

Tonsillitis, Tonsillotomie, Tonsillektomie Erläuterungen zur aktuellen Leitlinie Tonsillitis

Autor: Prof. Dr. med. Jochen P. Windfuhr, Mönchengladbach, HNO-Klinik Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach GmbH, Sandradstr.43, 41061 Mönchengladbach
jochen.windfuhr@mariahilf.de

Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie, wurde gemeinsam mit dem Deutschen Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte, der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin sowie der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie eine S2k-Leitlinie zur Therapie entzündlicher Erkrankungen der Gaumenmandeln erstellt. Das Manuskript wurde den Präsidien der jeweiligen Fachgesellschaften vorgelegt und die konsentiertere Form im September 2015 von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) publiziert. Die Autoren fokussierten das Thema auf die Diagnostik und Therapie der entzündlichen Veränderungen der Gaumenmandeln und grenzten es explizit von unspezifischen Empfehlungen zur Vorgehensweise bei nicht näher definierten Halsschmerzen und dem wissenschaftlich nicht definierten Begriff der „chronischen Tonsillitis“ ab. Stattdessen wird der Terminus „**rezidivierende akute Tonsillitis**“ (RAT) im Sinne der Metaanalyse der Cochrane Collaboration verwendet (Burton et al. 2014).

Für die Unterscheidung zwischen bakterieller und viral bedingter Tonsillitis wird der modifizierte Centor-Score nach McIsaac empfohlen, mit dem die Wahrscheinlichkeit einer Streptokokken-induzierten Tonsillitis eingeschätzt werden kann. Laboruntersuchungen bieten demgegenüber keinen Vorteil. Nur bei therapeutischer Konsequenz wird ab einem Punktwert von mindestens 3 nach McIsaac eine Abstrichuntersuchung empfohlen. Blut-, Urin- und EKG-Untersuchungen spielen bei der Diagnosefindung keine Rolle. Hierzu zählt auch der Antistreptolysin-Titer (ASL-Titer), der insbesondere für die Indikationsstellung der Tonsillektomie (TE) wertlos ist. Zur Behandlung einer akuten bakteriellen Tonsillitis wird die orale Medikation mit Penicillin, alternativ Erythromycin oder Cephalosporine der ersten Generation empfohlen. Im Hinblick auf die operative Therapie der RAT flossen die Resultate der o.g. Metaanalyse ein. Den hier ausgewerteten fünf Studien mit 987 Kindern wurde eine moderate Datenqualität (Aussagekraft limitiert für 12 postoperative Monate) und den beiden Studien mit 156 Erwachsenen eine nur geringe Datenqualität (Aussagekraft limitiert für 5-6 Monate) attestiert. Aus Gründen der Risiko-Nutzen-Abwägung wird in der Leitlinie davon abgeraten, eine TE bei weniger als drei Tonsillitiden in den vorausgegangenen 12 Monaten zu indizieren. Die Auswertung der Studien von Paradise et al. (1984; 2002) in der Metaanalyse ergab, dass die Kinder und Jugendlichen umso stärker profitierten, je schwerer sie präoperativ erkrankt waren. Deswegen wurde in Anlehnung an Paradise et al. (1984) in der Leitlinie die TE empfohlen, wenn sich 6 Episoden einer RAT innerhalb von 12 Monaten ereignet hatten. Bei drei bis fünf Episoden wird die Mandelentfernung als mögliche Option eingestuft, wenn sich innerhalb der nächsten 6 Monate weitere Episoden ereignen sollten und die Zahl sechs erreicht wird. Erstmals wird in einer Leitlinie auch eine Tonsillotomie zur Therapie der RAT ab einem Brodsky-Punktwert von mehr als 1 empfohlen (bei Kriterien analog zur TE-Indikation) und die relevanten Studien ohne weitere Auswertung aufgeführt.

Da ein **Peritonsillarabszess** (PTA) in der Regel durch die HNO-fachärztliche klinische Untersuchung ausreichend sicher diagnostiziert wird, ergibt sich die Notwendigkeit einer weitergehenden Diagnostik nur im Einzelfall. Bei der PTA-Therapie haben sich Nadelpunktion, Inzisionsdrainage und Abszessonsillektomie (Tonsillektomie à chaud) als wirksam erwiesen.

Bei der Auswahl des Therapieverfahrens soll die Kooperationsfähigkeit des Patienten berücksichtigt werden und eine Antibiotikumtherapie erfolgen. Die Abszessonsillektomie wird bei Komplikationen durch den PTA oder Rezidivsituationen empfohlen. Die simultane Tonsillektomie auf der Gegenseite sollte nur bei der oben aufgeführten Empfehlung zur Tonsillektomie oder Hinweisen auf einen bilateralen Peritonsillarabszess erfolgen. Der Nadelpunktion/Inzisionsdrainage ist der Vorzug zu geben, wenn Komorbiditäten, erhöhtes OP-Risiko oder Gerinnungsstörungen vorliegen. PTA-Rezidive nach Nadelpunktion und/oder Inzisionsdrainage sind selten. Eine Intervall-Tonsillektomie sollte nicht erfolgen, da es keine Studien gibt, die einen Vorteil durch diese Maßnahme zeigen.

