



# Akut Tonsillofarenjitte Etyolojik Tanıda Akılcı Laboratuvar

Rational Laboratory for Etiology of Acute Tonsillopharyngitis

**Mustafa Hacımustafaoğlu<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa, Türkiye

**Dr. Süleyman İmamoğlu**

**Soru:** Akut tonsillofarenjit ayırıcı tanısında laboratuvar tetkiki gerekli midir?

**Makale atfı:** Hacımustafaoğlu M. Akut tonsillofarenjitte etyolojik tanıda akılcı laboratuvar. *J Pediatr Inf* 2018;12(3):124-125

## Yanıt (Dr. Mustafa Hacımustafaoğlu)

Akut tonsillofarenjit ayırıcı tanısında özellikle grup A streptokok (GAS) olmak üzere streptokoklar nonspesifik viral tonsillofarenjit, infeksiyöz mononükleoz, herpes simpleks virüs (HSV), enterovirüsler, adenovirüsler görülür. Ayrıca primer etken olmamakla birlikte birçok mikroorganizma [influenza ve respiratuar sinsityal virüs (RSV) gibi viral, klamidya, mikoplazma, difteri, pertussis gibi diğer bakteriler] kendi tipik hastalık tablolarının bir parçası olarak tonsillofarenjit görünümü sunabilirler. Bu soruda pratikte olguların çok önemli bir bölümünü oluşturan özellikle GAS tonsillofarenjit viral tonsillofarenjit ve Epstein-Barr virüs (EBV) tonsillofarenjitleri laboratuvar yaklaşımları üzerinde durulacaktır. Hastayı muayene eden hekimin öykü ve klinik bulguların çok önemli olduğunu bilmesi ve olguların önemli bir bölümünde laboratuvar tetkikine gerek olmayabileceğini akılda tutması yararlıdır.

**Grup A beta-hemolitik streptokok tonsillofarenjiti:** GAS, *Streptococcus pyogenes* olarak bilinir, bakteriyel akut farenjit/tonsillit/tonsillofarenjitin en sık nedenidir. Çocuklarda bir meta-analizde boğaz ağrısı ile başvuran çocuklarda %37 oranında saptanmıştır, bu açıdan viral tonsillofarenjitlerden

sonra en önemli etken olarak karşımıza çıkar (%95 CI %32-43) (1). Beş-15 yaş grubunda ve okul çağında daha sık görülür. > 3 yaş çocuklarda tipik olarak akut başlayan ateş, boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma, fizik muayenede eksüdatif tonsillofarenjit, damakta peteşi, hiperemik uvula, büyük kızamık tonsiller, büyük ağrılı/hassas anterior servikal lenfadenopati, bazı olgularda kızıl döküntüsüyle seyredir. Üç yaş altı çocuklarda ise GAS enfeksiyon bulguları daha farklıdır. Bu olgularda genellikle düşük ateş (< 38.3°C), uzamış burun akıntısı ve burun tıkanıklığı ve anterior servikal adenopati ile seyredir ve bu klinik tablo infantil streptokokkozis olarak isimlendirilir (2). Akut tonsillofarenjit düşünülen bir çocukta etkenin bakteriyel (esas olarak GAS) veya viral olup olmadığı tedavi ve yönetimi açısından önemlidir. Viral tonsillofarenjiti düşündüren bulguların (konjunktivit, nezle, burun akıntısı, öksürük, ses kısıklığı, anterior stomatit, ishal gibi) olmaması yukarıda belirtilen GAS tonsillofarenjiti bulgularının olması özellikle 5-15 yaş okula giden çocuk ve kış ve erken ilkbahar mevsiminde olunması GAS tonsillofarenjitini destekler. Klinik olarak GAS tonsillofarenjitini düşündüren bu durumlarda mikrobiyolojik test yapılması (hızlı antijen tanı testi veya boğaz kültürü gibi) önerilir. Klinik olarak sadece viral tonsil-

**Geliş Tarihi:** 29.11.2018

**Kabul Tarihi:** 30.11.2018

**Yazışma Adresi / Correspondence Address**

**Mustafa Hacımustafaoğlu**

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,  
Bursa-Türkiye

**E-mail:** mkemal@uludag.edu.tr

©Telif Hakkı 2018  
Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği -Makale metnine  
www.cocukenfeksiyon.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2018 by Pediatric  
Infectious Diseases Society -Available online at  
www.cocukenfeksiyon.org

lofarenjiti destekler bulgular varlığında ise mikrobiyolojik test (hızlı antijen veya boğaz kültürü) yapılması önerilmez (1,3,4). Ayrıca 3 yaş altı küçük çocuklarda da hızlı antijen testi veya kültür yapılması genellikle önerilmez. Hızlı antijen testi genellikle 1 saatten kısa sürede sonuçlanır ve pozitifliğinde kültür yapılmasına gerek yoktur. Ancak antijen negatif olduğu durumlarda GAS tanısı kuvvetliyse kültür yapılması önerilir, antijen negatif olsa bile kültür pozitif çıkabilir (%5-10 olasılıkla).

