

(z. B. Cefadroxil) für 5 Tage gegeben werden. Jugendliche ab 15 Jahren erhalten orales Penicillin V 3 × 0,8–1,0 Mio. IE/d.

Bei adäquater Therapie sind die meisten Patienten innerhalb der ersten 48 Stunden beschwerdefrei und müssen vorab darauf hingewiesen werden, dass das Antibiotikum trotz Symptomfreiheit wegen möglicher Resistenzbildung bis zum Ende der Therapiedauer eingenommen werden muss.

Wann besteht eine Op.-Indikation?

Entscheidungsgrundlage für die Empfehlung zur Operation ist die Zahl der „Episoden“ der letzten 12 Monate. Eine Indikation zur Operation besteht nach 6 Episoden. Waren es zwischen 3 und 5 Episoden, sollte man noch 6 Monate abwarten. Sollte bis dahin die Anzahl 6 erreicht werden, kann eine Operation erwogen werden. Als Episode gilt stets eine ärztlich diagnostizierte und mit Antibiotika behandelte eitrige Tonsillitis. Außerdem gilt eine Tonsillengröße mit einem Brodsky-Grad > 1 (Einengung des Oropharynxdurchmessers um $\geq 25\%$) als Voraussetzung für eine Tonsillotomie-Indikation bei rezidivierender Tonsillitis von Kindern und Jugendlichen.

Wegen des erheblichen Risikos für Nachblutungen und wegen Schmerzen nach vollständiger Entfernung der Mandeln wird immer häufiger zur Teilentfernung geraten, da sich die jährlichen Halsschmerzepisoden nach dem Eingriff in ähnlichem Ausmaß wie nach einer Tonsillektomie reduzieren.

Zur Therapie des Peritonsillarabszesses werden Nadelpunktion, Inzisionsdrainage und Abszessonsillektomie sowie eine simultane Antibiotikatherapie empfohlen.

Dr. Christine Starostzik

■ Quellen:

S2k-Leitlinie 017/024: Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln – Tonsillitis 08/2015
Halsschmerzen. DEGAM-Leitlinie Nr. 14, Okt. 2009
Wächtler H, Chenot JF. Die Halsschmerz-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. HNO 2011;59:480–84.

Erstmals konkrete Stellungnahme zur operativen Therapie

„Wenn möglich immer die Tonsillotomie vorziehen“

Man braucht die komplette Tonsillektomie eigentlich nur in Ausnahmefällen, so Prof. Dr. med. Reinhard Berner vom Universitätsklinikum Carl Gustav Carus. Wir unterhielten uns mit ihm über die neuesten Empfehlungen zur Behandlung der Tonsillitis.



Prof. Dr. med. Reinhard Berner
Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendmedizin
Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus, Dresden



MMW: Welches sind die wesentlichen Neuerungen der Leitlinie zur Therapie der Tonsillitis gegenüber der DEGAM-Leitlinie „Halsschmerzen“ von 2009?

Berner: Die Inhalte der DEGAM-Leitlinie sind im Wesentlichen in die aktuelle Version der AWMF-Leitlinie eingeflossen. Schon in der DEGAM-Leitlinie wurde ja betont, man sollte nicht bei jedem Halsschmerz gleich den Verdacht auf eine Streptokokken-A-Infektion haben, die zwingend behandelt werden muss, um Folgeerkrankungen wie ein akutes rheumatisches Fieber zu verhindern. Die aktuelle Leitlinie nimmt zusätzlich konkret Stellung zur Indikation für eine operative Therapie und gibt dazu Empfehlungen. Die Indikation wurde bislang sehr individuell und sehr unterschiedlich gestellt. Zudem wird nun der Stellenwert der Tonsillotomie anstelle der Tonsillektomie betont.

MMW: Soll jede Streptokokkenangina sofort antibiotisch therapiert werden?

Berner: Bezüglich der antibiotischen Therapie wird empfohlen, wenn die klinischen Kriterien nach dem McIsaac-

bzw. Centor-Score erfüllt und sich Patient oder Eltern und Arzt einig sind, dass das Kind bei positivem Testausgang auch behandelt wird, dann soll man einen Erregernachweis durchführen. Werden A-Streptokokken nachgewiesen, ist nicht mehr eine zehntägige, sondern eine siebentägige Antibiotikatherapie indiziert. Aber die Empfehlung zur Therapie ist nicht mehr imperativ wie früher. Sie hängt sicher auch – jedenfalls sofern die McIsaac-Kriterien erfüllt sind – von der Schwere des Krankheitsbilds ab. Eine leichte Tonsillitis muss man vielleicht auch nicht behandeln. Sagen die Eltern andererseits, wir möchten unser Kind sowieso nicht behandeln lassen, weil es vielleicht schon so häufig Antibiotika bekommen hat, dann brauche ich auch keinen Test durchzuführen.

MMW: Wie hoch schätzen Sie den Anteil operierter Kinder, bei denen eine Tonsillotomie genügen würde?

Berner: Ich bin zwar kein HNO-Arzt, ich würde aber behaupten, dass dies für praktisch alle gelten müsste. Man braucht die komplette Tonsillektomie eigentlich nur in Ausnahmefällen, etwa bei einem einseitigen Peritonsillarabszess, der im Kindesalter extrem selten ist. Eine Tonsillotomie ist wegen des geringeren Risikos wenn möglich immer vorzuziehen.

Interview: Dr. Christine Starostzik