

## S3-Leitlinie (Kurzfassung)

# Therapie der Tonsillo-Pharyngitis

AWMF-Register-Nr. 017/024

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,  
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.



© DGHNO-KHC

**Herausgebende, federführende Fachgesellschaft**

Deutsche Gesellschaft für  
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,  
Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. (DGHNO-KHC)

**Version:** 4.0 vom 15.01.2024

**Verfügbar unter:** <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/017-024>

**Zugriff am (Datum):** 15.01.2024

**Beteiligte Institutionen**

- Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ)
- Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)

## **Inhalt**

<b>Was gibt es Neues, was ist wichtig?</b>	<b>4</b>
<b>Die wichtigsten Inhalte auf einen Blick</b>	<b>5</b>
<b>2. Akute Tonsillo-Pharyngitis: Diagnostik</b>	<b>6</b>
<b>2. Akute Tonsillo-Pharyngitis: Konservative Therapie</b>	<b>8</b>
<b>3. Akute Tonsillo-Pharyngitis: Operative Therapie</b>	<b>10</b>
<b>5. Peritonsillarabszess</b>	<b>13</b>
<b>6. Infektiöse Mononukleose</b>	<b>13</b>
<b>Zusammensetzung der Leitliniengruppe</b>	<b>14</b>
8.1 Leitlinienkoordinator/Ansprechpartner	14
8.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	14

## Was gibt es Neues, was ist wichtig?

Die vorliegende Leitlinienversion wurde maßgeblich durch die im November 2022 publizierten Evidenzberichte des IQWiG beeinflusst, die sich mit konsentierten PICO-Fragestellungen der Leitliniengruppe befassten. Limitationen sind vielfach zum einen in dem Alter wie auch der niedrig bis moderaten Datenqualität der herangezogenen Studien zu sehen. Einen besonderen Einfluss auf diese Leitlinienversion übte auch die aktuelle Publikation der NATTINA-Studie aus, da sich hiermit Empfehlungen für (jugendliche) Erwachsene formulieren ließen. Die Inhalte der vorliegenden Leitlinie wurden eng mit denen der 2020 publizierten Leitlinie „Halsschmerzen“ der DEGAM abgestimmt. Deshalb finden sich in dieser Leitlinie ausführlichere Darstellungen zur Indikationsstellung der Tonsillektomie und Tonsillotomie. Beide Eingriffsarten erscheinen nur sinnvoll, wenn die Tonsillen die maßgebliche Ursache von Halsentzündungen sind. Deswegen soll weiterhin die Tonsillitis / Tonsillo-Pharyngitis von einer reinen Pharyngitis abgegrenzt werden. Unverändert soll ein Zeitraum von mindestens 12 Monaten betrachtet werden, um anhand der Zahl der Halsschmerzepisoden die Schwere des Krankheitsbildes objektivieren und die Operationsrisiken vertreten zu können.

### Neues:

#### Definition Halsschmerzepisode nach Alter

- *bis zum 15.Lebensjahr:*

Halsschmerzen und zusätzlich: Fieber (oral > 38,3° C) oder Tonsillenexsudat oder neu aufgetretene(r), druckdolente(r) Halslymphknoten oder GABHS-Nachweis im Abstrich. Ein positiver GABHS-Nachweis bei einem asymptomatischen Kind ist ohne Krankheitswert.

- *nach dem 15.Lebensjahr:*

Halsschmerzen, die eindeutig durch eine akute Tonsillitis (mit und ohne Pharyngitis) verursacht werden und eine normale Alltagsgestaltung verhindern. Eine antibiotische Vorbehandlung ist nicht zwingend erforderlich, jedoch eine ärztliche Dokumentation von akuten Tonsillitiden (nicht: Pharyngitiden). Die Intensität der Symptomatik lässt sich anhand eines validierten Fragebogens (TOI-14) einordnen.

#### Operationsindikation altersunabhängig:

Die Betroffenen profitieren von einer Tonsillektomie, wenn die Episodenzahl  $\geq 7$  in den letzten 12 Monaten oder  $\geq 5$  jährlich in den letzten 24 Monaten oder  $\geq 3$  jährlich in den letzten 36 Monaten beträgt. Werden diese Zahlen jeweils nicht erreicht ist eine Wartezeit von 6 bis 12 Monaten empfehlenswert.

