

Akut Tonsillofarenjit
Acute Tonsillopharyngitis
¹Özgür Günel, ¹H. Şener Barut

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Tokat

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Özgür Günel

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi,

İnfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.

60100 Tokat, Türkiye

Tel: +90 356 212 9500-1283

GSM: +90 5052543167

Fax: +90 356 2133179

E-mail: ozgurgop@yahoo.com

Özet

Tonsillofarenjit; farenjit, tonsillit ve nazofarenjit tanımlarını kapsayan, enfeksiyon ve enfeksiyon dışı nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilen, farenks ve tonsillerin inflamatuvar hastalığıdır. Tonsillofarenjitin toplum sağlığı açısından önemi, gelişebilen süpüratif ve non-süpüratif komplikasyonlar ile bakteriyel ve viral etkenlerin ayrımındaki güçlük nedeniyle gereksiz antibiyotik kullanımınıdır. Akut tonsillofarenjite neden olan mikroorganizmalar en sık virüsler olup, ikinci sıklıkla bakteriler gelmektedir. Hastaların yaklaşık %30'unda ise etken saptanamamaktadır. Bu makalede akut tonsillofarenjit'ler güncel bilgiler ışığında irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tonsillofarenjit, etyoloji tedavi

Abstract

Tonsillopharyngitis, the entity which includes pharyngitis, tonsillitis or nasopharyngitis and being able to occur due to non-infectious causes, is the inflammatory disease of the pharynx and tonsils. Tonsillopharyngitis is important in terms of public health because of suppurative and non-suppurative complications and the unnecessary use of antibiotics due to the difficulty in distinguishing between bacterial and viral agents. Viruses are the most common microorganisms causing acute tonsillopharyngitis and bacteria are in second place. The etiology can not be identified in approximately 30% of patients. In this article, acute tonsillopharyngitis was examined in the light of current knowledge.

Key Words: Tonsillopharyngitis, etiology, treatment

Giriş

Akut tonsillofarenjit değişik mikroorganizmaların yol açtığı, akut inflamasyonla seyreden, farinksi ve tonsilleri etkileyen üst solunum yolu hastalığıdır. Klinisyenlerin günlük pratiklerinde en sık karşılaştıkları klinik tablolardan birisidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık poliklinik sayısı 12 milyon civarındadır (1).

Tonsillofarenjit toplum sağlığı açısından iki ayrı öneme sahiptir. İlki *S.pyogenes*'in neden olduğu akut tonsillofarenjitlere bağlı gelişebilen süpüratif (Peritonsiller apse, sinüzit, mastoidit, otitis media, endokardit, menenjit, pnömoni) ve non-süpüratif (ARA ve Poststreptokoksik glomerulonefrit) komplikasyonlar, ikincisi ise bakteriyel ve viral etkenlerin ayrımındaki güçlük nedeniyle gereksiz antibiyotik kullanımınıdır (2).

Mikrobiyoloji

Akut tonsillofarenjite neden olan mikroorganizmalar; %50 olasılıkla en sık

virüsler olup (en sık Rino virüs), %20 sıklıkla bakteriler (en sık Grup A streptokoklar) ikinci sırayı almaktadır. Hastaların yaklaşık %30'unda ise etken saptanamamaktadır. Etkenler ayrıntılı olarak Tablo 1'de verilmiştir (3).

Erişkin yaş grubu farenjitlerinin %90'ı, çocuk yaş grubu farenjitlerinin %60-75'i viral etkenlerle ortaya çıkmaktadır. Kliniği hafif farenjit bulguları ile seyreden olguların büyük bir kısmından rinovirüs ve koronavirüs sorumludur. İnfluenza tüm yaş gruplarında görülürken, parainfluenza çocuklarda, EBV ve HSV ise genç erişkinlerde daha sık görülür. Adenovirüsler toplu yaşam alanlarında enfeksiyon etkenidirler (4).

