

Die Halsschmerz-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Halsschmerzen aufgrund einer Pharyngitis oder Tonsillitis dauern i. d. R. nur wenige Tage [9]. Etwa 30% der Bevölkerung haben innerhalb eines Jahres Halsschmerzen, aber die meisten suchen keine ärztliche Hilfe [5, 7]. Trotzdem sind Halsschmerzen mit 1–2% aller Konsultationen ein relativ häufiger Beratungsanlass in der ambulanten Versorgung [13]. Ein großer Teil der leichteren Pharyngitisformen tritt im Rahmen von Erkältungskrankheiten auf. Etwa 50–80% der Fälle sind durch Viren (Rhinoviren, Coronaviren usw.) bedingt, in etwa einem Drittel lässt sich kein Erreger nachweisen. Nur in etwa 15–30% der Fälle können bei Halsschmerzen β -hämolisierende Streptokokken der Gruppe A (GAS) isoliert werden. Dabei ist zu bedenken, dass es viele asymptomatische Träger gibt und im Einzelfall eine kausale Zuordnung des Bakteriennachweises nur eingeschränkt möglich ist. Andere bakterielle Erreger wie z. B. *Corynebacterium diphtheriae* spielen zzt. epidemiologisch in Mitteleuropa keine Rolle. Die GAS-Pharyngitis hat einen Erkrankungsgipfel in der Altersgruppe der 5- bis 15-Jährigen. GAS-Pharyngitiden haben ebenso wie andere Pharyngitiden eine sehr hohe Spontanheilungstendenz: In den Placebogruppen kontrollierter Therapiestudien sind nach 3 Tagen bei 30–40% der Patienten die Halsschmerzen abgeklungen, und etwa 85% sind fieberfrei. Nach einer Woche sind 80–90% der Patienten beschwerdefrei [15].

Ziel der Leitlinie ist es, ein der ambulanten Versorgung angepasstes diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Halsschmerzen vorzuschlagen. Bei pri-

märer Konsultation in der Hals-Nasen-Ohren-Praxis sind die Empfehlungen auch dort gültig. Dabei soll die Verordnung von Antibiotika sinnvoll begrenzt werden. Auf individueller Ebene sollen Patienten mit Pharyngitis eine unnötige Antibiotikatherapie und ihre Nebenwirkungen erspart werden. Auf der Public-Health-Ebene sollen Resistenzen gegen Antibiotika vermieden werden.

Methode

Im Rahmen des mehrstufigen Leitlinienentwicklungsverfahren der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) wur-

de die Literatur zum Thema Halsschmerzen und Pharyngitis in Bezug auf Epidemiologie, Diagnostik, natürlichen Verlauf und Komplikationen sowie Therapieeffekte gesichtet und unter dem Aspekt der ambulanten Versorgung bewertet. Details können dem Methodenteil der Langfassung der Leitlinie entnommen werden [19].

Die Leitlinie durchlief in der Entwicklung einen Paneltest (Review durch 20 Kollegen) und Praxistest (Anwendung durch 14 Kollegen). Nach Berücksichtigung der Kritikpunkte der Kollegen fand eine Konsensuskonferenz mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-

Tab. 1 Abwendbare gefährliche Verläufe und Differenzialdiagnosen bei Halsschmerzen.

Abwendbar gefährlicher Verlauf/ Differenzialdiagnose	Kommentar
Virale Pharyngitis isoliert oder im Rahmen eines oberen Atemwegsinfekts	Häufigsten Ursache von Halsschmerzen, viele verschiedene Viren, etwa 50–80%
Bakterielle Pharyngitis	Meist durch Gruppe-A-Streptokokken: etwa 15–30%, andere Erreger und asymptomatische Besiedlung möglich
Epiglottitis beim Kind (Stridor)	Selten seit der Einführung der Hib-Impfung
Mononukleose (EBV-Infektion)	Typisches klinisches Bild, meist bei Jugendlichen
Peritonsillarabszess	Stärkste Schmerzen, Kieferklemme, verzogenes Gaumensegel, Überweisung zum HNO-Arzt
Kawasaki-Syndrom beim Kind	Selten, Vorstellung in der Kinderklinik
Agranulozytäre Angina	Selten, Halsschmerzen bei Agranulozytose z. B. durch Medikamente, Metamizol, Thiamazol usw., Einweisung
Mukositis	Nach Strahlen- oder Chemotherapie
Diphtherie	In Westeuropa extrem selten
Lemierre-Syndrom	Invasive Infektion mit Thrombose der V. jugularis interna, sehr selten
Geschlechtskrankheiten: HIV, Gonorrhöe, Syphilis (Angina specifica)	Sehr selten
Laryngopharyngealer Reflux	Umstritten
EBV Epstein-Barr-Virus.	

