

Αντιμετώπιση των λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος στην κοινότητα (για τον γενικό γιατρό)

Α' ΜΕΡΟΣ

Α. ΤΟΣΚΑΣ

Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος
Αν Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής Παν/μίου Αθηνών, Λαϊκό Νοσοκομείο

ΙΩΑΝΝΗΣ ΓΟΝΕΟΣ

Παθολόγος, Αιδηψός

Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος είναι οι συνηθέστερες λοιμώξεις παγκοσμίως και οι κυριότερες αιτίες κατάχρησης αντιβιοτικών. Το ιστορικό, η κλινική εξέταση και οι διάφορες εργαστηριακές εξετάσεις είναι η «Λυδία λίθος» για τη σωστή διάγνωση. Στο ανώτερο αναπνευστικό έχουμε κυρίως ιογενείς λοιμώξεις. Η φαρυγγοαμυγδαλίτιδα είναι συχνότερη, οφείλεται στο 80% σε ιούς και μόνο στο 15% σε β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας Α. Η διάγνωση θα στηριχτεί στην κλινική εικόνα (τα κριτήρια Centor), το strept test και την καλλιέργεια του φαρυγγικού επιχρίσματος, ενώ ο τίτλος ASTO δεν έχει διαγνωστική αξία. Θεραπευτικά χορηγούμε Penicillin V ή μακρολίδες, κυρίως Κλαριθρομυκίνη και Αζιθρομικίνη για 10 ημέρες. Στη πνευμονία της κοινότητας, λόγω της υψηλής νοσηρότητας και θνητότητας, κρίνεται απαραίτητη η άμεση έναρξη εμπειρικής μεν, αλλά ορθολογιστικής αντιμικροβιακής αγωγής. Τα συχνότερα αίτια της πνευμονίας της κοινότητας είναι ο *Streptococcus pneumoniae*, το *Mycoplasma pneumoniae*, ο *Haemophilus influenzae*, τα *Chlamydia pneumoniae*, η *Moraxella catarrhalis*, η *Legionella spp*. Η κλινική και ακτινολογική εικόνα, οι καλλιέργειες πτυέλων και αίματος και ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος θα επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Σαν θεραπευτικό σχήμα χρησιμοποιούμε την Αμοξικιλίνη, σε συνδυασμό ή χωρίς τις νεότερες Μακρολίδες, ή σε βαρύτερες καταστάσεις τις αναπνευστικές Κινολόνες για 10 ημέρες.

Λέξεις ευρητηρίου: λοιμώξεις αναπνευστικού, φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, πνευμονία κοινότητας.

Ι. ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Οι λοιμώξεις της ανώτερης αναπνευστικής οδού αποτελούν σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Είναι οι συνηθέστερες αιτίες επίσκεψης στους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Λόγω της μεγάλης μεταδοτικότητάς τους, έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο.

Είναι από τους κυριότερους λόγους σχολικών απουσιών και απώλειας ωρών εργασίας. Μόνο το 25% οφείλεται σε μικρόβια. Η διάκριση μεταξύ ιογενούς και μικροβιακής λοίμωξης στο ανώτερο αναπνευστικό είναι δύσκολη στην κλινική πράξη, με συνέπεια τη μεγάλη κατάχρηση αντιβιοτικών και ανάπτυξη μικροβιακής αντοχής.

Οι συχνότερες λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος είναι η οξεία ρινίτιδα, η παραρρινοκολπίτιδα, η φαρυγγοαμυγδαλίτιδα (κυνάγχη), η επιγλωττίτιδα, η λαρυγγίτιδα και η μέση ωτίτιδα. Η πιο κοινή από αυτές είναι η φαρυγγοαμυγδαλίτιδα.

ΟΞΕΙΑ ΦΑΡΥΓΓΟΑΜΥΓΔΑΛΙΤΙΔΑ

Ορισμός

Είναι οξεία φλεγμονή του φάρυγγα και των υπερώιων αμυγδαλών. Η οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα είναι η συχνότερη λοίμωξη. Έχει υπολογιστεί ότι στις Η.Π.Α. 6,5 εκατομμύρια ιατρικές επισκέψεις ανά έτος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη των ενηλίκων αφορούν ασθενείς με φαρυγγίτιδα, ενώ σε ποσοστό 70% συνταγογραφούνται αντι-

βιοτικά για ιογενείς λοιμώξεις¹. Εμφανίζεται κυρίως τους χειμερινούς μήνες και την αρχή της άνοιξης. Η μετάδοση γίνεται κυρίως με την επαφή των χεριών και με τις ρινικές εκκρίσεις. Ο χρόνος επώασης είναι 24 έως 72 ώρες περίπου. Η μολυσματικότητα είναι μεγαλύτερη κατά τη διάρκεια της νόσου και όχι της φορέας.