Bakteriyel farenjit sıklıkla kış aylarında görülür. AGBHS farenjitleri en sık 5-15 yaş aralığında görülür. Sıklıkla hava yolu ve yakın temasla bulaşabilirdiği gibi deri lezyonlarından da bulaşabilir. C ve G grubu beta hemolitik streptokoklar, besin kaynaklı farenjit salgınlarına neden olabilmektedir (5).

Tablo 1: Akut tonsillofarenjit etkenleri

Etkenler		Görülme sıklığı (%)
Sık görülen bakteriyel etkenler	Grup A*, C ve G streptokoklar	15
Daha nadir görülen bakteriyel etkenler	Chlamyphila pneumoniae (TWAR) Mycoplasma pneumoniae Arcanobacterium haemolyticum Corynebactrium diphtheriae Fusobacterium necrophorum Neisseria gonorrhoeae Treponema pallidum Francisella tularensis	<5
Virüsler	Rhinovirus * Adenovirus Influenza A and B Parainfluenza Coxsackievirus Coronavirus Echovirus Herpes simplex virus Epstein Barr virus Human immunodeficiency virus Cytomegalovirus Respiratory syncytial virus Metapneumovirus	50
Patojen tespit edilemeyen		30

Patogenez

Adenovirüs, koksaki virüs ve diğer solunum yolu virüslerinin farenks mukozasına direkt invazyon yoluyla enfeksiyon oluşturduğu düşünülmektedir. Viral farenjit olgularında sık görülen patolojik değişiklikler, tonsil ve farenks mukozasında ödem ve hiperemidir. Streptokoklara bağlı farenjitin ortaya çıkışında etkenin epitel hücrelerine yapışması, kolonizasyonu ve invazyonu gerekmektedir. Streptokok fimbriyaları üzerinde bulunan lipoteikoik asit, epitel hücre yüzeyinde bulunan fibronektine özgün olarak bağlanır ve kolonizasyonda rol oynar (aktif enfeksiyon ve/veya kolonizasyon). M proteini ve hyalüronik

asit virülen suşlarda bulunur ve fagositoza karşı direnci sağlar (4).

Klinik bulgular

Akut tonsillofarenjitte en sık bulgu özellikle yutkunma ile olan boğaz ağrısıdır. Ateş genellikle vardır ve ateşe halsizlik ve baş ağrısı da eşlik edebilir. Hastalarda hassas servikal lenfadenopati ve buna bağlı boyun ağrısı görülebilir. Özellikle çocuklarda baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı ve kusma tabloya eklenebilir. Eğer etken viral ise hastalarda ek olarak üst solunum yolu enfeksiyonunun diğer bulguları olan; nazal konjesyon, burun akıntısı, ses kısıklığı, orbital ağrı ve öksürük görülebilir (6).

Hastalarda nadiren yutkunmada aşırı zorlanma, tükürüğünü yutamama ve konuşamama şikayetleri görülebilir. Böyle durumlarda peritonsiller apse, derin boyun enfeksiyonu, epiglottit ve Ludwig's anjini gibi klinik tabloları akla getirmek gerekir (6,7). Fizik muayenede; faringeal eritem, tonsillalarda hipertrofi ve pürülan eksuda görülür. Anterior servikal lenf nodları büyümüş ve hassastır. Yumuşak damakta peteşiler görülebilir. Tonsillerde asimetri varsa veya uvulada bir yöne deviasyon mevcutta peritonsiller apse öncelikle düşünülmelidir (6,8).

Eritrojenik toksin üreten AGBHS türleri ile ortaya çıkan kızıl tablosunda döküntüleri izleyen deskuamasyon görülür. Yine AGBHS'lere bağlı noninvaziv farenjit sonrasında streptokoksik toksik şok sendromu gelişebilir (4).

