

A-GRUBU BETA HEMOLİTİK STREPTOKOKLARIN NEDEN OLDUĞU AKUT TONSİLLOFARENJİTLERDE TANI VE TEDAVİ

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF TONSILLOPHARYNGITIS CAUSED BY
GROUP A-BETA HEMOLYTIC STREPTOCOCCI

Ayça Vitrinel¹

Özet

Pediyatrik tonsillofarenjitlerin etiolojisinde önemli bir yer tutan A-grubu beta hemolitik streptokokların tanı ve tedavisi tartışıldı.

Anahtar sözcükler: Tonsillofarenjit, çocukluk çağı, A-grubu beta hemolitik streptokoklar

Summary

The diagnosis and treatment of group A-beta hemolytic streptococcus infection, that is the most important etiological agent of tonsillopharyngitis in childhood are discussed.

Key words: Tonsillopharyngitis, childhood, group A-beta hemolytic streptococci

Akut tonsillofarenjit, sık raslanan çocukluk çağı hastalıklarındandır. A grubu beta hemolitik streptokoklar (AGBHS) pediyatrik tonsillofarenjit etiolojisinde önemli bir yer tutar.¹ En sık 5 ile 15 yaşları arasında görülür ve tüm olguların %25'inden fazlasını teşkil eder. Çoğunlukla komplikasyonsuz seyrederken tedavisiz bırakıldığında tonsiller abse, sellülit ve akut romatizmal ateş (ARA) gibi komplikasyonlara neden olabilir.²⁻⁴ Bu yüzden erken tanı ve tedavi önem kazanır.¹

Streptokokkal tonsillofarenjit, en sık streptokokkal respiratuvar hastalıkların görüldüğü kış aylarında ortaya çıkar. İnsidansı eylül ayından itibaren artmaya başlayarak kış aylarında en yüksek seviyeye çıkar.⁵ Enfeksiyon, solunum yoluyla, damlacıklarla bulaşır. Akut streptokok enfeksiyonu geçirmekte olan bireyler, ön burun boşluğunda bulunan çok sayıda mikroorganizmayı yakın te-

masta buldukları kişilere bulaştırmaya yatkındırlar. Buna karşılık üst solunum yolu enfeksiyonu olan ve az sayıda mikroorganizmanın bulunduğu bireylerde bulaştırıcılık daha azdır. Bulaşık besinlerin (özellikle süt, dondurma, diğer süt ürünleri, yumurta ve yumurta içeren besinler) ve kontamine suyun epidemilere yolaçabildikleri bildirilmiştir. Kalabalık aileler, okullar, askeri kışlalar, kreş ve yuvalar hastalığın yayılmasını kolaylaştırır. Yayılmada taşıyıcıların da rolü büyüktür.⁶⁻⁸

Streptokokların farens ve tonsile nasıl invaze olduğu tam olarak anlaşılammışsa da A grubu streptokokların salgıladığı eritrojenik toksin, hemolizin, streptokinaz, deoksiribonükleaz, proteinaz, hiyalüronidaz gibi ekstrasellüler faktörlerin patojenezde rol oynadığı kabul edilmektedir.

Grup A streptokokkal farenjit, baş ağrısı ve kusma şikayetleriyle başlar. Bu bulgulara 39°C'yi geçen yüksek

¹⁾ Haydarpaşa Numune Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Şef Yardımcısı, Doç. Dr.

ateş eşlik edebilir. Başlangıç şikayetlerinin ardından tonsiller ve farenkste hiperemi, ödem, eksüda (%50-90), ağrılı servikal lenfadenopati, palatal peteşi tespit edilir. Doğru lezyonlarının (ortası sarı renkte, kabarık kırmızı veya hemorajik lezyonlar) görülmesi streptokokkal farenjit tanısını kuvvetle desteklese de bu bulgu hastaların ancak %10'unda görülebilir.⁵ 1977 yılında Breese, streptokokkal farenjitleri tanımlamak için basit bir puanlama sistemi geliştirmiş, 892 hastaya uygulandığında %80 oranında doğruluk saptamış ve bu puanlama sisteminin klinik tanıda başvurulabilecek bir metod olduğuna karar vermiştir.⁹

Streptokokkal tonsillofarenjite boğaz kültürü en yararlı ve en önemli tanı yöntemidir. Dikkatlice alınmış ve iyi ekim yapılmış bir kültürün doğruluk derecesi %95'tir.⁵ Boğaz kültürü için en uygun yer her iki tonsilin üstü ve farenks arka duvarıdır. Pozitif kültür genellikle akut streptokokkal infeksiyon göstergesi olup, aynı zamanda taşıyıcılığı da gösterebilmektedir.

Son yıllarda tanıda, boğaz sürüntüsünden streptokoksik antijen tayinine dayanan "Rapid Antigen Detection Test" kullanılmaya başlanmıştır. Spesifitesi %98-99, sensitivitesi ise %70 civarındadır. Pozitif bulgu tanıyı destekler, negatiflik tanıyı ekarte ettirmedüğinden boğaz kültürü ile doğrulanmalıdır.

Bunların dışında streptokokkal antijen ile karşılaşmayı takiben konakçının immünolojik cevabı, antistreptolizin O (ASO) titresi ölçülebilir. Tedavi edilmemiş streptokokkal farenjitli çocukların %80'inden fazlasında ilk üç hafta içerisinde ASO titresi artarsa da bu şekildeki antikör çalışmalarını genellikle retrospektif tanıda yardımcı olur.

