

AKUT FARENJİTLİ ÇOCUKLARDA VERİLEN TEDAVİ VE SONUÇLARININ BOĞAZ KÜLTÜRÜ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem Çöl*

Tevfik Cengiz**

Mehmet Kıyan***

Oya Zeren Afşar****

Ferda Özyurda*****

Tonsillit ve farengotonsillit de dahil olmak üzere farenksin bütün akut enfeksiyonlarını kapsayan akut farenjitlerin yaklaşık 2/3'sinin etkeni viraldir, bakteriyel olanlar arasında da en yaygın olanı A grubu Beta-hemolitik streptokok (BHS)'lardır (2,6,15,17,20,22,25).

Okul çağı çocuklarının % 10 - 50'sinde görülen streptokok farenjitinde doğru tanı ve tedavi akut eklem romatizmasını önleme yönünden büyük önem taşır (5,14,24). Öte yandan akut farenjit etkeninin boğaz kültürü ile belirlenemediği sağlık kuruluşlarında, özellikle sağlık ocaklarında, ancak 1/3i bakteriyel orijinli olan akut farenjitlerde çok yaygın olarak antibiyotik kullanılmaktadır. Gereksiz antibiyotik kullanımı ise hem tıbbi yönden, hem de ekonomik yönden kayıplara yol açmaktadır.

Ülkemizde, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli olan bu sorunun boyutlarını belirlemek, gereksiz antibiyotik kullanım oranlarını tesbit etmek ve tedavi sonuçlarını değerlendirmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'na bağlı Park Eğitim Sağlığı Ocağı'na Aralık 1990 - Ocak 1991 tarihleri arasında başvuran, 0 - 14 yaş arasındaki akut farenjitli 100 hasta üzerinde yürütülmüştür. Poliklinikte Sağlık Ocağı doktoru

* A. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Uzmanı

** A. Ü. Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Profesörü

*** A. Ü. Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti

**** A. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

***** A. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doçenti

tarafından muayene edilmiş, tanı konulmuş ve tedavisi planlanmış her hasta, hemen sonrasında tekrar tarafımızdan muayene edilerek akut farenjit (Tonsillit ve farengotonsillit de dahil olmak üzere farenksin tüm akut enfeksiyonları (5), kapsamına girenler saptanmıştır. Bu hastaların semptom ve bulguları ile sağlık ocağı hekimi tarafından verilmiş olan tedavi anket formuna kaydedilmiş, her birinden boğaz kültürü alınmıştır.

Kuru ve steril bir eküvyonla tonsillalar ve farenks arka duvarından boğaz sürüntü örnekleri elde edilmiş ve bu örnekler içinde buyyon bulunan tüplere konularak 3 saat içinde AÜTF Mikrobiyoloji Anabilim Dalı'na ulaştırılmıştır. Burada materyalin Mc Concey agar ve aerob-anaerob (biyolojik yöntemle) % 5 koyun kanlı agar besiyerlerine ekimleri yapılmış, kültür plakları 37 C°de 18-24 saat bekletildikten sonra üreyen mikroorganizmaların koloni, boyanma, hareket, enzimatik ve biyokimyasal niteliklerine bakılarak değerlendirimi yapılmıştır (4,19). Boğaz materyallerinde üreyen patojen mikroorganizmaların disk-diffüzyon yöntemi ile antibiyotik duyarlılık ölçümleri yapılmış (7); bu işlemde, disk başına düşen antibiyotik yoğunluğu ünite ya da mikrogram olarak standartlara göre hazırlanmış «Oxoid» diskleri kullanılmıştır. Bakteri üreme alanının çapına göre dirençlilik ve duyarlılık durumları değerlendirilmiş ve sonuçlar not edilmiştir. A grubu BHS ayırımı için Bacitracin disk yöntemi kullanılmıştır (10).

Hastalara verilmiş olan antibiyotiklerle kültür ve antibiyogram sonuçları karşılaştırılmıştır. Hastalar ilk kültürden 10 gün sonra kontrole çağrılarak ikinci bir kültür alınmış ve tedaviye uyumlarına bakılmıştır. Uyum, ilacı doktorun önerdiği süre ve dozda kullanıp kullanmadıklarına bakılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırma kapsamına giren 100 hastanın 17'si 1 yaşın altında, 28'i 1-5 yaş arasında, 55'i ise 6-14 yaş arasındadır; 66'sı erkek 44'ü ise kızdır.

Hastalardan alınan boğaz kültürlerinde şu sonuçlar bulunmuştur :

Tablo I'de görüldüğü gibi hastaların % 25'inde A grubu BHS izole edilmiştir.