İnfluenza virüslerine bağlı farenjit olgularında yüksek ateş, bağ ağrısı, halsizlik, miyalji, boğaz ağrısı ve ses kısıklığı görülebilir. Bu hastaların farenks mukozası eritemli ve ödemli olabilir. Hastalarda farengeal eksuda ve ağrılı servikal LAP ise gözlenmez (4).

Adenovirüs farenjitinde eritem ve eksuda saptanabilir. Bu hastaların yaklaşık %30'unda konjunktivit görülebilir. Adenovirüs konjunktiviti folliküler tiptedir ve olguların ¼'ünde iki taraflıdır (4). Herpanjina, koksaki virüslerin neden olduğu farenjitin nadir görülen tiplerinden birisidir. Genellikle çocuklarda görülür ve yüksek ateş, yutma güçlüğü ve boğaz ağrısı ile seyreder. Fizik muayenede yumuşak damak, uvula ve tonsillerde 1-2 mm çaplı veziküller görülebilir (4).

EBV'ye bağlı infeksiyöz mononükleoz olgularının yarısı kadarında eksudatif

tonsillit ve farenjit gelişir. Bu hastalarda ateş, servikal lenfadenopati ve splenomegali tipik olarak görülür (4).

İnfeksiyon dışı tonsillofarenjitin en sık nedeni farinksin alerjik inflamasyonudur. Hastalarda mevsimsel veya çevresel alerjenlere karşı boğaz ağrısı şikayetleri görülebilir. Sigara içmek veya pasif sigara içiciliği non-infeksiyöz farenjit nedeni olabilir. Yine kış aylarında ev veya iş yerlerinin yetersiz havalandırılması da bu şikayetlere yol açabilir (6).

Tanı

Klinik bulgularla bakteriyel ve viral etkenlerin ayrımının yapılması çok zordur. GAS'a bağlı tonsillofarenjit tanısında CENTOR Kriterleri (Ateş, Tonsiller Eksuda, Öksürük Olmaması, Hassas anterior servikal LAP/ lenfadenit) kullanılabilir. Yapılan çalışmalarda hastalarda 3 veya 4 bulgunun olması halinde GAS tonsillofarenjitini gösterme açısından pozitif prediktif değeri %40-60 iken, 3'den az bulgu olması halinde negatif prediktif değeri %80 olarak bulunmuştur (9,10).

- a) Boğaz kültürü; *S.pyogenes*'in etken olduğu tonsillofarenjit tanısında boğaz kültürü altın standarttır. Kurallara uygun olarak alındığında (Boğaz sürüntüsü örnekleri her iki tonsil üzerinden ve farinks arka duvarından alınmalıdır) AGBHS'lerin saptanmasında %95 duyarlılığa sahiptir. Kültür plaklarındaki *S.pyogenes* kolonilerinin belirlenmesinde basitrasın duyarlılık testinin yapılması gerekir. Tedavi sonunda kontrol boğaz kültürü önerilmemektedir.

b) Hızlı antijen tarama testleri: 5-10 dk içerisinde sonuç verirler. Özgüllükleri %95 civarındadır (Pozitif çıkmaları halinde kesin tanı koydurur), duyarlılıkları ise %80-90 civarındadır (Yalancı negatiflik riski nedeniyle, negatif sonuçların boğaz kültürü ile doğrulanması önerilir).

c) Anti-streptolizin antikor testleri: Akut tonsillofarenjit rutin tanısında önerilmez. Ancak non-süpüratif komplikasyonlardan şüphelenildiği durumlarda, geçirilmiş streptokok enfeksiyonunu göstermede faydalıdır (11).

Tedavi

Viral tonsillofarenjitlerde normal konakta semptomatik tedavi yeterli olmaktadır. Bu amaçla gerektiğinde parasetamol, ılık tuzlu su ile gargara ve sıvı tedavisi uygulanabilir. İnfluenza A enfeksiyonunda erken dönemde amantadin ve rimantadin etkili olabilir (5)

GAS enfeksiyonu tedavisindeki amaçlar; süpüratif ve non-süpüratif

komplikasyonların önlenmesi, klinik semptom ve bulguların azaltılması, toplumda GAS yayılımının önlenmesi ve antimikrobiyal tedavinin yan etkilerinin azaltılması olmalıdır (12).