Αιτιολογία

Πολλά και διαφορετικά παθογόνα προκαλούν οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα, ενώ στο 30% δε βρίσκεται ο αιτιολογικός παράγοντας. Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80% η οξεία φαρυγγοαμυγδαλίτιδα στους ενηλίκους είναι ιογενής, ενώ σε μικρότερο του 15% οφείλεται στον β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο

της ομάδας A (πυογόνος στρεπτόκοκκος), για τον οποίο και μόνο πρέπει να χορηγείται αντιμικροβιακή αγωγή λόγω των μεταστρεπτοκοκκικών επιπλοκών (οξεία σπειραματονεφρίτιδα και ρευματικός πυρετός). Συνήθη αίτια οξείας φαρυγγοαμυγδαλίτιδας είναι οι διάφοροι ιοί (ρινοϊοί, αδενοϊοί, coxsackie, E.B, CMV, HIV κ.ά.), οι στρεπτόκοκκοι (ομάδα A, C, G) και σπανιότερα αίτια: μυκόπλασμα, χλαμύδια, γονόκοκκος, διφθερίτιδα, αναερόβια (fusobacterium: κυνάχνη vincet), κ.ά.

Διάγνωση

Η διάκριση μεταξύ ιογενούς και στρεπτοκοκκικής αμυγδαλίτιδας είναι αδύνατη μόνο με την κλινική εικόνα. Η συμπτωματολογία (πυρετός-πονόλαιμος-δυσκαταποσία), καθώς και τα ευρήματα στη φυσική εξέταση (εξιδρωματική φλεγμονή των αμυγδαλών) είναι παρόμοια και στις δύο περιπτώσεις. Συνέπεια τούτου είναι να χορηγούνται αντιβιοτικά σχεδόν σε όλους τους ασθενείς με εικόνα φαρυγγοαμυγδαλίτιδας, ενώ μόνο στο 15-20% των περιπτώσεων αυτά είναι απαραίτητα. Εδώ θα πρέπει να αναφέρουμε δύο περιπτώσεις φαρυγγοαμυγδαλίτιδας που δεν πρέπει να διαφύγουν: είναι η λοίμωξη από ιό EBV και η πρωτολοίμωξη από ιό HIV. Υπέρ της λοιμώδους μονοκυττάρωσης είναι η νεαρή ηλικία (15 έως 30 ετών), η κόπωση, η απώλεια βάρους, η ηπατοσπληνομεγαλία, η γενικευμένη λεμφαδενοπάθεια και τα άτυπα λεμφοκύτταρα >10% στη γενική αίματος. Επίσης, μπορεί να εμφανιστεί κηλιδώδες εξάνθημα στη χορήγηση αμπικιλίνης ή αμοξικιλίνης. Η πρωτολοίμωξη από ιό HIV εκδηλώνεται σε 3-5 εβδομάδες μετά τη μόλυνση εδώ, εκτός από το ιστορικό έκθεσης στον ιό και την κυνάχνη χωρίς εξίδρωμα, μπορεί να έχουμε διάρροια, εξάνθημα, λεμφαδενοπάθεια, απώλεια βάρους και σπληνομεγαλία. Εργαστηριακά μπορεί να έχουμε λεμφοπενία και αύξηση τρανσαμινασών.

Θα πρέπει λοιπόν, να γίνεται προσπάθεια να διαπιστώνεται ποιοι από αυτούς τους ασθενείς έχουν πιθανή στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα και σε αυτούς να χορηγείται αντιμικροβιακή αγωγή για τους λόγους που θα αναφερθούν πιο κάτω.

Η διάγνωση της στρεπτοκοκκικής φαρυγγοαμυγδαλίτιδας γίνεται με την κλινική εικόνα και τα διάφορα διαγνωστικά test.

Κλινική εικόνα

Η στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα χαρακτηρίζεται από οξεία έναρξη με υψηλό πυρετό, πονόλαιμο, κεφαλαλγία, εξίδρωμα των αμυγδαλών και του φάρυγγα, πρόσθια τραχηλική λεμφαδενοπάθεια, απουσία βήχα, ρινίτιδα, επιπεφυκίτιδα και βράγχος φωνής. Επειδή, όπως αναφέρθηκε, η διαγνωστική σύγχυση με την ιογενή φαρυγγοαμυγδαλίτιδα είναι συχνή, για τη διάκριση χρησιμοποιούνται τα κλινικά κριτήρια του Centor καθώς τα διάφορα διαγνωστικά test.

