

Welches Behandlungsziel: Streptokokkeninfekt oder Halsschmerzen?

Kommentar zu Maaß S et al.: Diagnostik und Therapie bei Halsschmerzpatienten in der Hausarztpraxis: eine Beobachtungsstudie

Which Treatment Goal: Streptococcal Infection or Sore Throat?

Commentary to Maaß et al.: Diagnostics and Therapy of Sore Throat Patients Presenting in Primary Care: an Observational Study

Jean-François Chenot

Nur ein kleiner Teil der Menschen mit Halsschmerzen sucht ärztliche Hilfe. In dieser Ausgabe wird von Maaß et al. erstmals die Versorgung von Patienten mit Halsschmerzen in der Hausarztpraxis in Deutschland (Schleswig-Holstein) intensiver beschrieben.

Bei der Bewertung des Managements von Halsschmerzen steht die Frage im Vordergrund, wie man die Behandlung mit Antibiotika am besten auf den kleinen Anteil von Patienten mit bakterieller Infektion begrenzt. Die wichtigsten Gründe dafür sind Nebenwirkungen und Vermeiden von Resistenzentwicklungen durch rationalen Gebrauch von Antibiotika.

Klinisch ist das sichere Erkennen von bakteriellen Racheninfektionen auch mit Entscheidungsregeln, wie mit dem in der DEGAM-Leitlinie empfohlenen Centor-Score, unsicher [1]. Der Anteil der bakteriellen Infektionen wird deutlich überschätzt. Schnellteste verbessern die Entscheidung nicht notwendigerweise, sind aber unter dem Aspekt Kosten, fachgerechte Durchführung und asymptomatischer Streptokokken-träger nur eingeschränkt praktikabel [2]. Unter diesem Blickwinkel könnte man, wenn man von der erratischen Auswahl an Antibiotika absieht, mit dem Anteil der antibiotisch behandelten Patienten in der Studie zufrieden sein.

Vielleicht sollte man die Grundfrage aber radikal anders stellen, wie es die Kolleg/innen aus Göttingen, Hannover, Freiburg, Bremen und Hamburg beim „Brennen beim Wasserlassen“ getan haben, und

den Konsultationsanlass „Schmerzen“ ernst nehmen. Sie fanden, dass Ibuprofen bei Harnwegsinfekten Antibiotika gleichwertig ist [3]. Antibiotika sind keine Schmerzmittel, eine schnelle Schmerzlinderung ist von ihnen nicht zu erwarten, die stärkste Wirkung auf die Schmerzen entfalten sie erst am dritten Tag. Der Cochrane Review nimmt eine durchschnittliche Verkürzung der Symptome um 16 Stunden an [4]. Die Wirkung lokaler und systemischer Schmerzmittel bei Halsschmerzen tritt oft innerhalb einer Stunde ein [5].

Wie gefährlich ist es, wenn auf eine antibiotische Behandlung der ca. 10–20 % bakteriell bedingten Halsschmerzen zunächst verzichtet wird und damit auch auf den Versuch, diese erkennen zu wollen? Die extrem seltenen nicht-eitrigen Komplikationen rheumatisches Fieber und Poststreptokokkenglomerulonephritis sind in unserer epidemiologischen Situation kein rationales Argument für Antibiotika. Aus den Placebogruppen der Antibiotikastudien und Beobachtungsstudien wissen wir, dass sich eitrige Komplikationen wie z.B. der im hausärztlichen Setting ebenfalls relativ selten vorkommende peritonsilläre Abszess mit Antibiotika nicht nennenswert reduzieren lassen [4, 6]. Deshalb empfiehlt die DEGAM-Leitlinie Halsschmerzen, vor dem Centor-Score abzuschätzen, ob von einer antibiotischen Behandlung für den Patienten überhaupt eine bedeutende Verbesserung zu erwarten ist.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Jean-François Chenot, MPH
Abteilung Allgemeinmedizin
Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald
Fleischmannstraße 42-44
17475 Greifswald
Tel.: 03834 86-22282
jchenot@uni-greifswald.de

Literatur

1. DEGAM Leitlinie Halsschmerzen 2009. www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/LL-14_Kurzversion.pdf (letzter Zugriff am 13.5.2016)
2. Little P, Hobbs FD, Moore M, et al.; PRISM investigators. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). *BMJ*. 2013; 347: f5806
3. Gágyor I, Bleidorn J, Kochen MM, Schmiemann G, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. *BMJ* 2015; 351: h6544
4. Spinks A, Glasziou PP, Del Mar CB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 11: CD000023
5. Thomas M, Del Mar C, Glasziou P. How effective are treatments other than antibiotics for acute sore throat? *Br J Gen Pract* 2000; 50: 817–20
6. Little P, Stuart B, Hobbs FD, et al.; DESCARTE investigators. Predictors of suppurative complications for acute sore throat in primary care: prospective clinical cohort study. *BMJ* 2013; 347: f6867