#### Tonsillektomie vs. Tonsillotomie

Liegt gleichzeitig eine Tonsillenhyperplasie mit Einengung des oropharyngealen Durchmessers um mehr als 25% vor, so sollte bei Betroffenen mit rezidivierenden akuten Tonsillitiden eine Tonsillotomie angeboten und über das Risiko einer möglicherweise notwendigen sekundären Tonsillektomie aufgeklärt werden.

## Die wichtigsten Inhalte auf einen Blick

### Risikoabschätzung einer Streptokokken-assoziierten Tonsillo-Pharyngitis

Die bekannten Punktesysteme (Centor; Mclsaac; Fever Pain) behalten ihren Wert. Ihre Stärke liegt im Ausschluss einer GABHS-assoziierten Infektion, sie sind nur für symptomatische Patienten gedacht.

### Differenzialdiagnosen, Begleiterkrankungen („RED FLAGS“)

Differenzialdiagnostisch bedeutsam sind beispielsweise Scharlach, infektiöse Mononukleose, Infektion mit anderem Fokus (Pneumonie, Bronchitis, Otitis media, Sinusitis), typische Konditionen mit schwerer Immunsuppression (Neutropenie ( $< 1000/\mu\text{L}$  Neutrophile), iatrogen-medikamentöse Immunsuppression (z. B. systemische Steroide, Chemotherapie), Immunsuppressiva nach Organtransplantation, Stammzelltransplantation, AIDS, Antikörpermangelsyndrome, angeborene / erworbene Immundefekte, erhöhtes Risiko für ARF, schwere Komorbiditäten. Die in der vorliegenden Leitlinie ausgesprochenen Empfehlungen beziehen sich immer auf Patienten ohne RED FLAGS.

### Antibiotikaindikation und Schnelltests

Schnelltests sind nur bei Kindern und Jugendlichen (3 bis 15 Jahre) mit einem Centor-, Mclsaac-, FeverPAIN-Score  $\geq 3$  von Wert. Ihre Aussagekraft ist begrenzt, bei uneindeutigen Symptomen hilfreich und am besten zum Ausschluss geeignet. Bei negativem Ergebnis sollte auf Antibiotika verzichtet werden. Ein routinemäßiger Rachenabstrich zum bakteriologischen Erregernachweis und zur Resistenzbestimmung soll bei akuten Halsschmerzen nicht erfolgen.

### Antibiotika und Gatedauer

Bei gutem Verlauf kann die antibiotische Therapie nach 5 Tagen beendet werden. Eine antibiotische Eradikationstherapie sollte besonderen Fallkonstellationen vorbehalten bleiben (z.B. ARF, häufige Rezidive, Pingpong-Effekt in Gemeinschaftseinrichtungen).

### Operationsindikation

Für die Indikation zur operativen Versorgung ist die Häufigkeit von Halsschmerzepisoden Ausschlag gebend. Für das Zählen der Halsschmerzepisoden ist die antibiotische Behandlung nicht mehr zwingende Voraussetzung. Voraussetzung ist aber die jeweils ärztlich diagnostizierte Tonsillitis (mit und ohne Pharyngitis), um als Halsschmerzepisode gezählt zu werden.

### Rezidivierende akute Tonsillitis

Dieser Terminus gilt ab einer Mindestzahl von 3 Halsschmerzepisoden in den letzten 12 Monaten.

### Tonsillektomie vs. Tonsillotomie

Ob eine Tonsillektomie oder eine Tonsillotomie zur Therapie der „rezidivierenden akuten Tonsillitis“ erwogen wird, hängt von der Tonsillengröße ab. Die Tonsillotomie stellt eine Option dar und ist mit einer geringeren postoperativen Morbidität, aber einem höheren Risiko von Entzündungen im verbliebenem Tonsillengewebe im Vergleich zur Tonsillektomie behaftet.

### Klassifikation der Tonsillengröße nach Brodsky

Sie erfasst die Reduktion des oropharyngealen Durchmessers durch die Tonsillen um bis zu 25% (I), 50% (II), 75% (III) oder mehr als 75% (IV).