Tablo I : Hastaların Boğaz Kültürü Sonuçları

Kültür	Adet	%
A grubu BHS	22	22
A grubu BHS + Staph. Aureus	3	3
Staph. Aureus	6	6
Non-A BHS	2	2
Alfa Hemolitik Streptokok Hakimiyeti	1	1
E. Coli	2	2
E. Coli + Klebsiella	1	1
Klebsiella	1	1
Pnömonokok Hakimiyeti	3	3
Normal Boğaz Florası (NBF)	57	57
TOPLAM	100	100

Boğaz kültürü sonuçlarının yaşa göre dağılımı Tablo II'de gösterilmiştir.

Tablo II : Hastanın Yaşına Göre Boğaz Kültürü Sonuçları

Yaş		A Grubu BHS	Diğer m.o. lar	NBF	TOPLAM
0-4 yaş	Adet	2	12	31	45
	%	4.4	26.7	68.9	100.0
5-14 yaş	Adet	23	6	26	55
	%	41.8	10.9	47.3	100.0
TOPLAM	Adet	25	18	57	100
	%	25.0	18.0	57.0	100.0

$$x^2 : 19.27 \quad p < 0.001$$

Tablodan görüldüğü gibi, 5 yaşından büyük çocuklarda 5 yaşından küçük olanlara göre A grubu BHS enfeksiyonu daha fazla oranda tespit edilmiştir.

Hastalarda boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı - kusma, burun akıntısı ve öksürük semptomları değerlendirilerek boğaz kültürü sonuçlarıyla ilişkisi araştırılmıştır (Tablo III).

Tablo'da görüldüğü gibi, A grubu BHS tespit edilen hastalarda boğaz ağrısı % 88, baş ağrısı % 64 gibi yüksek bir oranda mevcutken öksürük semptomu % 44 oranıyla NBF ya da diğer mikroorganizma-

Tablo III : Hastadaki Semptom ile Boğaz Kültürü Sonuçları Arasındaki İlişki

Semptom	Boğaz Kültürü Sonuçları (%*)			İst. Değ. (x ²)
	A Grubu BHS	Diğer m.o. lar	NBF	
Boğaz Ağrısı	88.0	50.0	54.4	p 0.01
Baş Ağrısı	64.0	38.9	33.3	p 0.05
Karın Ağrısı	28.0	11.1	26.3	p 0.05
Öksürük	44.0	72.2	73.6	p 0.05
Bulantı-Kusma	16.0	33.3	29.8	p 0.05
Burun Akıntısı	24.0	33.3	26.3	p 0.05
TOPLAM** Adet	25	18	57	

NOT : * Tablodaki yüzdeler, kültür sonucuna göre tanı alan hastalarda semptom görülme oranıdır. Her bir vakada birden fazla semptom birarada olabilir.

** Toplam, kültüre göre tanı alan hasta gruplarının toplamıdır.

ların ürettiği gruplardan anlamlı ölçüde daha azdır. Karın ağrısı, burun akıntısı, bulantı-kusma semptomları ile boğaz kültürü sonuçları arasında ise anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Hastalarda klinik bulgulardan tonsil hipertrofisi, farenks ve tonsil hiperemisi, tonsiller üzerinde eksuda varlığı, anterior servikal lenfadenopati ve ateş değerlendirildiğinde (Bkz. Tablo IV).

Tablo IV : Hastadaki Klinik Bulgular ile Kültür Sonuçları İlişkisi

Klinik Bulgular Semptom	Boğaz Kültürü Sonuçları (%*)			İst. Değ. (x ²)
	A Grubu BHS	Diğer m.o. lar	NBF	
Tonsillerde hipertrofi	84.0	61.1	59.6	p<0.05
Farenks ve tonsillerde hiperemi	100.0	100.0	96.5	uygulanamadı
Eksuda	32.0	16.7	15.8	p>0.05
Lenfadenopati	60.0	50.0	49.1	p>0.05
Ateş	80.0	72.2	61.4	p>0.05
TOPLAM** (Adet)	25	18	57	

NOT : * Tablodaki yüzdeler, kültür sonucuna göre tanı alan hastalarda semptom görülme oranıdır. Her bir vakada birden fazla semptom birarada olabilir.

** Toplam, kültüre göre tanı alan hasta gruplarının toplamıdır.

Tonsillerde hipertrofi bulgusu A grubu BHS'lerde diğer gruplardan fazla iken; hiperemi, eksuda, lenfadenopati, ateş yönünden gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bunlara ek olarak, klinik bulguların bazı kombinasyonları da araştırılmıştır. Ateş, eksuda, lenfadenopati ve öksürük yokluğu durumları birarada olanların ancak % 35,3'ünde A grubu BHS üremiş olduğu görülmüştür. Ateş, lenfadenopati, boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı şeklindeki bir başka kombinasyonda ise A grubu BHS oranı yine % 28,5 gibi düşük bir değerde bulunmuştur.