Prädiktoren einer GAS-Pharyngitis bei Patienten >15 Jahre (GAS-Prävalenz von 17%)

4 Kriterien:

Fieber in Anamnese	1
Fehlen von Husten	1
Geschwollene vord.Halslymphknoten	1
Tonsillenexsudate	1

Zahl der Kriterien	Wahrscheinlichkeit von GAS im Rachenabstrich/Likelihood Ratio	
4	~ 50-60%	LR 6,3
3	~ 30-35%	LR 2,1
2	~ 15%	LR 0,75
1	~ 6-7%	LR 0,3
0	~ 2,5%	LR 0,16

Abb. 1 ▲ Centor-Score zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass eine Pharyngitis mit Gruppe-A-Streptokokken vorliegt

Eine eindeutige ätiologische Zuordnung ist klinisch meistens nicht möglich, aber auch nicht unbedingt notwendig. Deshalb wurde auch auf die differenzierte Benennung der beim Symptom Halschmerzen möglicherweise betroffenen anatomischen Strukturen pragmatisch verzichtet. Für den Praxisalltag muss eine klinische Entscheidungsregel möglichst einfach und prägnant sein. Wir empfehlen den sog. Centor-Score (■ **Abb. 1**), mit dessen Hilfe klinisch die Wahrscheinlichkeit, dass eine GAS-Pharyngitis vorliegt, abgeschätzt werden kann [3]. Dieser Score ist nicht bei Kindern validiert. Hier kann alternativ der sog. McIsaac-Score eingesetzt werden [12].

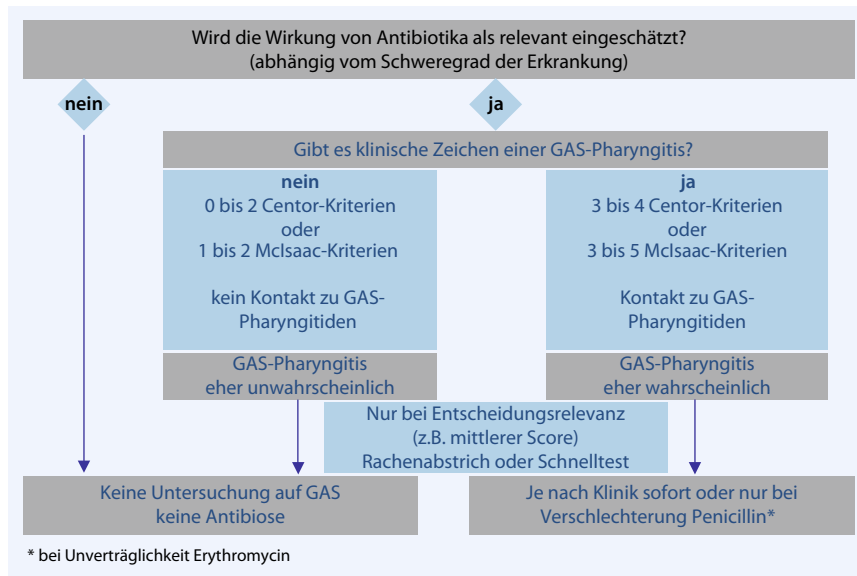


Abb. 2 ▲ Algorithmus zur Entscheidungsfindung für die Therapie

Wann sollte ein Rachenabstrich durchgeführt werden?