## 2. Akute Tonsillo-Pharyngitis: Diagnostik

1.1 Empfehlung	Empfehlungsgrad	Ergebnis
Falls bei Kindern und Jugendlichen (3 bis 15 Jahre) mit akuten Halsschmerzen (< 14 Tagen Dauer) ohne RED FLAGS <sup>2</sup> eine antibiotische Therapie ärztlich erwogen oder von Elternseite erwartet wird, sollte bei einem Centor-/ Mclsaac-/ FeverPAIN-Score $\geq 3$ ein Schnelltest auf GABHS zur Therapieentscheidung herangezogen werden.	B	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsensstärke
Ein routinemäßiger Rachenabstrich zum bakteriologischen Erregernachweis und zur Resistenzbestimmung soll bei akuten Halsschmerzen ohne Red Flags <u>nicht</u> erfolgen.	A	4x Ja 0x Nein 2x Enthaltungen 100% Konsensstärke
Bei Kindern/Jugendlichen (Alter $\leq 15$ Jahren) mit akuten Halsschmerzen ohne RED FLAGS sollte bei einem negativen Schnelltestergebnis auf eine antibiotische Therapie verzichtet werden.	B	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsensstärke

1.2 Empfehlung	Empfehlungsgrad	Ergebnis
Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken-Antikörper-Titer ist in der Diagnostik der akuten und rezidivierenden Tonsillo-Pharyngitis ohne Wert und <u>soll nicht</u> durchgeführt werden.	A	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsensstärke

## 2. Akute Tonsillo-Pharyngitis: Konservative Therapie

Empfehlung 2.1	Empfehlungsgrad	Ergebnis
Bei gutem Verlauf kann die antibiotische Therapie bei Patienten ohne RED FLAGS nach 5 Tagen beendet werden.	B	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsens

Empfehlung 2.2	Empfehlungsgrad	Ergebnis
Eine Eradikationstherapie sollte in der Regel nicht durchgeführt werden, sondern besonderen Fallkonstellationen vorbehalten bleiben (z.B. ARF, häufige Rezidive, Pingpong-Effekt in Gemeinschaftseinrichtungen).	B	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100 % Konsens

Expertenkonsens 2.3	Ergebnis
Mit einem Wirkungseintritt der Antibiotikatherapie ist bei Kindern und Jugendlichen binnen 24 Stunden nach zuverlässiger Einnahme zu rechnen.	5x Ja 0x Nein 1x Enthaltung 100% Konsens



Expertenkonsens 2.4	Ergebnis
<p>Die aktuellen Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für die Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen gemäß § 34 Infektionsschutzgesetz sollen eingehalten werden.</p> <p>Eine Wiedenzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen nach Streptokokken-assoziiertes Tonsillo-Pharyngitis ist frühestens 24 Stunden nach dem Abklingen der spezifischen Symptome angezeigt; dies gilt gleichermaßen mit und ohne antibiotische Therapie.</p>	<p>6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsensstärke</p>