Semptom ve klinik bulgularını incelediğimiz bu 100 hastaya sağlık ocağı hekimlerince verilen tedavilerin dağılımı Tablo V'te gösterilmiştir.

Tablo V : Hastalara Verilen Tedavilerin Dağılımı

Verilen Tedaviler	Adet	%
Antibiyotik verilmemiş olanlar	7	7.0
I.M. Procain Penisilin	11	11.0
Oral Penisilin	9	9.0
I.M. tek doz Benzatin Penisilin	3	3.0
Procain Penisilin + Benzatin Penisilin	5	5.0
Amoksisilin	42	42.0
Ampisilin	10	10.0
Eritromisin	2	2.0
Trimetoprim + Sulfametoksazol	2	2.0
Klavulonik Asit + Amoksisilin	7	7.0
Sulbactam + Ampisilin	2	2.0
TOPLAM	100	100.0

Tablodan da görüldüğü gibi farenjit vakalarında yalnızca 7 hastaya antibiyotik verilmediği, antibiyotik verme oranının % 93 gibi yüksek bir düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ağırlıklı olarak oral preparatlar kullanılmakta ve bunlar arasında da Amoksisilin başta gelmektedir.

Sağlık ocağı hekimleri tarafından konulan tanılarla verilen antibiyotiklerin ilişkisini incelediğimizde ise,

Tablo VI'da görüldüğü gibi, kriptom tonsillit tanısı alan 13 kişiden 12'sine Penisilin, 1'ine diğer antibiyotik (Eritromisin) verilmiş, diğer

tanılarda ise oral veya IM Penisilin de verilmekle birlikte ağırlıklı olarak diğer antibiyotikler (Ampisilin ve Amoksisilin) kullanılmıştır.

Tablo VI : Konulan Tanı ile Verilen Antibiyotik Arasındaki İlişki

Konulan tanı		Verilen Antibiyotik			TOPLAM
		Antibiyotik verilmemiş	I.M. veya oral Penisilin	Diğer Anti- biyotikler	
Tonsillit	Adet	1	7	25	33
	%	3.0	21.2	75.8	100.0
Kriptik tonsillit	Adet	0	12	1	13
	%	0.0	92.3	7.7	100.0
Farenjit	Adet	1	0	2	3
	%	33.3	0.0	66.7	100.0
ÜSYE	Adet	5	9	37	51
	%	9.8	17.6	72.6	100.0
TOPLAM	Adet	7	28	65	100
	%	7.0	28.0	65.0	100.0

Hekim tarafından verilmiş olan tedavi ile boğaz kültürü ve antibiyogram sonuçlarının ne derece uygun düştüğü incelendiğinde şu sonuçlar alınmıştır (Bkz. Tablo VII).

Tablo VII : Hekimin Verdiği Tedavi ile Boğaz Kültürü ve Antibiyogramın İlişkisi

	Adet	%
Antibiyotik Antibiyogramla Uyumlu (A grubu BHS'lerde)	22	22.0
Antibiyotik Antibiyogramla Uyumsuz (A grubu BHS'lerde)	2	2.0
Gerektiği Halde Antibiyotik Verilmemiş (A grubu BHS'lerde)	1	1.0
Gereksiz Yere Antibiyotik Verilmiş (NBF ve diğer m.o. lar için)	69	69.0
Antibiyotik Verilmemiş, Kültürde de Gerekmemiş (NBF ve diğer m.o. lar için)	6	6.0
TOPLAM	100	100.0

Buna göre, A grubu BHS üreyip antibiyogramla uyumlu antibiyotik verilmiş olanlar (22 kişi) ve kültürde normal boğaz florası ya da diğer mikroorganizmalar üreyip antibiyotik verilmemiş olanlar (6 kişi) toplam 28 kişidir, ki bunlar uygun tedavi verilen grup olarak değerlendirilmiştir. Buna karşın kültürde A grubu BHS üreyip antibiyogramla uyumsuz antibiyotik verilmiş (2 kişi) ve antibiyotik verilmemiş (1 kişi) olanlarla; NBF veya A grubu BHS dışı mikroorganizmalar ürettiği halde antibiyotik verilmiş (69 kişi) olanların toplamı 72 kişidir, bunlar da uygun olmayan tedavi verilen grup olarak değerlendirilmiştir.

Kontrole çağrılan 100 hastadan 83'ü 10 gün sonra kontrole gelmiş, bunlardan antibiyotik verilmemiş olan 6 kişi dışındaki 77 kişide tedaviye uyum değerlendirilmiştir (Tablo VIII).

