

TONSİLLOFARENJİT TANI VE TEDAVİ ALGORİTMASI

Akut tonsillofarenjit veya çocukluk çağında daha sık karşılaşılan klinik tablosu ile tonsillit, farinks ve tonsil dokusunun inflamasyonudur ve doktora başvuruların en sık nedenlerinden birisidir.

Aile içi bulaşma yanında, özellikle kışla, kreş gibi toplu yaşam yerlerinde bulaşma yaygındır. En sık 5-15 yaş grubunda görülür. Üç yaşından küçük ve 15 yaşından büyüklerde daha az rastlanır. Erkek ve kızlarda görülme sıklığı farklı değildir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda daha sık görülür. Grup A beta hemolitik streptokok (GABHS) tonsillofarenjiti coğrafi faktörlerin etkisiyle de bölgeler arasında farklılık gösterebilir. Genel olarak ılıman iklimi olan bölgelerde daha sık, tropikal bölgelerde ise daha az rastlanır. Daha sık olarak kış aylarında görülmektedir. Bu hastalar en sık boğaz ağrısı ve ateş şikayeti ile hekime başvururlar.

Erişkinde boğaz ağrısına en sık neden olan durumlar:

- Epiglotit-Retrofarenjeal abse
- Peritonsiller abse
- Tiroidit
- Gastroözefageal reflü
- Orofarenks veya larenks tümörü
- Tonsillofarenjit (enfeksiyona veya travmaya bağlı)

Tonsillofarenjitlerin enfeksiyona veya travmaya bağlı olarak gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Boğaz ağrısı ile birlikte ateşin olması enfeksiyona bağlı bir tonsillofarenjit düşündürmelidir. Tedavi yaklaşımlarında önemli bir nokta, viral üst solunum yolu enfeksiyonlarında olduğu gibi, boğaz ağrısı, ateş ve halsizlik ile karakterize olan tonsillit tablolarının çoğunun benign seyirli ve kendi kendini sınırlayan enfeksiyonlar olduğu ve semptomatik tedavinin yeterli olduğudur. Grup A streptokok, akut tonsillite neden olan en sık bakteriyel patojendir ve çocukluk çağında tüm vakaların %15-30'undan, yetişkinlerde ise %5-10'undan sorumludur ve antimikrobiyal tedavinin kesin olarak endike olduğu tek tablodur (Tablo 1).

Tablo 1. Tonsillofarenjit etkenleri ve yaşa göre farklılıkları.

Prevelans (%)		
Etken	Çocuklarda	Yetişkinlerde
Bakteriyel	30-40	5-10
GABHS	15-30	5-10
Grup C, G veya F streptokok	0-3	0-18
<i>N. gonorrhoeae</i>	0-0.01	0-0.01
<i>A. haemolyticum</i>	0-0.05	0-10
<i>M. pneumoniae</i>	0-3	0-10
<i>C. pneumoniae</i>	0-3	0-9
Viral	15-40	30-60
Nedeni saptanamayan	20-55	30-65

Tablo 2. Klinik Bulgular.

Özellik	Klasik GABHS tonsillofarenjiti	Viral tonsillofarenjit
Mevsim	Geç kış ve erken ilkbahar	Her mevsim
Yaş	Pik :5-15 yaş arası	Tüm yaşlar
Semptomlar	<ul style="list-style-type: none">Ani başlangıçlı; yüksek ateş ve boğaz ağrısıBaşağrısı, karın ağrısı bulantı, kusma eşlik edebilir.	<ul style="list-style-type: none">Boğaz ağrısı, genelde hafif, yavaş gelişir.Ateş, miyalji, artralji eşlik edebilir.EBV enfeksiyonu ve Influenza'da karın ağrısı olabilir.

- Farenjiyel eritem ve eksüda
- Ağrılı, büyümüş anterior servikal lenf nodları
- Palatal peteşiler
- Tonsiller hipertrofi
- Kızıl döküntüsü
- Öksürük, burun akıntısı, ses kısıklığı ve konjunktivit yoktur.
- Genelde eksüda yoktur, bazılarında ülserasyon olabilir.
- Genelde minör, ağrısız adenopati
- Karakteristik ekzantemler
- Öksürük, rinit, ses kısıklığı ve konjunktivit eşlik edebilir.

