

## KRONİK TEKRARLAYICI TONSİLLOFARENJİT ETYOLOJİSİNİN SAPTANMASINDA HEKİM-HASTA-LABORATUVAR İLİŞKİSİ

İlhan TAŞ<sup>1</sup>, Demet KAYA<sup>2</sup>, Çetin KALELİ<sup>3</sup>

Uzun süreli tekrarlayan boğaz ağrısı ve ateş şikayetleri ile getirilen çocuklar rutin poliklinik yaşamının bir parçasıdır. Burada, bu hastalarla karşılaşan hekimin tanı ve tedavide hasta ve laboratuvar ile nasıl bir ilişki içinde olduğu ve bu ilişki çerçevesinde dikkat edilmesi gereken noktalar hatırlatılmaktadır. Kronik tekrarlayıcı boğaz ağrısı şikayeti ile getirilen çocuklarda hekimler sıklıkla Grup A Beta Hemolitik Streptokok (GABHS) infeksiyonlarından şüphelenirler. Akut GABHS infeksiyonlarında ateş, tonsillofaringeal eritem ve eksuda, hassas ön servikal lenfadenopati saptanır. Nazal akıntı ve öksürük yoktur. Bu hastalarda klinikte yanlış tanıyı engellemek için boğaz kültürü alınması, hızlı antijen aranması sıklıkla mikrobiyoloji laboratuvarlarından istenir. Boğaz kültürlerinde özellikle dikkat edilmesi gereken nokta uygun sürüntü materyalinin alınmasıdır. GABHS 'ları tanımlayan testlerin özgüllük oranı genellikle %90'dan fazladır. Bu hastalar için laboratuvardan gelen kültür sonuçları üzerinde hekimler genellikle GABHS pozitif kültür sonucu beklentisi içindedirler, oysa ki pik mevsimlerde bile çocukların en az %60'ında (Tablo), erişkinlerin en az %90'ında GABHS izole edilmez <sup>1,2,3</sup>.

**Tablo I.** Çocuklarda Farenjit Etkenleri ve Sıklığı

Etkenler	Sıklığı (%)
Bakteriyel	30-40
Grup A Streptokok	28-40
Grup C,G,F Streptokok	0-3
Neisseria gonorrhoeae	0-0.01
Arcanobacterium haemolyticus	0-0.05
Mycoplasma pneumoniae	0-3
Chlamydia pneumoniae	0-3
Viral	15-40
İdiopatik	20-55

Pozitif boğaz kültürü veya hızlı antijen tarama testi ile tek başına GABHS tonsillofarenjitli hasta ile GABHS kronik taşıyıcı olan hasta ayırımı

sağlanamaz. GABHS taşıyıcısı olduğundan şüphelenilen hastalarda asemptomatik evrede GABHS varlığının saptanması için hastadan tedaviden sonra tekrar kültür alınmalı ve akut infeksiyondan en az dört hafta sonra streptokoksik antikor düzeyleri izlenerek hastalığın başlangıcında tesbit edilen düzeylerle karşılaştırılmalıdır. Taşıyıcılarda GABHS'un tekrarlayan infeksiyonlara sebep olmasına rağmen genellikle infeksiyon hafif semptomludur. Bu kişilerde akut semptomların tedavisi için önerilen antibiyotik tedavisinin, streptokoksik antikor titresinde yükselmeyi baskılayarak testin yararlılığını engellediği göz önünde tutulmalıdır.

Tekrarlayan GABHS tonsillofarenjitinin en sık sebebi hastanın oral ilaçları düzenli almamasıdır. GABHS tonsillofarenjitinde en sık kullanılan antibiyotikler penisilin ve amoksisilin'dir. Akut infeksiyonlarda tedavi ile semptomlarda çabuk düzelme meydana gelmesi sebebi ile hastaların %50'si tedaviyi üçüncü günden önce kesmektedirler. Bu durumun söz konusu olduğu hastalarda enjektabl benzatin penisilin G veya uyumu artıran oral antibiyotik alternatifleri (azitromisin, sefuroksim gibi) düşünülebilir<sup>4</sup>. GABHS'un uygun antibiyotik tedavisi ile eradikasyonuna rağmen, zorunlu olarak okul, kreş, kalabalık aileler ve işyerleri gibi mikroorganizmanın yayılmasını sürdürdüğü çevrelere tekrarlayıcı maruziyet de sıklıkla karşımıza çıkar. Bu ortamlardaki asemptomatik kişilerin taranması yararlı olabilir.

Sık antibiyotik tedavisi alan hastalarda faringotonsiller bölgenin normal florası zarar görür. Alfa hemoletik streptokoklar bu bölgenin baskın normal florası olup, bu bakteriler tarafından doğal antibiyotik sınıfı da alternatif olarak değerlendirilebilir<sup>5</sup>. GABHS tanısında hızlı antijen testlerinin varlığı ile; hekimler GABHS tonsillofarenjiti için kısa zamanda antibiyotik vermektedirler. 24-28 saatlik tedavi gecikmesi konak savunmasının gelişimine izin vermekte ve akut romatizmal ateş riskini arttırmamaktadır. Erken tedavi ise tekrarlayıcı infeksiyonların bir sebebi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Şiddetli olmayan hastalarda bu durum da gözönüne alınabilir<sup>6,7</sup>.