Τα κριτήρια Centor² καθορίστηκαν το 1981 από το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών και την Αμερικανική Εταιρεία Παθολογίας και είναι τα εξής:

1. Υψηλός πυρετός (>38°C)
2. Παρουσία λευκωπού εξιδρώματος των αμυγδαλών
3. Διόγκωση προσθίων τραχηλικών λεμφαδένων
4. Απουσία βήχα

Η θετική προγνωστική αξία των κριτηρίων αυτών κυμαίνεται από 56% σε όσους συμπλήρωναν και τα 4 κριτήρια έως 2,5% σε όσους δε συμπλήρωναν κανένα κριτήριο.

Διαγνωστικά test

Αυτά είναι το strept-test, η καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος και ο τίτλος ASTO. Εντούτοις, η καταλληλότερη εξέταση δεν έχει καθοριστεί οριστικά. Η καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος γενικά θεωρείται τέτοια. Η μέθοδος όμως δε μπορεί να διακρίνει μεταξύ λοίμωξης και αποικισμού και απαιτεί 24 με 48 ώρες για τη λήψη αποτελέσματος.

1. Strept-test: Είναι μέθοδος ταχείας ανίχνευσης ειδικών αντιγόνων του β-αιμολυτικού στρεπτόκοκκου κατευθείαν από το φαρυγγικό επίχρισμα. Λαμβάνεται φαρυγγικό επίχρισμα με βαμβακοφόρο στυλεό, το οποίο τοποθετείται σε ειδικό kit,



Εικόνα 1. Ιογενής φαρυγγοαμυγδαλίτιδα.

και έχουμε άμεσο αποτέλεσμα σε 30 λεπτά. Είναι εξέταση απλή, γίνεται στο ιατρείο και έχει ευαισθησία 80-90%, ενώ η ειδικότητά της υπερβαίνει το 95%.

2. Καλλιέργεια φαρυγγικού επιχρίσματος: Λαμβάνεται υλικό με βαμβακοφόρο στυλεό από το φάρυγγα και τις αμυγδαλές με προσοχή, ώστε να μην έλθει σε επαφή ο στυλεός με τη γλώσσα και τη στοματική κοιλότητα. Η ευαισθησία και η ειδικότητα υπερβαίνει το 95%. Θεωρείται το "gold standard" για τη διάγνωση της στρεπτοκοκκικής φαρυγγοαμυγδαλίτιδας.
3. Τίτλος ASO ή ASTO: Δεν προσφέρει κάτι το ιδιαίτερο στη διάγνωση της οξείας φάσης, διότι η άνοδος του παρατηρείται και σε απλό αποικισμό του φάρυγγα καθώς και σε φλεγμονή από στρεπτόκοκκους της ομάδας C και G.

Επιπλέον, η άνοδος του τίτλου αυτού παρατηρείται μετά τη 10^η ημέρα από τη λοίμωξη και ως εκ τούτου, δεν προσφέρει ιδιαίτερα στη διάγνωση της οξείας στρεπτοκοκκικής λοίμωξης.

Αντιμικροβιακή αγωγή χορηγείται όταν εκκληρώνονται και τα 4 κριτήρια Centor, ενώ δε χορηγείται όταν εκκληρώνεται ένα ή κανένα κριτήριο. Στις περιπτώσεις με 2-3 κριτήρια, θα πρέπει να γίνεται strept-test και αν είναι θετικό να χορηγείται αγωγή, αν είναι αρνητικό σε παιδιά θα πρέπει να γίνεται και κ/α φαρυγγικού επιχρίσματος⁵.

Θεραπεία

Η στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα είναι αυτοϊώμενη νόσος και είναι συζητήσιμο αν χρειάζεται θεραπεία³.



Εικόνα 2. Στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα.

Αντιμικροβιακή αγωγή χορηγείται για την ταχύτερη υποχώρηση των συμπτωμάτων, για την πρόληψη τοπικών επιπλοκών (π.χ. περιαμυγδαλικό απόστημα) και κυρίως για την πρόληψη των μεταστρεπτοκοκκικών επιπλοκών, της οξείας σπειραματονεφρίτιδας και του ρευματικού πυρετού που θεωρείται και η σοβαρότερη επιπλοκή.

Η κλασική θεραπεία της οξείας φαρυγγοαμυγδαλίτιδας περιλαμβάνει:

- Πενικιλίνη V 1,5 εκατ x 4 x 10 ημέρες
- Κλαρυθρομυκίνη 500 mg x 2/10 ημέρες
- Αζιθρομυκίνη 500 mg x 1/3-4 ημέρες

Θα πρέπει να τονιστούν ως προς τη θεραπεία τα εξής:

1. Η καθυστέρηση της έναρξης της θεραπείας για λίγες ημέρες δε δημιουργεί πρόβλημα, ενώ αντιθέτως δημιουργεί πρόβλημα η πρώιμη διακοπή της θεραπείας. Διάρκεια θεραπείας λιγότερη από 10 ημέρες δεν προστατεύει από την επιπλοκή του ρευματικού πυρετού.

