

Halsweh banal oder nicht?

Wann weiter abgeklärt werden sollte

Akute Halsschmerzen sind in der Wintersaison häufig und eigentlich ein banales Leiden. Trotzdem sollten sie gut abgeklärt werden. Denn es gibt einige Ursachen, die unentdeckt und unbehandelt zu Komplikationen führen können. Worauf in der Anamnese und bei der Inspektion geachtet werden sollte, um nichts zu verpassen, erklärte Prof. Dr. Sandro Stöckli, Chefarzt HNO-Klinik, Kantonsspital St. Gallen, am FOMF-WebUp.

Halsschmerzen sind Schmerzen, die beim Schlucken entstehen (Odynophagie), während die Dysphagie ein Schluckproblem darstellt und die Aphagie eine Schluckunfähigkeit. In diesem Winter gehört Halsweh derzeit zu den führenden Symptomen bei den aktuell kursierenden SARS-CoV-2-Varianten.

In der Anamnese seien neben den Fragen zu Zeitpunkt, Dauer und Intensitätszunahme der Symptome, unternommen Schritten, bereits früherem Auftreten, Fieber, sonstigen begleitenden katarrhalischen Symptomen gemäss Stöckli 2 Fragen besonders wichtig. Man soll erstens den Patienten beschreiben lassen, wo genau der Schmerz lokalisiert ist. Zeigt der Patient mit dem Finger in den Rachen, spricht das für eine Pharyngitis, die meist viral bedingt ist. Legt der Patient die Finger um den Hals, ist das ein Hinweis für eine Lymphadenitis, die meist eine bakterielle Ursache hat. Die zweite Frage ist jene nach der Ein- oder Beidseitigkeit. Während ein beidseitiges Auftreten bei Pharyngitis oder Angina normal ist, ist ein einseitiger Schmerz eher die Ausnahme und erfordert eine weitere Abklärung. Ursachen wie ein Peritonsillarabszess, eine Angina Plaut-Vincenti oder ein Karzinom im Bereich des Oropharynx, des Hypopharynx oder des supraglottischen Larynx können für diese einseitigen Beschwerden typisch sein. An eine mögliche Neoplasie ist vor allem dann zu denken, wenn die einseitigen Schluckschmerzen seit mehr als 4 Wochen bestehen.

Die klinische Untersuchung beziehungsweise Inspektion von Mundhöhle und Oropharynx erfolgt mit Zungenspatel und

einer Lichtquelle (Taschen- oder Stirnlampe). Beim Erwachsenen sind die Tonsillen normalerweise klein, vernarbt und unscheinbar. Sind sie gross und geschwollen, ist das pathologisch. Wenn der Patient den Mund infolge Kieferklemme (Trismus) nicht öffnen kann, ist das ein Hinweis für einen möglichen Abszess. Die zervikalen Lymphknoten sind bei der klinischen Untersuchung ebenfalls zu palpieren.

Ursachen für eine akute Tonsillopharyngitis

Akutes Halsweh ist ein häufiger Konsultationsgrund. In den meisten Fällen ist es viral bedingt, seltener handelt es sich um eine Streptokokkenangina. Diese ist jedoch von einer viralen Infektion klinisch nur schwer zu unterscheiden.

Eine virale Tonsillopharyngitis zeichnet sich durch plötzlich auftretende Halsschmerzen, katarrhalische und grippale Begleitsymptome aus (Rhinitis, Husten, Kopf- und Gliederschmerzen, selten Fieber) und verursacht eine diffuse Rötung der Pharynxschleimhaut. Als Erreger fungieren in der Regel Adenovirus, Enterovirus, RSV, Influenza- und Parainfluenzavirus. Die Therapie ist symptomatisch.

Als weitere Ursache für Halsschmerzen kommt das Cocksackie-A-Virus infrage. Dieses führt zu einer Herpangina, wovon vor allem Kinder betroffen sind. Auf den Gaumenmandeln, im vorderen Gaumenbogen, am Gaumen und an der Pharynxhinterwand sind sich eröffnende herpetiforme Bläschen sichtbar, die starke Schmerzen verursachen. Nach ein paar Tagen heilt die Infektion von selbst ab. Die Therapie ist auch hier symptomatisch.