Ein Rachenabstrich für einen Schnelltest oder eine Kultur zum GAS-Nachweis sollte nur durchgeführt werden, wenn das Untersuchungsergebnis Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen eine Antibiotikatherapie hat. Schnelltests auf GAS-Antigen haben gegenüber der Kultur eine Spezifität von 95% und mehr, während die Sensitivität je nach Test mit 70–90% deutlich niedriger ist [6]. Wird der Nutzen der Antibiotikatherapie bei ausgeprägter Symptomatik (Centor-Score 3–4) für wichtig erachtet, kann durch einen positiven Schnelltest die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer GAS-Pharyngitis weiter erhöht werden. Bei negativem Schnelltest sollte konsequenterweise auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden. Abhängig von der Sensitivität des verwendeten Tests kann bei Entscheidungsrelevanz bei negativem Ergebnis auch ein Rachenabstrich zum kulturellen GAS-Nachweis durchgeführt werden. Die Kultur mit ein- bis mehrtägiger Wartezeit auf das Ergebnis ist für die Therapiesteuerung oft nicht hilfreich. Der Schnelltest auf Gruppe-A-Streptokokken-Antigen wird zzt. nur bei Patienten bis zum vollendeten 16. Lebensjahr von den gesetzlichen Kassen bezahlt.

Bei Patienten mit niedrigem Score (Centor-Score 0–2) ist ein Rachenabstrich nicht sinnvoll. Routinemäßige Kontrollen des Behandlungserfolgs sind ebenfalls nicht sinnvoll. Die Beschränkung der Diagnostik basiert auf der gegenwärtigen

Chirurgie (Prof. Rainer Laskawi, Göttingen) und der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (Prof. Johannes Forster und Prof. Dr. Reinhard Berner, Freiburg) statt, moderiert durch Prof. Ina Kopp von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). In der Langfassung der Leitlinie werden die Empfehlungen ausführlich begründet und mit Literatur belegt und auch weitere Fragestellungen zum Thema Halsschmerzen behandelt [19]. Die Leitlinie ist frei im Netz verfügbar und wurde von der AWMF auf dem höchsten Niveau (S-3) eingestuft [1].

Empfehlungen

Welche klinische Diagnostik?

Ziel der Diagnostik ist es, einerseits die in der ambulanten Versorgung seltenen abwendbar gefährlichen Verläufe zu erkennen und andererseits Patienten, die von einer Antibiotikatherapie profitieren können, zu identifizieren. Abwendbare gefährliche Verläufe und Differenzialdiagnosen sind in ■ **Tab. 1** angegeben. Die Kernfragen bei der Mehrheit der Halsschmerzpatienten sind: Wie stark ist der Patient beeinträchtigt, und (bei schwererer Erkrankung) wie wahrscheinlich ist eine GAS-Pharyngitis bzw. -Tonsillitis?

Epidemiologie und einer Abwägung von Nutzen und Risiko. Dieses Vorgehen ist in Übereinstimmung mit den meisten europäischen Leitlinien [11].

Wann Antibiotika?

Der Wunsch von Patienten nach einem Antibiotikum bei Halsschmerzen wird von Ärzten oft überschätzt. Es konnte gezeigt werden, dass bei den meisten Patienten mit Antibiotikawunsch ein Missverständnis vorliegt und diese eigentlich eine Schmerztherapie möchten [20]. Die Wirkung von Antibiotika bei Pharyngitiden ohne klinischen und bakteriologischen Anhalt für GAS ist in randomisiert kontrollierten Studien marginal und klinisch irrelevant [10, 15]. Bei klinischen Zeichen einer GAS-Pharyngitis ist die Antibiotikawirkung oft ausgeprägter. Für Patienten mit Halsschmerzen und 3–4 Centor-Kriterien lässt sich für eine orale Penicillinbehandlung eine „number needed to treat“ (NNT) von 5–6 für Symptombefreiung am 3. Behandlungstag annehmen. Die Krankheitsdauer wird um 1–1,5 Tage verkürzt [21]. Bei zusätzlichem Nachweis von GAS lässt sich für eine orale Penicillinbehandlung eine NNT von 4 für Abklingen der Halsschmerzen am 3. Behandlungstag annehmen.