2. Δε θεραπεύουμε υψηλούς τίτλους

ASO (ή ASTO) χωρίς ενδείξεις λοίμωξης για τους λόγους που αναφέρθηκαν ανωτέρω.

3. Ο φόβος ότι «αν δε χορηγήσω στον ασθενή μου αντιβιοτικά» κινδυνεύει να πάθει ρευματικό πυρετό είναι υπερβολικός. Λίγα στελέχη στρεπτοκοκκού είναι ρευματογόνα (~2,5%)⁵.

Η επίπτωση του ρευματικού πυρετού στη σχολική ηλικία κυμαίνεται μεταξύ 0,4%-0,9% και ανέρχεται σε 2,5-3% στους νεοσύλλεκτους και σε περίπτωση σοβαρών στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων. Στους ενήλικες δεν υπάρχει κίνδυνος ρευματικού πυρετού με προσβολή της καρδιάς, εφόσον δεν υπάρχει ιστορικό ρευματικής καρδιοπάθειας, οπότε ο κίνδυνος υποτροπής υπερβαίνει το 50%.

4. Επί απλής φορέας του φάρυγγα με β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο της ομάδας A, η οποία μπορεί να παρατηρηθεί μέχρι και στο 25% των ασυμπτωματικών ατόμων μίας οικογένειας στην οποία παρατηρήθηκε συμπτωματική λοίμωξη, δε χορηγείται αντιμικροβιακή αγωγή εκτός των εξής περιπτώσεων:

- Υποτροπιάζουσες ενδοοικογενειακές λοιμώξεις φαρυγγοαμυγδαλίτιδας
- Ύπαρξη ασθενούς με ιστορικό ρευματικού πυρετού στο περιβάλλον
- Επιδημία στρεπτοκοκκικής φαρυγγοαμυγδαλίτιδας

Σε αυτές τις περιπτώσεις, γίνεται προσπάθεια εκρίζωσης της φορέας με αντιβιοτικά για την πρόληψη του ρευματικού πυρετού.

Η αμυγδαλεκτομή πιθανόν ελαττώνει τις σοβαρές κλινικές υποτροπές της

κυνάγχης, δεν είναι όμως βέβαιο ότι προφυλάσσει από τον ρευματικό πυρετό, δεδομένου ότι υποκλινικές στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις του φάρυγγα θα μείνουν αθεράπευτες⁵.

Βιβλιογραφία

1. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, et al. Practise guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis 2002; 35: 113-25.
2. Centor RM, Witherspoon JM, Dalton HP, et al. The diagnosis of strept throat in adults in the emergency room. Med Decis Making 1981; 1: 239-46.
3. E. Γιαμαρέλλου και συν. Λοιμώξεις και αντιμικροβιακή χημειοθεραπεία 2005; Τόμος Β: 377-441.
4. McIsaac J, Kellner J, Aufricht P, Low Donald. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004; 291: 1587-95.
5. Stollerman GH. Rheumatic fever in the 21st century. Clin Infect Dis. 2001.Sep 15; 33 (6): 806-14.
6. Cooper RJ, Hoffman JG, et al. Principles of appropriate antibiotic use for acute pharyngitis in adults: background. Ann Intern Med 2001; 134: 509-17.
7. Bartlett JG, Dowell SF, Mandell LA, File TM, Musher DM, Fine MJ. Practise guidelines for the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis 2000; 31: 347-82.
8. Ronson B, Fernander-Sabe N, Carratola J et al. Contraction of a urinary antigen assay (Binax Now) to the early diagnosis of pneumococcal pneumonia. Clin Infect Dis 2004; 38: 222-6.
9. Lim WS, Vander Erden MM, Laing R, et al. Defining community-acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax 2003q58: 377-82.
10. Flanders SA, Halm EA. Guidelines for community-acquired pneumonia. Are they reflected in practice? Threat Respir Med 2004; 3: 67-77.
11. Cunha BA. Community-acquired pneumonia. Diagnostic and therapeutic approach. Med Clin N Amer 2001; 85: 43-77.
12. Halm EA, Teirstein AS. Clinical practise management of community pneumonia. N Engl J Med 2002; 347: 2039-45.
13. Amsden GW. Anti-inflammatory effects of macrolides an underappreciated benefit in the treatment of community-acquired respiratory tract "Infections and Chronic Inflammatory pulmonary conditions? J Antimicrob Chemother 2005; 55: 10-21.
14. Acute pharyngitis. Harrison's Internal Medicine 2008; Vol1: 210-212.