

Zu Bedenken ist weiterhin, dass es sich bei Halsschmerzen mit Nachweis von GAS ebenso um eine Tonsillopharyngitis anderer Ätiologie handeln kann, da sogar bei asymptomatischen Patienten GAS im Rachenabstrich nachgewiesen werden können [14,15]. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit schätzt die Prävalenz von asymptomatischen GAS-Trägern (in OECD-Ländern) über alle Altersgruppen auf 7,5 %, für Kinder < 5 Jahren auf 2,8 %, für Kinder ab 5 Jahren auf 11,2 % und für Erwachsene auf 2,0 % [41].

6.2 Scharlach

Der Scharlach (lat. Scarlatina, engl. scarlet fever) ist eine akute durch beta-hämolysierende Streptokokken verursachte Infektionskrankheit, die vor allem bei Kindern und Jugendlichen zwischen 5 und 15 Jahren auftritt. Zur Diagnose von Scharlach gehören neben einer exsudativen Tonsillopharyngitis mit starken Schluckbeschwerden, hohem Fieber und schwerem Krankheitsgefühl immer auch zusätzliche spezifische Befunde, wie ein tiefrotes Enanthem der Rachenschleimhäute und die sog. Himbeerzunge. In seltenen Fällen kann Scharlach auch ohne Tonsillitis auftreten. Besonders charakteristisch ist das Scharlachexanthem, welches durch ein erythrogenes Exotoxin hervorgerufen wird und aus kleinfleckigen Papeln besteht, die sich ab dem 1. oder 2. Krankheitstag beginnend am Oberkörper großflächig weiter über Hals und Extremitäten ausbreiten können. Besonders charakteristisch ist das sandpapierartige Exanthem in der Leistenregion. Typischerweise bleiben die Hand- und Fußsohlen sowie das Mund-Nasen-Dreieck ausgespart. Das Exanthem verschwindet nach sechs bis neun Tagen. Einige Tage danach kommt es zur Schuppung der Haut, insbesondere der Handinnenflächen und Fußsohlen. Ein alleiniges Erythem reicht nicht zur Diagnose von Scharlach aus, da es zu unspezifisch ist und bei vielen unkomplizierten Infekten auftreten kann. Folglich muss die Diagnose Scharlach auch von den anderen, oben beschriebenen Symptomen begleitet sein. Nach einer Inkubationszeit von ca. ein bis zwei Tagen kommt es zu einem abrupten hochfieberhaften Erkrankungsbeginn, der mit Übelkeit, Kopf- und Bauchschmerzen einhergehen kann. Die Therapie erfolgt in erster Linie symptomatisch. Bei unkompliziertem Verlauf und leichtem Krankheitsbild (atypischer Scharlach/Scarlatinella) ist eine antibiotische Behandlung nicht zwingend indiziert, da suppurative Komplikationen oder simultan sich entwickelnde Krankheitsbilder (PTA, Otitis media, Sinusitis) auch ohne antibiotische Therapie sehr selten auftreten. Auch für die Verminderung von immunologischen Komplikationen (akutes rheumatisches Fieber oder akute Poststreptokokken-Glomerulonephritis) durch Antibiotika gibt es keine ausreichende Evidenz.

Das Robert Koch-Institut (RKI) empfiehlt eine frühzeitige Therapie mit Penicillin V für 10 Tage oder mit oralen Cephalosporinen für 5 Tage oder (bei Penicillin-Allergie) mit Makroliden für 5 bis 10 Tage. Empfehlungen aus Großbritannien geben vergleichbare Therapieschemata an. Es wird jedoch betont, dass wenig Evidenz für eine antibiotische Therapie von Scharlach vorliegt und dringend mehr Daten zum Nutzen und Risiko von Antibiotika bei Scharlach nötig seien [42]. Es gibt auch keinen ausreichenden Grund anzunehmen, dass die Behandlungsdauer des Scharlachs von der der akuten Tonsillopharyngitis abweichen sollte.