Ist eine Angina nach 7 Tagen nicht abgeheilt, sollte an eine Mononukleose gedacht werden, so Stöckli. Diese wird über Tröpfcheninfektion durch das Epstein-Barr-Virus übertragen, die Symptome sind Fieber, starke Schluckschmerzen und Malaise. Am häufigsten sind Adoleszente betroffen (kissing disease). Die Tonsillen sind gross, rot und mit grauen Belägen und Membranen bedeckt. Die zervikalen (nuchalen), axillären und inguinalen Lymphknoten sind geschwollen. Die Therapie ist analgetisch und antipyretisch, und wegen der Hepatosplenomegalie, die im Ultraschall gut sichtbar ist, herrscht absolutes Sportverbot. Nach 4 bis 6 Wochen erfolge eine sonografische Nachkontrolle, so Stöckli.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Halsschmerzlokalisierung genau beschreiben lassen, um keine Diagnosen zu verpassen.
- ▶ Ein einseitiger Schmerz erfordert weitere Abklärung.
- ▶ Akutes Halsweh ist meist viral bedingt. Bei fehlender Abheilung nach 7 Tagen an Mononukleose denken.
- ▶ Bei einer Streptokokkenangina ist eine Antibiose nur in Ausnahmefällen nötig.

Optionen bei bakterieller Angina

Die Angina tonsillaris ist eine akute bakterielle Tonsillitis. Sie wird durch betahämolisierende Streptokokken der Gruppe A verursacht und tritt vor allem bei Kindern und Jugendlichen auf. Sie imponiert durch ein Erythem, Schwellung, weisse Beläge beziehungsweise Stippchen auf den Tonsillen und führt zu einer dolenten Schwellung der Kieferwinkel-Lymphknoten. Zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit für einen positiven Rachenabstrich wird der McIsaac-Score herangezogen. Dieser taxiert Kriterien wie Fieber > 38 Grad, Tonsillenrötung und Beläge, zervikale Lymphadenopathie, fehlenden Husten, Alter 3 bis 14 Jahre mit je 1 Punkt. Bei 4 oder 5 Punkten beträgt die Wahrscheinlichkeit 51 bis 53 Prozent, bei weniger Punkten sinkt sie entsprechend (3: 23–35%; 2: 11–17%; 1: 5–10%) (1). Bei einem McIsaac-Score ≥ 3 sollen ein Rachenabstrich und ein Streptokokkenn Schnelltest vorgenommen werden. Die Streptokokkenangina heilt innerhalb 1 Woche meist spontan ab, eine Antibiotikatherapie verkürzt die Symptombdauer nur um etwa 1 bis 2 Tage. Deshalb ist eine Antibiose in der Regel nicht empfohlen, zur Symptomlinderung eignen sich Analgesie, Lutschtabletten, Gurgellösungen oder Rachensprays. Verbessert sich der Zustand innert 1 Woche nicht oder verschlechtert er sich, ist eine weitere Abklärung angezeigt. Bei sehr jungen (bis 5-jährig), sehr alten oder geschwächten Patienten ist eine Nachkontrolle empfohlen. Auch bei jenen mit einer positiven Familienanamnese für rheumatisches Fieber (1). Eine Antibiotikagabe ist allerdings gerechtfertigt, wenn

der Patient beispielsweise als schwer krank eingeschätzt wird, unter Immunsuppression steht, einen ungewöhnlichen Verlauf zeigt oder innert 4 bis 7 Tagen keine Verbesserung einsetzt, dies ebenso bei einseitigen Halsschmerzen, Trismus oder einer dolenten Palpation des Halses (1). Die Therapie bestehe dann aus Amoxicillin 1 g alle 12 Stunden per os während 6 Tagen (Kinder: 25 mg/kg/12 Stunden per os, 6 Tage) oder Penicillin V 1 Mio. E alle 8 Stunden per os während 6 bis 10 Tagen, wie Prof. Stöckli die Praxis am Kantonsspital St. Gallen beschreibt. Eine Antibiose zur Verhinderung des in der Schweiz selten gewordenen akuten rheumatischen Fiebers ist ausser bei erhöhtem Risiko nicht mehr empfohlen, nachdem die Evidenz keinen Vorteil dafür hatte zeigen können (1).

Ist trotz starker Hals- und Schluckschmerzen keine Entzündung im Rachenraum zu sehen, muss an eine Epiglottitis gedacht werden, vor allem wenn der Patient mit einer etwas klossigen Sprache auffällt. Eine Epiglottitis sei potenziell lebensgefährlich, eine Weiterweisung an einen Spezialisten daher dringend empfohlen, so Stöckli abschliessend. ▲

Valérie Herzog

Quelle: Vortrag «Akute Halsschmerzen» von Prof. Sandro Stöckli, FOMF-WebUp ORL, 29.11.22.

Referenz:

1. Hofmann Y et al.: Behandlung der Streptokokken-Angina. Schweiz Med Forum. 2019;19(29–30):481–488.