Streptokokkal tonsillofarenjit, 3-5 günde kendiliğinden geçen bir hastalık olmasına karşın oluşturduğu önemli yan etkileri nedeniyle mutlaka tedavi gerektirir. ARA'yı engellemek için bakteriyel eradikasyonun sağlanması çok önemlidir.⁹ A grubu beta hemolitik tonsillofarenjit tedavisinin 24-72 saat hatta 9 güne kadar gecikmesinin ARA riskini arttırmadığı biliniyorsa da semptomların düzelmesi ve bulguların erkenden kaybolması nedeniyle erken tedavi önerilmektedir.¹⁰⁻¹² Etkili bir antibiyotik tedavisinde 24-48 saat içinde klinik cevap görülmesi, 8 saat içinde ateş düşmesi, rekürrens ve devamlı taşıyıcılığı önlemek için mikrobiyolojik başarısızlık düşük olmalı, grup A streptokok farenjitinin süperatif komplikasyonları önlenmeli ve tedaviye uyum iyi olmalıdır.¹³

Streptokokkal infeksiyon tedavisi için seçilecek ilk antibiyotik penisilindir. Streptokokkal tonsillofarenjitli çocuklar on gün penisilin G veya penisilin V ile tedavi edilmelidir. Tek doz uzun etkili benzatin penisilin G kullanımını relapsları önlemek açısından önemlidir. Eritromisin, penisiline allerjik hastalarda kullanılabilir alternatif bir ilaçtır. Dirençlilik oranı %25-30 arasındadır. Bu yüksek oran, kullanım kolaylığı olan yeni makrolidlerin alternatif tedavi olarak düşünülmesi gerekliliğini ortaya

koyar. Bunun haricinde klindamisin, sefadroksil monohidrat, sefalekssin, sefaklor, sefuroksim aksetil, sefiksim penisiline allerjik hastalarda kullanılabilir. Bu hastalarda oral sefalosporinlere karşı da reaksiyon gelişebileceği akıld tutulmalıdır. Genelde penisilin haricindeki ilaçlarla relaps hızı daha azdır. %5-20 çocukta⁴ penisilin tedavisinden sonra başarısızlık görülür. Bu, oral kullanımda daha siktir. Bu gibi durumlarda beta laktamaz üreten organizmalara karşı aktif antibiyotiklerle tedavi önerilir.¹¹

Penisilin tedavisinden sonra boğaz kültürünün tekrarı yüksek risk gruplarında önerilir (örnek: ARA hikayesi olan hastalar). Boğaz kültüründe tekrar üreme olursa ikinci bir tedavi kürü önerilmektedir. İkinci kürden sonra da pozitiflik saptanması taşıyıcılık durumunu yansıtır ki, bu da %5-20 oranında görülür.⁵ Taşıyıcıların komplikasyon riski yoktur ve bulaştırma riski akut infeksiyonlara göre daha azdır.⁹

Kaynaklar

1. Klein JO. Current issues in upper respiratory tract infections in infants and children: rationale for antibacterial therapy. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 5-8.
2. Pichichero ME. The rising incidence of penicillin treatment failures in group A streptococcal tonsillopharyngitis: an emerging role for cephalosporins? *Pediatr Infect Dis J* 1991; 10: 50-5.
3. Taranta A, Markowitz M. Rheumatic Fever. 2. baskı Dordecht, The Netherlands: Klisver, 1989.
4. Tadd J. Streptococcal infections. Nelson Textbook of Pediatrics'de. Ed. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Philadelphia, Saunders Company, 1996; 750-5.
5. Kanra G. Üst solunum yolları infeksiyonları. İnfeksiyon Hastalıkları'nda. Ed. Kanra G, Akalın HE. Ankara, Feryal, 1993; 66-91.
6. Brooks GF, Budel JS, Ornston LH ve ark. The streptococci. Jawetz Malnick-Adelberg's Medical Microbiology'de. Ed. Brook GF. Connecticut, Prentice Hall International Inc, 1991; 200-8.
7. Kaplan EL, Krugman S. Streptococcal infections. Infectious Diseases of Children'da Ed. Krugman S, Katz SL, Gershon AA, Wilfert CM. St. Louis, Mosby, 1992; 474-86.
8. Seçmeer G. Grup A beta hemolitik streptokoklara bağlı faringotonsillit. *Katkı Pediatri Dergisi* 1993; 6: 583-94.
9. Funamura JL, Berkowitz CD. Applicability of a scoring system in the diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Clin Pediatr* 1983; 22: 622-6.
10. Steele RW. Respiratory infections. Pediatric Infectious Disease'de. London, The Parthran Publishing Group, 1994, 155-75.
11. Tuncer AM, Kunak B, Kırsaç N ve ark. Akut farenjite A grubu hemolitik streptokok sıklığı, penisilin tedavisi ile başarısız olgularda sefadroksil, klavulonik asitle kombine amoksisilin ve eritromisin ile alınan sonuçlar. *Mikrobiyoloji Bülteni* 1987; 21: 171-7.
12. Vahaboğlu H, Mülazımoğlu L, Dodalı S ve ark. Streptokoksik farenjit tanısında çabuk tanı testlerinin maliyet/etkinlik değeri. *İstanbul Çocuk Kliniği Dergisi* 1993; 28(3): 181-4.
13. Kanra G. İnvaziv grup A streptokok hastalıkları. *Katkı Pediatri Dergisi* 1993; 6: 595-610.

Geliş tarihi: 03. 08. 1997

Kabul tarihi: 18. 09. 1997

İletişim adresi:

Doç. Dr. Ayça Vitriuel

Haydarpaşa Numune Hastanesi Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Kliniği

Haydarpaşa İSTANBUL

Tel: (0216) 345 46 80