Bakteriyel ve viral tonsillofarenjitlerin ayırıcı tanısında klinik belirti ve bulgular her zaman yol gösterici değildir. Mutlaka mikrobiyolojik tanıya gidilmelidir. Altın standart kültürdür, hastaya tanı konmasında hızlı tanı testleri de kullanılabilir. Hızlı tanı testleri yetişkinlerde pozitif sonuç veriyorsa streptokok tonsillofarenjitidir, negatif ise streptokok olasılığı tamamen ekarte edilir (Tablo 2). Çocukluk çağında ise pozitiflik streptokok tonsillofarenjitini gösterirken, sonucun negatif çıktığı durumlarda mutlaka kültür yapılarak bu durum teyit edilmelidir.

Mikrobiyolojik tanı olanaklarının (boğaz kültürü, hızlı antijen testi gibi) sınırlı olduğu durumda klinik değerlendirmeye dayalı bir puanlama sistemi olan "Centor Kriterleri ve Değerlendirmesi" erişkinler için ayırıcı tanıda kullanılabilir. Ancak çocuklarda GABHS'ların daha sık etken olması, Akut Romatizmal Ateş(ARA) gibi GABHS tonsillofarenjiti sonrası gelişen süpüratif olmayan komplikasyon oranının daha yüksek seyretmesi, klinik belirti ve bulguların ayırıcı tanıdaki özgüllüğünün daha düşük olması nedeniyle Centor kriterleri gibi klinik puanlamaya dayalı kriterler ayırıcı tanıda kullanılmamalıdır.

Centor Kriterleri (çocuklar için kullanılmamalıdır)

- Tonsillerde eksüda
- Ağrılı anterior servikal LAP
- Öksürük olmayışı
- Ateş

0-1 kriter varlığında: Mikrobiyolojik inceleme ve antibiyotik tedavisi gereksiz

2 veya daha fazla kriter varlığında:

- a. 2 kriter (+) ise; hızlı antijen testi yapılabilirse, sonuca göre tedavi verilir. Eğer yapılamıyorsa epidemiyolojik ve diğer klinik özellikler dikkate alınarak tedavi kararı alınır.
- b. 3 kriter (+) ise; hızlı antijen testi yapılabilirse, sonuca göre tedavi verilir. Eğer yapılamıyorsa antibiyotik tedavisi verilmelidir.
- c. 4 kriter (+) ise; antibiyotik tedavisi verilmelidir.

Mikrobiyolojik olarak kültür ve hızlı antijen testlerinin yapılabildiği durumda aşağıdaki yaklaşım şemasına göre davranılmalıdır.



Tedavi

Sadece GABHS'nin etken olduğu tonsillofarenjitlerde antibiyotik tedavisi verilmelidir. Hastanın ilk değerlendirilmesinde viral veya GABHS tonsillofarenjiti konusunda tam karar verilemiyorsa ve hastanın genel durumu beklemeye izin veriyorsa, semptomların başlangıcından itibaren ilk 9 gün içinde verilen antibiyotik tedavisinin ARA gibi bir komplikasyonu önleyebileceği her zaman akılda tutulmalıdır. Tedavideki amaç, süpüre olmayan komplikasyonların (ARA) önlenmesidir. Bu nedenle tedavi süresi streptokoku eradike etmeye yönelik olduğundan, ilaçlar için önerilen tedavi sürelerine mutlaka uyulmalıdır.

GABHS tonsillofarenjitinin tedavisi penisilindir. Dünyada penisiline dirençli GABHS rapor edilmemiştir.

Yetişkinler İçin Önerilen Tedavi

Penisilin	Pen V	3x 1.000 000 U	10 gün
	Benzatin penisilin	1.200 000 U İM	tek doz

Tedavi öncesi penisilin alerjisi çok dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Penisilin alerjisi varlığında eritromisin kullanılmalıdır.

Çocuklar İçin Önerilen Tedavi

Penisilin	Pen V	400 000 U (250 mg/ 3-4 doz)	10 gün (27 kg altındaysa)
		800 000 U (500mg/ 3-4 doz)	10 gün (27 kg ve üzeri)

Veya

Amoksisilin	40 mg/kg	2-3 dozda	10 gün
--------------------	----------	-----------	--------

Hastanın 10 günlük oral tedaviye uyum sorunu olasılığının olduğu durumlarda tedavi seçeneği İM tek doz Benzatin Penisilin olmalıdır.

Benzatin Penisilin	27 kg ve üzeri için	1.200 000 U	İM	tek doz
	27 kg altı için	600 000 U	İM	tek doz

Tedavi öncesi penisilin alerjisi çok dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır. Penisilin alerjisi varlığında eritromisin kullanılmalıdır.

Kaynaklar

1. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis 2002;35:113-25.
2. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: Background. Ann Intern Med 2001;134:509-17.
3. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB, et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute streptococcal pharyngitis. Circulation 2009;119:1541-51.