Die Leitlinie geht auch ausführlich auf die Diagnostik und Therapie der **infektiösen Mononukleose** ein. Nach der Autorenmeinung soll hier die Tonsillektomie als Routinemaßnahme zur Symptomkontrolle oder Abkürzung des Krankheitsverlaufs nicht ausgeführt werden. Bei Atemwegsobstruktion mit drohender Ateminsuffizienz aufgrund der entzündlich bedingten Tonsillenhyperplasie, kann hingegen die Tonsillektomie indiziert sein. Wenn keine konkreten Hinweise auf eine gleichzeitige bakterielle Infektion vorliegen, soll keine antibiotische Therapie erfolgen, Kortikosteroide können aber zur symptomatischen eingesetzt werden. Im Anhang der Leitlinie finden sich relevante Hinweise zur Operationsaufklärung, Klassifikation von Nachblutungen und zur Sicherungsaufklärung.

Literatur

1. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 19;(11):CD001802
2. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis I. Diagnostics and nonsurgical management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr;273(4):973-87
3. Windfuhr JP, Toepfner N, Steffen G, Waldfahrer F, Berner R. Clinical practice guideline: tonsillitis II. Surgical management. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 Apr; 273(4):989-1009
4. Windfuhr JP. Evidenz-basierte Indikationen der Tonsillektomie. Laryngorhinootologie. 2016 Apr; 95 Suppl 1: 38-87
5. Windfuhr JP, Zurawski A. Peritonsillar abscess: remember to always think twice. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016 May; 273(5):1269-81

Empfehlungen

1. Zur Differenzierung von viraler und durch β -hämolyisierende Streptokokken verursachter Tonsillitis soll die Beurteilung nach einem diagnostischen Scoring-System (in der Regel modifizierter Centor Score/McIsaac Score) erfolgen.
2. Bei therapeutischer Konsequenz sollte bei einem positiven Score von ≥ 3 ein Rachenabstrich für Schnelltest oder Kultur zum Nachweis von β -hämolyisierenden Streptokokken erfolgen.
3. Routinemäßige Blutuntersuchungen bei Verdacht auf eine akute Tonsillitis sind nicht erforderlich.
4. Nach akuter Streptokokken-Tonsillitis sollen routinemäßige Verlaufskontrollen des Rachenabstrichs nicht erfolgen.
5. Nach akuter Streptokokken-Tonsillitis ist eine routinemäßige Blut- und Urinuntersuchung oder kardiologische Diagnostik (EKG) nicht erforderlich.

Tabelle A Mclsaac-Score (modifizierter Centor-Score)

Prädiktor einer GABHS-Tonsillopharyngitis für Patienten im Alter von 3 bis 14 Jahren

Symptom	Punkte
Körpertemperatur (in der Anamnese) >38 °C	1
kein Husten	1
zervikale Lymphknotenschwellung	1
Tonsillenschwellung oder -exsudat	1
Alter: 3-14 Lebensjahre	1
15-44 Lebensjahre	0
≥ 45 Lebensjahre	-1

Mclsaac-Score (modifizierter Centor-Score) Punktsumme	Wahrscheinlichkeit eines GABHS- Nachweises im Rachenabstrich ⁸¹
-1 oder 0	1 %
1	10 %
2	~ 17 %
3	~ 35 %
4 oder 5	~ 50 %

Statement zur Tonsillektomie-Indikation

Die Evidenzlage hierzu ist von niedriger, allenfalls moderater Qualität und gestattet eine Einschätzung des Effekts auf die Zahl jährlicher Halsschmerz-Episoden nur für die ersten 12 postoperativen Monate bei Kindern und für die ersten 5-6 postoperativen Monate bei Erwachsenen.

Der Effekt der Tonsillektomie auf die Zahl jährlicher Halsschmerz-Episoden ist bei Kindern als sehr moderat einzustufen. Die heterogene Datenlage bei Erwachsenen lässt zuverlässige Aussagen nicht zu.

Es besteht weiterhin ein dringender Forschungsbedarf, um den Wert der Tonsillektomie gegenüber der nichtoperativen Therapie der Tonsillitis/Tonsillopharyngitis sicher genug einschätzen zu können.

