Streptokokken), also *Streptococcus pyogenes*. Bei Erwachsenen sind Bakterien zu 5 bis 15 Prozent Ursache der akuten Mandelentzündung (4).

Antibiotika? Eher nicht!

Wann ein Erregernachweis und gegebenenfalls eine Antibiose sinnvoll sind, lässt sich durch einen Diagnostikalgorithmus mit Punktesystem bestimmen, dem der McIsaac-Score (5, 6) für Kinder bis 14 Jahre beziehungsweise der Centor-Score für Erwachsene zugrunde liegt. «Erst ab einem bestimmten Punktwert wird ein Antibiotikum empfohlen», sagte Windfuhr. Ferner raten die Experten von unnötigen Blut- und Urinuntersuchungen ab. Hierzu zählt insbesondere die Bestimmung des Antistreptolysintiters (ASL-Titer), der sich in diesem Zusammenhang als bedeutungslos erwiesen habe (1).

Selbst wenn α -hämolyisierende Streptokokken nachgewiesen werden, heisst das nicht, dass auch tatsächlich Penicillin und Co. zum Einsatz kommen müssen. Aufgrund einer Cochrane-Analyse zu diesem Thema kommen die Leitlinienautoren zu dem Schluss, dass der Hauptgrund für die Verordnung von Antibiotika, nämlich immunogene Folgekrankheiten wie zum Beispiel akutes rheumatisches Fieber oder die akute Poststreptokokken-Glomerulonephritis zu verhindern, heutzutage weitgehend entfällt ist. Die Studien, die den Erfolg der Antibiose dazu belegen, stammen überwiegend aus den Fünfzigerjahren. Das heute extrem niedrige Risiko, eine immunologische Streptokokkenfolgekrankheit zu erleiden, rechtfertigt zurzeit nicht die routinemässige Verordnung von Antibiotika (7).

Zur konservativen Therapie empfehlen die Experten hauptsächlich ein symptomatisches Vorgehen. So haben sich Paracetamol und Ibuprofen zur Schmerzlindeung und Fiebersenkung bewährt.

Tonsillektomie? Erst abwarten!

Aufgrund des Entwicklungsprozesses des Immunsystems haben Kinder besonders häufig Mandelentzündungen – Altersgipfel 3 bis 14 Jahre (3). Häufen sich die Tonsillitiden, galt die Tonsillektomie als Mittel der Wahl. Doch überwiegt der Nutzen, nämlich die Episodenzahl zu senken, die Risiken wie das nicht unerhebliche Nachblutungsrisiko? Auch hierzu gibt die Leitlinie eine Entscheidungshilfe: die Zahl von Halsschmerzepisoden in den letzten zwölf Monaten. Bei weniger als drei Episoden raten die Leitlinien aufgrund einer weiteren Cochrane-Analyse von einer Operation ab (8). Bei drei bis fünf Episoden kann die Tonsillektomie durchgeführt werden, bei sechs oder mehr Episoden ist sie eine therapeutische Option. «Bei moderaten und milden Formen raten wir dazu, zunächst ein halbes Jahr abzuwarten. Nur wenn sich in dieser Wartezeit weitere Entzündungen trotz wiederholter Antibiotikumtherapie ereignen, ist die Mandelentfernung der bessere Weg», so Windfuhr.

Als Nachteil des Eingriffs sind die postoperativen Schmerzen und das Nachblutungsrisiko zu berücksichtigen. Daher sollte immer eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

Angelika Ramm-Fischer

Die Tonsillitis-Leitlinie online:



Referenzen:

1. S2k-Leitlinie 017/024: Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln ñ Tonsillitis. Aktueller Stand: 08/2015
2. www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-14_Langfassung_ZD.pdf.
3. Putto A: Febrile exudative tonsillitis: viral or streptococcal? *Pediatrics* 1987; 80: 6–12.
4. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69063/1/WHO_FCH_CAH_05.07.pdf?ua=1&ua=1. 2005.
5. McIsaac et al.: The validity of a sore throat score in family practice. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2000; 163: 811–815.
6. McIsaac WJ et al.: Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. *JAMA* 2004; 291: 1587–1595.
7. Spinks A et al.: Antibiotics for sore throat. *The Cochrane database of systematic reviews* 2013; 11: CD000023.
8. Burton MJ et al.: Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *The Cochrane database of systematic reviews* 2014; 11: CD001802.

Quelle:

Kongress-Presskonferenz anlässlich der 87. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO-KHC), 4. bis 7. Mai 2016 in Düsseldorf.