Für die Entscheidungsfindung schlagen wir einen Algorithmus vor (▣ **Abb. 2**). Wird eine Antibiotikatherapie erwogen, ist Penicillin auch heute noch als Mittel der ersten Wahl anzusehen. In Zeiten und Zonen ohne Hinweise auf akutes rheumatisches Fieber (ARF) ist eine Behandlung über 7 Tage ausreichend [21]. Eine antibiotische Behandlung einer GAS-Pharyngitis hat keinen Einfluss auf die Inzidenz erneuter Pharyngitiden. Eine Reduktion der Ansteckung von Kontaktpersonen durch eine antibiotische Behandlung von Patienten mit GAS-Pharyngitis ist nicht durch Studien belegt.

Bei folgenden Patientengruppen sollte die Indikation zur Antibiotikatherapie großzügiger gestellt werden:

- ▬ Pharyngitispatienten mit relevanten Grunderkrankungen wie z. B. konsumierenden Erkrankungen oder Immunsuppression,
- ▬ Patienten mit abszedierender Lymphadenitis oder drohendem Peritonsil-

Zusammenfassung · Abstract

HNO 2011 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00106-011-2263-6
© Springer-Verlag 2011

H. Wächtler · J.-F. Chenot

Die Halsschmerz-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Zusammenfassung

Ziel. Die Leitlinie schlägt ein diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei Patienten mit Halsschmerzen in der ambulanten Versorgung vor.

Methode. Zur Leitlinienerstellung wurde die Literatur zum Thema gesichtet und bewertet. Die Leitlinie durchlief einen Panel- und Praxistest sowie eine Konsensuskonferenz.

Empfehlungen. Halsschmerzen beruhen meist auf einer akuten selbstlimitierenden Infektion. Eine ätiologische Zuordnung ist klinisch kaum möglich. Eine routinemäßige Antibiotikaverordnung zur Prävention von eitrigen und nichteitrigem Komplikationen bei Halsschmerzen ist gegenwärtig nicht indiziert. Die Wirkung von Antibiotika auf Symptome und Krankheitsdauer ist nur mo-

derat, jedoch etwas ausgeprägter bei klinischen Zeichen einer Pharyngitis mit Gruppe-A-Streptokokken (GAS) und noch geringfügig stärker bei zusätzlichem Nachweis von GAS. Ein klinischer Algorithmus für die Entscheidungsfindung wird vorgeschlagen. Ein Schnelltest oder ein kultureller Nachweis sollte nur bei Entscheidungsrelevanz durchgeführt werden. Zur Symptomlinderung und Krankheitsverkürzung können Antibiotika bei schwererer Erkrankung und klinischen Zeichen einer GAS-Pharyngitis gegeben werden.

Schlüsselwörter

Halsschmerzen · Pharyngitis · Streptokokkeninfektionen · Antibiotika · Leitlinie

Guidelines for the management of sore throat from the German Society of General Practice and Family Medicine

Abstract

Aim. The aim of this guideline is to propose a diagnostic and therapeutic approach to manage sore throat in ambulatory care.

Method. Relevant literature on the treatment of sore throat in primary care was retrieved and evaluated. During its development, the guidelines underwent a panel test, a practice test and a consensus conference.

Recommendations. Sore throat is mostly a short, self-limiting infection. Accurate etiological diagnosis is generally not possible. Routine antibiotic treatment of sore throat for the prevention of complications is currently not indicated. The effect of antibiotics on symptoms and duration of disease is, at best, moderate. It is more pronounced in patients with

typical clinical symptoms and signs of pharyngitis caused by group A streptococci (GAS) and slightly more pronounced again in cases of additional positive throat swab for GAS. An algorithm for decision-making is proposed. Rapid testing for streptococcal antigen or a culture for GAS is only recommended if the result is likely to influence therapeutic decision-making. Patients with more severe illness and signs of GAS pharyngitis can be given antibiotic therapy for symptomatic relief.

Keywords

Sore throat · Pharyngitis · Streptococcal infections · Antibiotics · Guideline

- larabszess (Überweisung zum HNO-Arzt!),
- Scharlach,
- Patienten mit ARF in der Eigen- oder Familienanamnese mit nachgewiesener GAS- Pharyngitis.

Welche Schäden können durch eine nicht antibiotisch behandelte GAS-Pharyngitis entstehen?