Der Effekt der Tonsillektomie auf die Lebensqualität wird tendenziell positiv beurteilt, aber auch hier besteht dringender Forschungsbedarf, um dies mit geeigneten Inventaren und standardisierten Evaluationsverfahren insbesondere bei Kindern messen zu können.

Die Strenge der Indikationsstellung muss ausreichend gesichert sein und ist nicht von einem bestimmten Lebensalter abhängig zu machen.

Empfehlung zur Tonsillektomie-Indikation

Folgende Voraussetzungen sollen gelten:

Entscheidungsgrundlage: Zahl der Episoden in den letzten 12 Monaten

Episode: Ärztlich diagnostizierte und mit Antibiotika therapierte eitrige Tonsillitis (Indikation: s. Kapitel 5)

<3 Episoden: Tonsillektomie ist *keine* Option

3-5 Episoden: Tonsillektomie ist eine *mögliche* Option, wenn sich innerhalb der nächsten 6 Monate weitere Episoden ereignen sollten und die Zahl 6 erreicht wird*

≥6 Episoden: Tonsillektomie *ist* eine therapeutische Option

* Die Angaben "<3", "3-5" sowie "≥6" beziehen sich auf die 12 Monate zum Zeitpunkt der Erstvorstellung. Hatten sich bereits 5 Episoden ereignet, sollte die Indikation nach der nächsten Episode innerhalb des nächsten halben Jahres gestellt werden. Waren es bis zur Erstvorstellung nur 4 Episoden, müssten sich mindestens 2 weitere Episoden ereignen, waren es nur 3 Episoden, müssten sich mindestens 3 weitere Episoden ereignen. Hatten sich nicht mindestens 3 Episoden bis zur Erstvorstellung ereignet, entfällt die OP-Indikation bis zum Erreichen von mindestens 6 Episoden im genannten Beobachtungszeitraum.

Statement zur Tonsillotomie-Indikation

Die Tonsillotomie zeichnet sich im Vergleich zur Tonsillektomie durch eine erheblich geringere postoperative Morbidität und Rate an Blutungskomplikationen aus.

Obwohl Tonsillengewebe hinterlassen wird, lässt sich eine Reduktion jährlicher Halsschmerz-Episoden bei jugendlichen Erwachsenen nachweisen, die sich nicht von der Reduktionsrate nach Tonsillektomie unterscheidet.

Abszedierungen im verbliebenen Tonsillengewebe sind nicht typisch.

Eine Beschränkung der OP-Methode auf ein bestimmtes Alter lässt sich wissenschaftlich nicht rechtfertigen.

Eine in der Anamnese angegebene akute Tonsillitis, ist nicht als Kontraindikation der Tonsillotomie zu interpretieren.

Zur Ausführung der Tonsillenverkleinerung sind keine speziellen chirurgischen Instrumente erforderlich, eine Überlegenheit eines einzelnen Verfahrens lässt sich nicht nachweisen.

Empfehlungen

Zur Therapie des Peritonsillarabszesses haben sich Nadelpunktion, Inzisionsdrainage und Abszesstonsillektomie (Tonsillektomie à chaud) als wirksam erwiesen.

Bei der Auswahl des Therapieverfahrens soll die Kooperationsfähigkeit des Patienten berücksichtigt werden.

Die simultane Antibiotikatherapie soll durchgeführt werden.

Der Abszesstonsillektomie ist zu bevorzugen, wenn Komplikationen durch den Peritonsillarabszess eingetreten sind oder wenn alternative Therapieverfahren erfolglos waren. Die simultane Tonsillektomie auf der Gegenseite sollte nur bei der oben aufgeführten Empfehlung zur Tonsillektomie oder Hinweisen auf einen bilateralen Peritonsillarabszess erfolgen.

Der Nadelpunktion/Inzisionsdrainage ist der Vorzug zu geben, wenn Komorbiditäten, erhöhtes OP-Risiko oder Gerinnungsstörungen vorliegen.

Eine Intervall-Tonsillektomie sollte nicht erfolgen, da es keine Studien gibt, die einen Vorteil durch die ITE zeigen. Außerdem sind Peritonsillarabszess-Rezidive nach Nadelpunktion und/oder Inzisionsdrainage selten.

Empfehlungen

Die Tonsillektomie als Routinemaßnahme zur Symptomkontrolle oder Abkürzung des Krankheitsverlaufs bei infektiöser Mononukleose, soll nicht durchgeführt werden.

Bei Atemwegsobstruktion mit drohender Ateminsuffizienz aufgrund der entzündlich bedingten Tonsillenhypertrophie, ist die Tonsillektomie indiziert.

Wenn keine konkreten Hinweise auf eine gleichzeitige bakterielle Infektion vorliegen, soll keine antibiotische Therapie erfolgen.

Kortikosteroide können zur symptomatischen Therapie angewendet werden.