

In aller Rachen und Hals

von HP Tanja Radigk

Im Nasenrachenraum des Menschen sind viele Bakteriengruppen physiologischerweise vertreten. Diese haben wahrscheinlich wichtige immunologische Aufgaben. Aber auch potentiell krankheitsauslösende Bakterien, wie die betahämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A sind hier zu finden. Das ist nicht ungewöhnlich: bei bis zu 40% der gesunden und beschwerdefreien Bevölkerungsgruppe sind sie im Rachenabstrich nachweisbar. Ohne dadurch irgendwie jemanden zu beeinträchtigen oder auch krank zu machen.

Diese Streptokokken können für einige akute Erkrankungen verantwortlich sein, wie:

Mittelohrentzündung, Mandelentzündung und auch Scharlach. Scharlach wird definiert durch Streptokokkeninfektion mit Fieber, Halsentzündung und typischen Hautausschlag. Ohne Hautausschlag handelt es sich nicht um Scharlach. Man kann zwar in Rachenabstrich oder einer Blutprobe Streptokokken nachweisen, aber um Scharlach dreht es sich hier nicht. Bei 30% der Patienten mit Halsschmerzen findet man einen positiven Streptokokkennachweis, allerdings haben davon wiederum nur 50% eine Antikörperbildung, als Zeichen einer echten Infektion. Nur 15% der Patienten mit Halsentzündung haben eine Streptokokkeninfektion als Ursache ihrer Beschwerden. Auch Beläge auf den Mandeln sind kein Hinweis auf Streptokokken. Nur durch das klinische Bild, kann man eine Streptokokkenangina nicht sicher von anderen Mandelentzündungen abgrenzen.

Der gern genommene Rachenabstrich (Streptokokken-Schnelltest) ist recht unzuverlässig und ist in 30-40% der Fälle falsch positiv, ohne dass die Beschwerden tatsächlich etwas mit Streptokokken zu tun haben. Der Rachenabstrich mit kulturellen Nachweis, weist auch 20-30% falsch positive Ergebnisse nach. Der einzige wirklich genaue Nachweis einer Infektion ist ein Bluttest. Hier findet man einen Anstieg von Antikörpern gegen Streptokokken im Blut. Der Antistreptolysin-titer (ASL) sollte im Abstand von 2-4 Wochen gemacht werden, um sicher eine Infektion nachzuweisen.

Noch immer ist Antibiotikum (Penicillin) die schulmedizinische Therapie für diese Infektion. In einer amerikanischen Studie wurde nachgewiesen, dass bei antibiotischer Therapie von streptokokkenbedingter Halsentzündung, die Höhe der Rückfallquote auf mehr als das Doppelte zu erwarten sei. Außerdem gibt es viele Nebenwirkungen, wie Durchfälle, Erbrechen, Pilzinfektionen und Hautausschläge durch Antibiotika.

Es gibt so genannte Streptokokken-Nachkrankheiten, wie „akutes rheumatisches Fieber“, eine Nierentzündung, Gelenkentzündungen oder im schlimmsten Fall eine Entzündung der Herzinnenwand. Welche Patienten für diese Nachkrankheiten anfällig sind, ist bis heute unklar – aber es betrifft längst nicht alle (individuelle Veranlagung). Insgesamt ist es in den letzten Jahrzehnten zu einem Rückgang dieser Nachkrankheiten gekommen. Unklar ist aber, ob das mit der antibiotischen Thera-



pie zusammenhängt oder einer verbesserten sozioökonomischen Struktur. Im zweiten Weltkrieg und danach war Scharlach häufig für diese Nachkrankheiten verantwortlich und diese Häufigkeit ist schon lange nicht mehr zu sehen. Man schätzt das Risiko in Ländern mit gutem Hygienestandard als gering ein und rate deswegen eher von Antibiotika ab, auch wegen den zu befürchteten Resistenzen dagegen (laut einer aktuellen Studie aus Australien). Auch gibt es keine guten wissenschaftlichen Daten über den Vorteil von Antibiotika, um das akute rheumatische Fieber zu verhindern. Auch im Deutschen Ärzteblatt konnte man lesen: das Poststreptokokkenrisiko in Deutschland sei wohl eher ein Phantomrisiko.

Auch gab es eine Studie von der deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, in der es keine sicheren Beweise gab, dass Antibiotika vor Nachkrankheiten schützen.

Antibiotisch behandelte Kinder mit Scharlachverdacht dürfen ab dem zweiten Tag wieder in den Kindergarten oder in die Schule. Bis zum nächsten Scharlachverdacht.



Tanja Radig ist Heilpraktikerin in Babenhausen bei Darmstadt und Mitarbeiterin der DGMH.