



TONSİLLOFARENJİT

BİRİNCİ BASAMAĞA YÖNELİK TANI VE TEDAVİ REHBERİ

2003

Tonsillofarenjit, farenks ve tonsillerin enfeksiyonudur. Tonsillofarenjit erişkinde %90, çocukluk çağında %60-75 oranda virüslerle oluşur.

Virüs nedenli tonsillofarenjit kendiliğinden iyileşir; tedavide antibiyotiklerin yeri yoktur.

Virüslerin neden olmadığı tonsillofarenjitlerin hemen hepsinde etken A grubu beta-hemolitik streptokoktur (AGBHS). Akut romatizmal ateş ve glomerulonefrit gibi komplikasyonların önlenmesi için, AGBHS nedenli tonsillofarenjitlerin uygun antibiyotikle ve uygun sürede tedavisi gereklidir. Bu durum, doğru tanı konarak, AGBHS tonsillofarenjiti olgularının tedavi edilmesini, diğer hastalarda da gereksiz antibiyotik kullanımının önlenmesini zorunlu kılar.

Tanı

Ateş, boğazda yanma-karıncalanma-ağrı, farenks-tonsil hiperemi veya eksüdası temel belirti ve bulgulardır.

Ateş, halsizlik, iştahsızlık, çocuklarda emme-yeme isteksizliği, baş ağrısı viral tonsillofarenjitte ilk ortaya çıkan ve bir-iki gün içinde giderek şiddetlenen belirtilerdir. AGBHS tonsillofarenjitindeyse bu semptomlar saatler içinde ortaya çıkabilir.

AGBHS tonsillofarenjiti tanısı için aşağıdaki belirti ve bulguların hepsinin varlığı aranır:

- Ateş
- Ağrılı ön servikal lenfadenopati
- Tonsiller üzerinde eksüda ve/veya membran
- Burun tıkanıklığı-akıntısı, hapşırma, ses değişikliği, öksürük, konjonktivit bulunmaması **(Sadece bu semptomların varlığı etkenin virus olduğunu düşündürür.)**

Şiddetli boğaz ağrısı, yutkunma güçlüğü ve ağrısı daha çok AGBHS tonsillofarenjitinde görülür.

Kesin tanı kültürde AGBHS üretilmesiyle konur.

Ayırıcı tanı

- Ağrısız servikal veya yaygın lenfadenopati, splenomegali, makülopapüler döküntü varlığında enfeksiyöz mononükleoz olasılığı düşünülmelidir.
- Kaldırınca kanayan gri-yeşil membran varlığında difteri olasılığı düşünülmelidir.

Tedavi

AGBHS tonsillofarenjitinin uygun tedavisi hastalık süresini kısaltır, etkenin başkalarına bulaşmasını azaltır, süpüratif (retrofarengeal apse, peritonsiller apse, süpüratif lenfadenit gibi) ve süpüratif olmayan (akut romatizmal ateş ve akut poststreptokokkal glomerulonefrit) komplikasyonlar engellenir.

Benzatin penisilin:

Tek doz, kas içine

<27 kg 600.000 ü

>27 kg 1.200.000 ü

ya da

Penisilin V:

Çocukta 50.000 ü/kg/gün

Erişkinde 2-3 milyon ü/gün

İki veya üçe bölünerek, ağızdan 10 gün

Penisilin alerjisi varsa;***Eritromisin:***

Çocukta 40 mg/kg/gün 2-4 dozda

Erişkinde günde 2-4 kez 500 mg

En çok 1 gr/gün, ağızdan 10 gün

Semptomatik tedavi***Parasetamol:***

Çocukta 10 mg/kg/doz, gerekirse 4-6 saat arayla tekrarlanır. (en çok 60 mg/kg/gün)

Erişkinde en çok 4 gr/gün

İzlem

Hasta süpüratif ve süpüratif olmayan komplikasyonlar yönünden izlenmelidir.

Sevk

- Retrofarengeal veya peritonsiller apse
 - Tedaviye yanıtızlık
- durumlarında hasta sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Cooper RJ, Hoffman JR, Bartlett JG, Besser RE, Gonzales R, Hickner JM, Sande MA. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Pharyngitis in Adults: Background. Ann Intern Med 2001;134:509-17.
2. Hayes CS, Williamson H Jr. Management of Group A Beta-hemolytic Streptococcal Pharyngitis. Am Fam Physician 2001;63:1557-64.
3. Lan AJ, Colford JM, Colford JM Jr. The Impact of Dosing Frequency on the Efficacy of 10-day Penicillin or Amoxicillin Therapy for Streptococcal Tonsillopharyngitis: A Meta Analysis. Pediatrics 2000;105:E19.
4. Snow V, Mottur-Pilson C, Cooper RJ, Hoffman JR. Principles of Appropriate Antibiotic Use for Acute Pharyngitis in Adults. Ann Intern Med 2001;134:506-8.