Es werden nichteitrige und eitrige Komplikationen unterschieden. Zu den nichteitrigen Komplikationen gehören das seltene ARF und die akute Poststreptokokkenglomerulonephritis (APSGN; [8]). Eine Senkung der Erkrankungsrate an ARF nach GAS-Pharyngitis ist nur durch Studien aus den 1950er-Jahren mit intramuskulärer Penicillinbehandlung belegt. Das ARF ist in den westlichen Industrieländern extrem selten geworden, sodass die Prävention des ARF in unserer epidemiologischen Situation kein Argument für eine Antibiotikaverordnung ist. Als Hauptursachen für den Rückgang der ARF-Inzidenz werden eine Abnahme der Prävalenz rheumatogener GAS-Stämme und eine Besserung der sozioökonomischen Bedingungen diskutiert. Es gibt keine Evidenz für die Prävention einer APSGN durch Antibiotika. Es wird davon ausgegangen, dass viele Fälle der APSGN symptomarm mit einer Mikrohämaturie verlaufen und nicht bemerkt werden. Eine routinemäßige Untersuchung des Urins nach Streptokokkeninfekten wird nicht empfohlen.

Als häufigste eitrige Komplikation gilt der Peritonsillarabszess. Bei Patienten mit Pharyngitis belegen neuere Studien keinen Nutzen einer antibiotischen Behandlung zur Prävention von Peritonsillarabszessen [4, 15]. Der starke Rückgang der Antibiotikaverordnung bei Kindern in Großbritannien hat zu keinem Anstieg der Häufigkeiten von Peritonsillarabszessen geführt [14]. Die Mehrheit der Patienten mit Peritonsillarabszess hat vorher keinen Arzt wegen Halsschmerzen konsultiert [4].

Zusammenfassend ergibt sich daraus, dass bei Patienten mit GAS-Pharyngitis, die keine antibiotische Behandlung erhalten, kein höheres Risiko für Komplikationen als mit Antibiotikagabe zu erwarten

ist. Patienten mit Verdacht auf Peritonsillarabszess sollen rasch durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde behandelt werden.

Welche symptomatische Therapie ist sinnvoll?

Einzelgaben von Paracetamol oder Ibuprofen lindern Halsschmerzen für mehrere Stunden. Die regelmäßige orale Gabe reduziert die Symptome bei Pharyngitis, auch während der ersten Tage einer antibiotischen Behandlung [2, 17]. Haus- und Naturheilmittel oder rezeptfreie Medikamente sind nicht prinzipiell harmlos: Sie können z. B. schaden, in dem sie eine medizinisch indizierte Behandlung ver- oder behindern. Der nicht nachgewiesene Nutzen muss gegen den teilweise nachgewiesenen Schaden abgewogen werden. Nicht zuletzt entsteht dem Patienten ein wirtschaftlicher Schaden, wenn er ein unwirksames oder ungeeignetes Präparat erwirbt.

Unspezifische Maßnahmen wie ausreichendes Trinken, Gurgeln mit Salzwasser oder Tee, Lutschen nichtmedizinischer Bonbons oder Halswickel können mit Einschränkung zur Symptomlinderung empfohlen werden. Die Anwendung von medizinischen Lutschtabletten, Gurgellösungen und Rachensprays mit Lokalantiseptika und/oder Lokalanästhetika wird nicht empfohlen. Die Anwendung von Lokalantiseptika ist nachweislich nicht sinnvoll, da sie nur an der Oberfläche wirken können, während sich die wesentliche Infektion in der Tiefe des Gewebes abspielt [18]. Pflanzliche Arzneimittel und homöopathische Mittel können bei ausgeprägtem Therapiewunsch oder unzureichender Wirksamkeit besser belegter symptomatischer Maßnahmen mit Einschränkung empfohlen werden. Es gibt allerdings keine oder nur geringe Wirksamkeitsbelege aus kontrollierten Studien.

Wiederzulassung in Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen nach GAS-Pharyngitis

Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kindergärten, usw.) kann bei einer Antibiotikathera-

pie und ohne Krankheitszeichen ab dem 2. Tag erfolgen, ansonsten nach Abklingen der Krankheitssymptome. Ein schriftliches ärztliches Attest ist nicht erforderlich [16].