GABHS'lar penisilin'e genellikle duyarlı olup direnç veya tolerans sözkonusu değildir. Bununla beraber ABD'de makrolid antibiyotiklere (eritromisin,

<sup>1</sup> Uzman Dr., Düzce Devlet Hastanesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, BOLU

<sup>2</sup> Doç.Dr., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, BOLU

<sup>3</sup> Prof. Dr. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, KBB Anabilim Dalı, BOLU

klaritromisin, azitromisin) % 2-8 arasında dirençten bahsedildiğini kaydetmek gerekir<sup>8</sup>. Kültür ile tesbit edilmesine ve uyumlu antibiyotik kullanımına rağmen yine de tedavide başarısızlık olabilir. Genellikle bu başarısızlık seçkin tedavi olan penisilin veya amoksisilin tedavisinden sonra karşımıza çıkmakta ve % 10-15 arasında değişmektedir. Bunun sıklıkla bu ajanlarla yakın geçmişte tedavi görmüş ve tekrarlamalarda da yine aynı antibiyotiği almış olan hastalarda olduğu unutulmamalıdır<sup>9</sup>. Penisilin ve amoksisilin; beta laktamaz üreten mikroorganizmaları (S.aureus, Moraxella catarrhalis, Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae) faringotonsiller bölgeden eradike edemez ve bunlar tarafından etkisizleştirilir. Bu mikroorganizmalar ile GABHS 'ların birlikte kolonize olmaları durumunda bu antibiyotikler ile yeterli tedavi sağlanamaz ve beta laktamaz'a dirençli antibiyotiklere geçilmesi gerekebilir. Tekrarlayıcı GABHS infeksiyonlarında uyum sorun ise benzetin penisilin G tercih edilmelidir. Hastalık oral penisilin veya amoksisilin ile tedavi edilmesine rağmen tekrarlıyorsa tedaviye aynı antibiyotik ile devam edilmemelidir. Bu hastalarda oral sefalosporinler (sefalekssin, sefaklor, sefiroksim gibi) tercih edilebilir. Oral sefalosporinler ile elde edilen klinik ve mikrobiyolojik iyileşme oranları genellikle penisilin ve amoksisilin ile elde edilen oranlardan daha yüksektir. Makrolid grupta eritromisin'in gastrointestinal sisteme olan etkileri sebebi ile hastalar sıklıkla tedaviyi tamamlamazlar, bu hastalarda azitromisin ve klaritromisin uygun alternatif olabilir.

Amoksisilin ve klavulanat potasyum kombinasyonu, beta laktamaz inhibitör etkininde eklenmesi sebebi ile , tek başına penisilin tedavisinden daha üstün sonuç verebilir. Taşıyıcı hastalarda GABHS'ların faringotonsiller bölgeden eradikasyonu için penisilin, amoksisilin veya sefalosporin ile kombine olarak klindamisin veya rifampin

kullanımı önerilebilir. Bununla beraber yan etkilerinin gözönüne alınması uygun olur<sup>10,11</sup>. Çocukta tonsil büyüklüğü cerrahi için bir endikasyon değildir. Uygun antibiyotik tedavisine rağmen 1 - 2 yıl içinde GABHS'lara bağlı olarak yedi tonsillofarenjit atağı tonsillektomi uygulanmasını düşündürülebilir<sup>11</sup>.

## KAYNAKLAR

1. Pichichero ME: Culture and antigen detection test for streptococcal tonsillopharyngitis. Am Fam Physician 45:199.1992.
2. Poses RM, Cebul RD, Collins M, et al: The accuracy of experienced physicians probability estimates for patients with sore throats: Implications for decision making JAMA 254:925, 1995
3. Pichichero ME : Group A streptococcal tonsillopharyngitis : Cost-effective diagnosis and treatment. Ann Emerg Med 25:390.1995.
4. Bergman AB, Werner RJ : Failure of children to receive penicillin by mouth. N Engl J Med 268: 1334.1963.
5. Roos K, Grahn E, Holm SE : Evaluation of beta-lactamase activity and microbial interference in treatment failures of acute streptococcal tonsillitis Scand J Infect Dis 18:313, 1986.
6. Pichichero ME, Disney FA, Talpey WB, et al.: Adverse and beneficial effects of immediate treatment of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin. Pediatr Infect Dis J 6 : 635, 1987.
7. El-Daher NT, Hijazi SS, Rawashdeh NM, et al: Immediate and delayed treatment of group A beta - hemolytic streptococcal pharyngitis with penicillin. Pediatr Infect Dis J 10:126, 1991.
8. Wittler RR, Yamada SM, Bass JW, et al: Penicillin tolerance and erythromycin resistance of group A beta-hemolytic streptococci in Hawaii and Philippines. Am J Dis Child 144:587, 1990.
9. Pichichero ME, Margolis PA: A comparison of cephalosporins and penicilins in the treatment of group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis: A meta-analysis supporting the concept of microbial copathogenity Pediatr Infect Dis J10:275,1991
10. Pichichero ME : The rising incidence of penicillin treatment failures in group A streptococcal tonsillopharyngitis: An emerging role for the cephalosporins? Pediatr Infect Dis J 10:50,1991
11. Still JG: Management of pediatric patients with group A beta-hemolytic streptococcus pharyngitis: Treatments options. Pediatr Infect Dis J 14:557, 1995