### 3. Akute Tonsillo-Pharyngitis: Operative Therapie

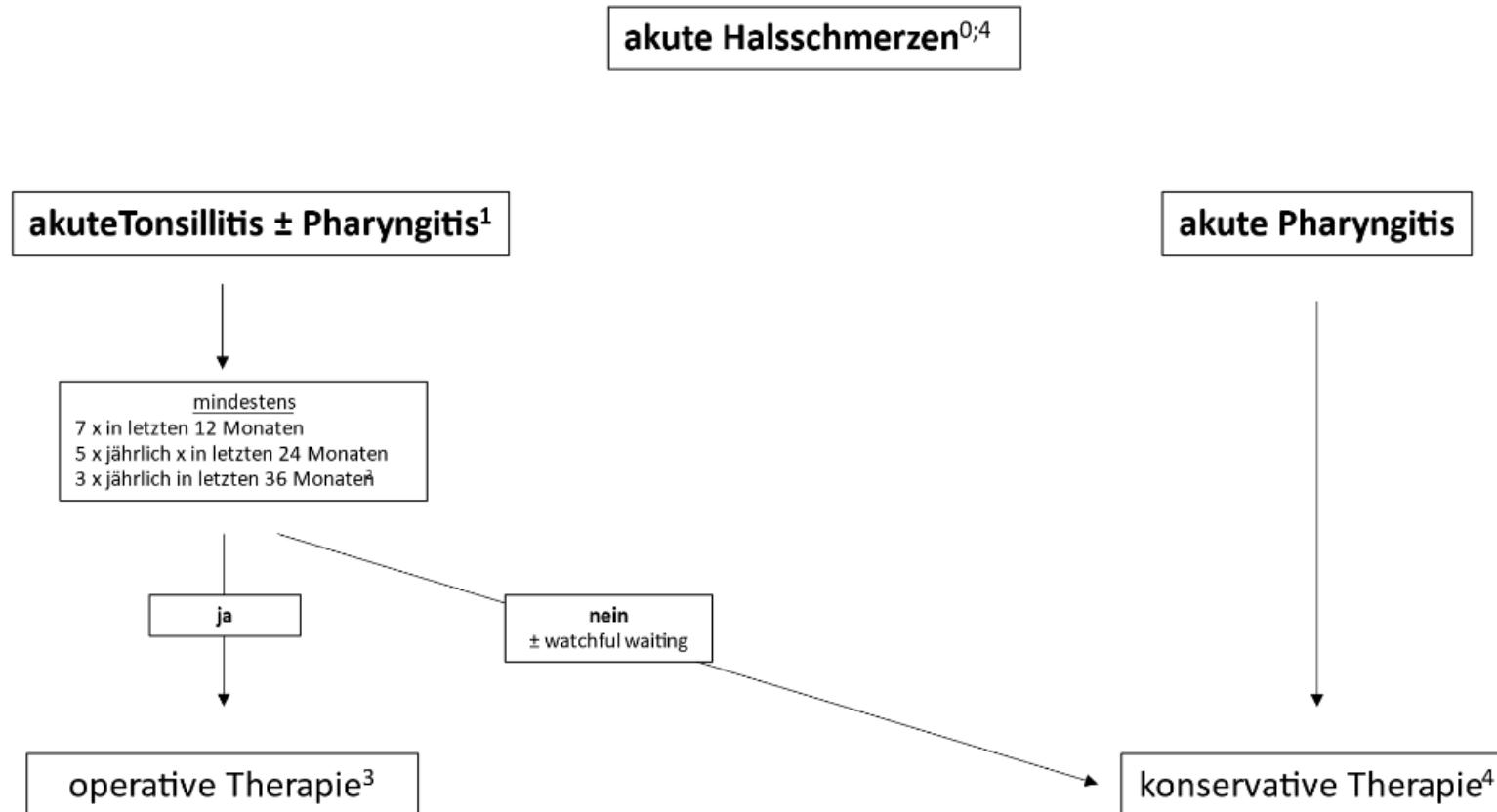
3.1 Expertenkonsens <sup>1</sup>	Ergebnis
<p><b><u>Definition Halsschmerzepisode</u></b></p> <p><b>Halsschmerzen ≤15 Jahre und</b> Fieber &gt; 38,3° C (oral) <u>oder</u> Tonsillenexsudat <u>oder</u> neu aufgetretene, druckdolente(r) Halslymphknoten <u>oder</u> GABHS-Nachweis im Abstrich.</p> <p><b>Halsschmerzen &gt;15 Jahre</b> durch akute Tonsillitis (nicht Pharyngitis) <u>und</u> Verhindern der Alltagsgestaltung durch Funktionsbeeinträchtigung</p> <p>Entscheidungsgrundlage für das Stellen der Operationsindikation zur Tonsillektomie ist die Zahl der ärztlich dokumentierten Halsschmerzepisoden durch akute Tonsillitiden in mindestens den letzten 12 Monaten.</p> <p>notwendige Episodenzahl:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 7 in den letzten 12 Monaten</li> <li>• 5 jährlich in den letzten 24 Monaten</li> <li>• 3 jährlich in den letzten 36 Monaten</li> </ul>	<p>6x Ja</p> <p>0x Nein</p> <p>0x Enthaltungen</p> <p>100% Konsens</p> <p>6x Ja</p> <p>0x Nein</p> <p>0x Enthaltungen</p> <p>100% Konsens</p>

<sup>1</sup> Angaben zu Mortalität, unerwünschte Ereignisse, Häufigkeit von Scharlachepisoden, Häufigkeit von HNO-Infektionen fehlten oder waren im EB nicht verwertbar

3.2 Expertenkonsens	Ergebnis
Bei geringerer Zahl an Halsschmerzepisoden ist bei Kindern/Jugendlichen (<16 Jahre) eine ärztliche Beobachtung über 12 Monate empfehlenswert, um die Möglichkeit zur Spontanremission zu geben („ <i>watchful waiting</i> “).	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsensstärke

Empfehlung 4.1 <sup>2</sup>	Empfehlungsgrad	Ergebnis
Eine Tonsillotomie erscheint erst bei einer relevanten Tonsillenhyperplasie sinnvoll (> Brodsky Grad I). Die Tonsillotomie sollte in solchen Fällen alternativ zur Tonsillektomie wegen der geringeren postoperativen Morbidität erwogen werden. Über das erhöhte Risiko einer sekundären Tonsillektomie nach Tonsillotomie zur Therapie eines Tonsillitis-Rezidivs soll aufgeklärt werden.	B	5 Ja 0 Nein 1 Enthaltungen 100% Konsens

<sup>2</sup> Daten zu Mortalität wurden nicht berichtet.