GAS tonsillofarenjiti düşündürülen bir olgudan ayrıca rutin kan tetkiki yapılması önerilmez. Başka bir nedenle yapıldığında lökosit sayısı normal veya artmış olabilir, orta C-reaktif protein (CRP) yüksekliği gözlemlenebilir. ASO testinin akut tanıda anlamı yoktur ve istenmez. ASO testinin akut enfeksiyonda veya etkin tedavi edilmiş akut enfeksiyonda yükselmesi henüz beklenmez. ASO'nun yüksek bulunması önceki (1 aydan önce) ve muhtemelen tedavisiz veya yetersiz tedavi edilmiş GAS tonsillofarenjitleri olduğunu düşündürür.

Özetle GAS tonsillofarenjitinde seçilecek ve yapılması gereken test boğaz kültürü veya hızlı antijen tanı testleridir. Boğaz kültürü GAS tonsillofarenjitinde altın standarttır. Yaklaşık bir gün içinde sonuç alınır, bazı durumlarda kültür inkübasyonu 48 saate uzatılabilir. GAS üremesi durumunda ek olarak kültür antibiyogram yapmaya gerek yoktur. Tedavide penisilin seçilecek ajandır, penisiline direnç henüz bildirilmemiştir. Kültür sonucunda GAS üremesi bildirildiğinde, hastanın klinik bulguları düzelmiş olsa bile nonsupuratif komplikasyonları önlemek için tedavi verilmelidir. Boğaz kültürü optimal sonuç vermesi açısından usulüne uygun alınmalıdır bunun için her iki tonsil ve farinks sürüntüsü alınmalı ve eküvyonun ucu ağız içi ve dile dokunmadan çıkarılmalıdır. Boğaz kültürü ayrıca GAS dışı diğer nadir farenjit etkenlerini de (grup C ve grup G streptokok, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Fusobacterium necrophorum*, *Neisseria gonorrhoeae* gibi) saptayabilir. Bunların varlığı tedavi endikasyonu olabilir. GAS dışı grup C ve grup G streptokok tonsillofarenjitlerinin kliniğinin daha hafif olduğu ve genellikle akut romatizmal ateş ve post streptokokkal glomerülo nefrit komplikasyonlarına yol açmadığı bilinmektedir.

**Enfeksiyöz mononükleozis:** Genellikle EBV ve bazen sitomegalovirüs (CMV)'nin yol açtığı genellikle ve klasik olarak erenlerde görülen bir klinik sendromdur. Ateş, farenjit, anterior ve posterior servikal lenfadenopati bazen difüz lenfadenopati splenomegali bazen hepatomegali ve periorbital/palpebral ödem ile karakterize bir klinik tablodur. Tonsillofarenjit GAS tonsillofarenjitine benzer. Ancak genellikle daha uzun sürer, penisilin tedavisine yanıt vermez. Ampisilin ve benzeri diğer antibiyotiklerle döküntü görülebilir. Hemogramda lenfositoz, kan tetkikinde aminotransferaz düzeylerinde artış EBV-VCA-IgM pozitifliği, CMV'ye bağlı ise CMV-IgM pozitifliği görülür. Hızlı antijen testi negatiftir, boğaz kültürü normal florayı gösterir, tedavide antibiyotik verilmez.

HSV (herpetik gingivostomatit dahil) enterovirüsler (herpangina, el ayak ağız sendromu gibi), adenovirüs (faringo konjunktival ateş) ve diğer nonspesifik viral enfeksiyonların tanısında; hızlı antijen testleri veya kültür, ayrıca nonspesifik kan tetkiklerinin anlamı yoktur, istenmez. Spesifik viral çalışmalar (PCR gibi) epidemiyolojik ve araştırma amaçlı bir durum yoksa istenmez. Tanı klinik bulgularla konulur ve tedavi buna göre yönlendirilir, antibiyotik verilmez.

## Kaynaklar

1. Shaikh N, Leonard E, Martin JM. Prevalence of streptococcal pharyngitis and streptococcal carriage in children: a meta-analysis. *Pediatrics* 2010;126:e557-64.
2. American Academy of Pediatrics. Group A streptococcal infections. In: *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 30<sup>th</sup>. Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (eds). American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2018.
3. Group A streptococcal tonsillopharyngitis in children and adolescents: Clinical features and diagnosis. <https://www.uptodate.com> (Erişim tarihi: Temmuz 2018).
4. Shulman ST, Bisno AL, Clegg HW, Gerber MA, Kaplan EL, Lee G, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis: 2012 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2012;55:e86-102.