Die Empfehlungen beziehen sich auch auf §34 IfSG, da an Scharlach erkrankte Personen weder als Betreuer noch als Betreute Räume von Gemeinschaftseinrichtungen betreten sollen. Es wird weiter ausgeführt, dass eine ärztliche Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen im Sinne des IfSG bei Patienten ohne Krankheitszeichen frühestens 24 Stunden nach Beginn einer Antibiotikatherapie erfolgen sollte. Ohne antibiotische Therapie kann laut Empfehlungen des RKI (Ratgeber: Streptococcus pyogenes-Infektionen) eine Wiedenzulassung bei Scharlach frühestens zwei Wochen nach Symptombeginn erfolgen [43].

Das Scharlach-Exanthem verblasst in der Regel nach ein bis drei Tagen. Nach 7-14 Tagen kommt es zur Schuppung und kompletten Abheilung. Im Übrigen zeigt sich ein klinischer Verlauf wie bei einer Tonsillopharyngitis ohne Exanthem. Da eine Immunität nur gegen das bei der abgelaufenen Infektion ursächliche Toxin und den jeweiligen Streptokokkenstamm (emm-Typ) erzeugt wird, sind mehrfache Erkrankungen möglich.

6.3 Epiglottitis

Die Epiglottitis ist eine fulminante, akut-lebensbedrohliche, bakterielle Entzündung des Kehlkopfs und der supraglottischen Strukturen mit der Gefahr einer abrupten, kompletten Atemwegsverlegung. Bei praktisch allen pädiatrischen und bei einem Viertel der erwachsenen Patienten mit Epiglottitis lässt sich Haemophilus influenzae Typ b (Hib) auf der Epiglottis und in der Blutkultur nachweisen. Vor Einführung der Hib-Impfung erkrankten vor allem Kinder im Vorschulalter. Im Gegensatz zum streng intensivmedizinischen Management bei Kindern wird bei Erwachsenen eher ein moderates Vorgehen empfohlen. Während sich bei Kindern ein dramatisches Bild mit Atemnot, Stridor und der typischen Sitzhaltung (tripod position) bietet, imponieren erwachsene Patienten hauptsächlich mit Hals- und Schluckschmerzen sowie Schluckbeschwerden. Ein Teil der Patienten berichtet über einen vermehrten Speichelfluss, eine kloßige Sprache oder Atemnot. Fieber, eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes sowie Angst und Unruhe sind häufige Begleitsymptome [44]. Eine besondere Risikogruppe stellen in Deutschland nicht-geimpfte Vorschulkinder dar (fehlende Hib-Impfung).

Bei der Verdachtsdiagnose mit typischer Symptomatik muss eine sofortige Krankenhauseinweisung erfolgen. Eine weitergehende klinische und apparative Untersuchung ist dem Krankenhaus vorbehalten, da (besonders bei Kindern) ein bereits im Rahmen der Racheninspektion ausgelöster Vagusreiz zu lebensbedrohlichen Zuständen führen kann. Bei Kindern mit Verdacht auf Epiglottitis ist eine sofortige Krankenhauseinweisung mit Notarztbegleitung notwendig. Die Kinder sind für den Transport nicht gegen ihren Willen in Rückenlage zu bringen, sondern idealerweise auf dem Arm des Elternteils zu transportieren. Alle Interventionen, die zur Irritation des Kindes führen könnten, sind zu unterlassen. Die definitive Diagnose einer Epiglottitis ist nur durch eine Laryngoskopie zu stellen; die Racheninspektion bzw. Laryngoskopie im Krankenhaus muss aus o.g. Gründen in Intubations- und Koniotomie-Bereitschaft auf der Intensivstation erfolgen [45,46].

Bei allen Patienten mit V.a. Epiglottitis steht das Atemwegsmanagement im Vordergrund. We-