<sup>0</sup> ohne Hinweise auf andere Diagnosen wie beispielsweise Peritonsillarabszess, Tumor, infektiöse Mononukleose u.ä.m.  
<sup>1</sup> Alter ≤15 Jahre: Fieber > 38,3° C (oral) oder Tonsillienexsudat oder neu aufgetretene, druckdolente(r) Halslymphknoten oder GABHS-Nachweis im Abstrich.  
 Alter >15 Jahre: durch akute Tonsillitis (nicht Pharyngitis) und Verhindern der Alltagsgestaltung durch Funktionsbeeinträchtigung.  
<sup>2</sup> Bei geringerer Zahl an Halsschmerzepisoden ist bei Kindern/Jugendlichen eine ärztliche Beobachtung über 12 Monate empfehlenswert, um die Möglichkeit zur Spontanremission zu geben („watchful waiting“).  
<sup>3</sup> Eine Tonsillotomie erscheint erst bei einer relevanten Tonsillienhyperplasie sinnvoll (>Brody Grad I). Die Tonsillotomie sollte in solchen Fällen alternativ zur Tonsillektomie wegen der geringeren postoperativen Morbidität erwogen werden. Über das erhöhte Risiko einer sekundären Tonsillektomie nach Tonsillotomie zur Therapie eines Tonsillitisrezidivs soll aufgeklärt werden.  
<sup>4</sup> mitgeltend: S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ AWMF-Register-Nr. 053-010 DEGAM -Leitlinie Nr. 14

## 5. Peritonsillarabszess

Expertenkonsens 5.1	Ergebnis
Die Abszess-Tonsillektomie ist zu bevorzugen, wenn Komplikationen durch den PTA eingetreten oder alternative Therapieverfahren erfolglos sind oder es sich um ein Rezidiv handelt. Expertenkonsens in Anlehnung an vorherige Leitlinie	5 Ja 0 Nein 1 Enthaltungen 100% Konsens

## 6. Infektiöse Mononukleose

Expertenkonsens 6.1	Ergebnis
Die Tonsillektomie <u>als Routinemaßnahme</u> zur Symptomkontrolle oder Abkürzung des Krankheitsverlaufs bei infektiöser Mononukleose ist kontraindiziert.  Bei Atemwegsobstruktion mit drohender Ateminsuffizienz aufgrund der entzündlich bedingten Tonsillenhyperplasie, ist die Tonsillektomie / Tonsillotomie indiziert.  Wenn keine konkreten Hinweise auf eine simultane bakterielle Ursache der Halsentzündung vorliegen sind Antibiotikatherapie kontraindiziert.	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsens

Empfehlung 6.1	Empfehlungsgrad	Ergebnis
Kortikosteroide können zur symptomatischen Therapie bei schwerem Verlauf oder drohender Atemwegsobstruktion angewendet werden.	0	6x Ja 0x Nein 0x Enthaltungen 100% Konsens

## Zusammensetzung der Leitliniengruppe

### 8.1 Leitlinienkoordinator/Ansprechpartner

Leitlinienkoordinator: Prof.Dr.med. Jochen P. Windfuhr

Leitliniensekretariat:

Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Plastische Kopf- und Hals-Chirurgie

Kliniken Maria Hilf Mönchengladbach GmbH

Viersener Straße 450, 41 063 Mönchengladbach

E-Mail: [jochen.windfuhr@mariahilf.de](mailto:jochen.windfuhr@mariahilf.de)

Tel: 02161 892 1601

FAX: 02161 892 1603

### 8.2 Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Mitglieder der Leitliniengruppe

Mandatstragende	Fachgesellschaft/ Organisation
Prof.Dr.med.R.Berner	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Dr.med. D.Oldenburg	Deutscher Berufsverband der Hals-Nasen-Ohrenärzte
Dr.med. K.Krüger Vertretung: Dr.med.J.Oltrogge	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
Dr. med. Nicole Töpfer	Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI)
Prof.Dr.med.J.Windfuhr	Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V., Bonn (DGHNO-KHC)
Hannelore Loskill	Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung, chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen (BAG SELBSTHILFE)

**Versionsnummer:** 4.1  
**Erstveröffentlichung:** 05/1996  
**Überarbeitung von:** 01/2024  
**Nächste Überprüfung geplant:** 01/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online