Penisilin alerjisi olmayan hastalarda penisilin veya amoksisilin ilk tercihken, alerjik hastalarda birinci kuşak sefalosporinler, klindamisin, klaritromisin veya azitromisin kullanılabilir. GAS tedavi önerileri Tablo 2’de verilmiştir (11). GAS farenjitinde uygun antibiyotik tedavisine ilave olarak özellikle yüksek ateşi olan hastalarda asetaminofen ve NSAİİ’ler kullanılabilir. Çocuklarda aspirin kullanımından kaçınılmalıdır. Kortikosteroid kullanımı ise önerilmemektedir (11).

Boğazında AGBHS taşıyan asemptomatik kişilerin tedavileri gereksizdir. Çünkü bunların defektif kökenler olduğu ve immünolojik reaksiyona neden olmadıkları gösterilmiştir. Bu hastalar değerlendirildiğinde klinik olarak viral enfeksiyon bulguları gösterdikleri, antibiyotik tedavisine yanıtlarının zayıf olduğu, ataklar arası boğaz kültürlerinde AGBHS ürettiği ve ASO ve anti-DNaz B negatif oldukları görülmektedir (11,12).

Tablo 2. Tedavi seçenekleri

Tedavi Seçeneği	Doz	Süre
Penisilin alerjisi yoksa		
Penisilin V, oral	2x500 mg	10 gün
Amoxicillin, oral	2x500 mg	10 gün
Amoksisilin-klavulanik asit, oral	3x500 mg	10 gün
Benzatin penisilin G, im	1.200.000 U	Tek doz
Penisilin alerjisi varsa		
Cephalexin, oral	20 mg/kg/doz, günde 2 kez (max: 500 mg/doz)	10 gün
Cefadroxil, oral	30 mg/kg, günde 1 kez (max: 1 g)	10 gün
Clindamisin, oral	7 mg/kg/doz, 3 eşit dozda (max: 300 mg/doz)	10 gün
Azitromisin, oral	1x500 mg	5 gün
Claritromisin, oral	7.5 mg/kg/doz, günde 2 kez (max: 250 mg/doz)	10 gün

Kaynaklar

- Schappert SM, Rechtsteiner EA. Ambulatory medical care utilization estimates for 2006. Natl Health Stat Report. 2008; :1.
- Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. Diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: a practice guideline. Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 1997;25:574-83.
- Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. 2007; 21:449.
- Jack M, Gwalney JR, Bisno AL. Pharyngitis. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R (eds). Principles and practice of Infectious Disease. 5th ed. Philadelphia: Chutthill Livingtone, 2000:656-62.
- Arda B, Ulusoy S. Tonsillofarenjitler. In: Üst solunum yolu İnfeksiyonlarının Tedavisi. Arman D, Ulusoy S ed. 3. Baskı, Bilimsel Tıp Yayınevi, Ankara 2003, pp:37-44)
- http://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-acute-pharyngitis-in-adults?source=related_link.
- Rafei K, Lichenstein R. Airway infectious disease emergencies. Pediatr Clin North Am. 2006; 53:215.

8. Szuhay G, Tewfik TL. Peritonsillar abscess or cellulitis? A clinical comparative paediatric study. J Otolaryngol. 1998; 27:206.
9. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis Making. 1981;1:239.
10. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004; 291:1587.
11. Stanford T. Shulman, Alan L. Bisno, et al. IDSA Guideline for GAS Pharyngitis. CID 2012:55)
12. Yamazhan T. Streptokoksik farenjit ve tonsillofarenjit. In:Gram pozitif bakteri enfeksiyonları. Ulusoy S, Usluer G, Ünal S (editörler). 2. Baskı. Bilimsel Tıp Yayın evi. Ankara, 2012:357-70