Fazit für die Praxis

- Ein Schnelltest oder ein kultureller Nachweis von Gruppe-A-Streptokokken sollte nur bei Entscheidungsrelevanz durchgeführt werden.
- Die Wirkung von Antibiotika auf Symptome und Krankheitsdauer bei Halsschmerzen ist allenfalls moderat.
- Eine routinemäßige Antibiotikaverordnung zur Prävention von eitrigem und nichteitrigem Komplikationen bei Halsschmerzen ist gegenwärtig bei uns nicht indiziert.
- Wird die Wirkung eines Antibiotikums für relevant gehalten ist, wenn keine Allergie vorliegt, Penicillin auch heute noch als Mittel der ersten Wahl.
- Zur symptomatischen Therapie sind Paracetamol und Ibuprofen geeignet.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J.-F. Chenot
Abteilung Allgemeinmedizin,
Universitätsmedizin Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen
jchenot@gwdg.de

Interessenkonflikt. Beide Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Arbeitsgemeinschaft wissenschaftliche medizinischer Fachgesellschaften (2011) Homepage. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/053-010.htm>, Zugriff: Februar 2011
2. Burnett I, Schachtel B, Sanner K et al (2006) Onset of analgesia of a paracetamol tablet containing sodium bicarbonate: A double-blind, placebo-controlled study in adult patients with acute sore throat. *Clin Ther* 28:1273–1278
3. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP et al (1981) The Diagnosis of Strep Throat in Adults in the Emergency Room. *Med Decis Making* 1:239–246
4. Dunn N, Lane D, Everitt H, et al (2007) Use of antibiotics for sore throat and incidence of quinsy. *Br J Gen Pract* 57:45–49
5. Evans CE, McFarlane AH, Norman GR et al (1982) Sore throats in adults: Who sees a doctor? *Can Fam Physician* 28:453–458
6. Gerber MA, Shulman ST (2004) Rapid diagnosis of pharyngitis caused by group A streptococci. *Clin Microbiol Rev* 17:571–580

7. Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF et al (2005) The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Fam Pract* 22:227–233
8. Lamagni TL, Efstratiou A, Vuopio-Varkila J et al (2005) The epidemiology of severe streptococcus pyogenes associated disease in Europe. *Euro Surveill* 10:179–184
9. Lindbaek M, Francis N, Cannings-John R et al (2006) Clinical course of suspected viral sore throat in young adults: cohort study. *Scand J Prim Health Care* 24:93–97
10. Little P, Williamson I, Warner G et al (1997) Open randomised trial of prescribing strategies in managing sore throat. *BMJ* 314:722–727
11. Matthys J, De Meyere M, van Driel ML, De Sutter A (2007) Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med* 5:436–443
12. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D et al (1998) A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. *CMAJ* 158:75–83
13. Schach E, Schwartz FW, Kerek-Bodden HE (1989) Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln
14. Sharland M, Kendall H, Yeates D et al (2005) Antibiotic prescribing in general practice and hospital admissions for peritonsillar abscess, mastoiditis, and rheumatic fever in children: time trend analysis. *BMJ* 331:328–329
15. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar C (2006) Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* (4): CD000023. doi: 10.1002/14651858.CD000023.pub3
16. Robert Koch-Institut (2009) Streptococcus pyogenes. RKI-Ratgeber Infektionskrankheiten – Merkblätter für Ärzte (Stand: 12.03.09). http://www.rki.de/clin_100/nn_504496/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber__Mbl__Streptococcus__pyogenes.html#Start
17. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P (2000) How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract* 50:817–820
18. (o A) (2002) Wie lange noch unnötige Rachentherapie? *arzneimitteltelegramm* 33:107
19. Wächtler H, Chenot JF (2009) Halsschmerzen. DE-GAM-Leitlinie Nr. 14. omikron publishing, Düsseldorf
20. Driel ML van, De Sutter A, Deveugele M et al (2006) Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? *Ann Fam Med* 4:494–499
21. Zwart S, Sachs APE, Ruijs GJHM et al (2000) Penicillin for acute sore throat: randomised double blind trial of seven days versus three days treatment or placebo in adults. *BMJ* 320:150–154