Tablo VIII : Hastanın Verilen Tedaviye Uyumu

Tedaviye Uyum	Adet	%
Antibiyotiği Düzenli Kullanmış	52	67.5
Antibiyotiği Eksik Dozda Kullanmış	14	18.2
Antibiyotiği Eksik Süre Kullanmış	2	2.6
Antibiyotiği Eksik Doz ve Eksik sürede kullanmış	5	6.5
Antibiyotiği Hiç Almamış	4	5.2
TOPLAM	77	100.0

Tabloda görüldüğü gibi, verilen antibiyotiği düzenli kullananlar kontrole gelenlerin % 67,5'ini oluştururken düzensiz kullananlar % 32,5 oranındadır.

Öte yandan, hastaların tedaviye uyumu antibiyotigin oral veya parenteral oluşuna göre değerlendirildiğinde parenteral tedavi verilenlerde tedaviye uyum, oral tedavi verilenlere göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur (Tablo IX).

Kontrole gelen 83 hastanın 10 gün sonraki kontrol kültürlerinde; 8 kişide A grubu BHS (% 9,6), 68 kişide NBF (% 81,9), 7 kişide ise diğer mikroorganizmalar (% 8,5) üremiştir.

İlk boğaz kültüründe A grubu BHS üreyen 25 kişinin 24'ü kontrole gelmiş, bunların uygun tedavi görüp görmemeleriyle kontrol kültürleri arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo X).

Tablo IX : Verilen Antibiyotiğin Oral veya Parenteral Oluşuna Göre Hastaların Tedaviye Uyumu

Verilen Antibiyotik		Tedaviye Uyum			Toplam
		Düzenli Kullananlar	Düzensiz Kullananlar	Hiç Kullanmayanlar	
Parenteral	Adet	16	2	0	18
	%	88.9	11.1	0.0	100.0
Oral	Adet	36	19	4	59
	%	61.0	32.2	6.8	100.0
TOPLAM	Adet	52	21	4	77
	%	67.5	27.3	5.2	100.0

Fisher Exact Testi $p < 0.05$

NOT : İstatistiksel değerlendirmede düzensiz kullananlarla hiç kullanmayanlar birleştirilmiştir.

Tablo X : İlk Boğaz Kültüründe A Grubu BHS Üreyenlerde Tedavi ile 10 Gün Sonraki Kontrol Kültürü İlişkisi

Tedavinin Uygunluğu		Kontrol Kültürü Sonucu		TOPLAM
		A Grubu BHS	Normal Boğaz Florası (NBF)	
Uygun Tedavi (Uygun antibiyotik, düzenli kullanım)	Adet	1	13	14
	%	7.1	92.9	100.0
Uygun Olmayan Tedavi (Düzensiz kullanım, uygun olmayan ant., ant. kullanmama)	Adet	7	3	10
	%	70.0	30.0	100.0
TOPLAM	Adet	8	16	24
	%	33.3	66.7	100.0

Fisher Exact Testi $p < 0.01$

Tablodan görüldüğü gibi uygun antibiyotiği düzenli kullananlardan yalnızca 1 kişide A grubu BHS üremiştir. Düzensiz kullanan, uygun olmayan antibiyotik alan veya hiç kullanmayan 10 kişiden 7'sinde tekrar A grubu BHS üremiş, ancak 3 kişide normal boğaz florası-

na dönme olmuştur. Bu 3 kişide de uygun bir antibiyotik, ancak düzensiz bir kullanım söz konusudur.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına giren akut farenjitli hastalarda % 25 oranında A grubu BHS izole edilmiştir (Tablo I). Hastanın yaşına göre incelendiğinde 0-4 yaş arasında A grubu BHS oranı % 4,4 iken, 5-14 yaş arasında % 41,8'e ulaşmaktadır (Tablo II). Bu oranlar streptokokların epidemiyolojik özelliklerine uygundur (2,18) ve 5 yaşın altında çok düşük oranlarda görülmesi tedavide seçici davranma konusunda yol gösterici olabilir.

Boğaz kültürü olanağının bulunmadığı koşullarda tedavide seçici davranabilme açısından semptom ve klinik bulguları tek tek değerlendirildiğimizde, boğaz ağrısı ve baş ağrısının A grubu BHS'lerde diğer gruplardan daha yüksek oranda, öksürüğün daha düşük oranda görüldüğü tesbit edilirken; tonsil hipertrofisi de yine A grubu BHS'lerde daha yüksek oranda bulunmuştur. Ancak yine de bu semptom ve bulgularla tanıya gidilemeyeceği düşünülmüş, bu yüzden bazı semptom ve bulguların kombinasyonları da bu hastalar üzerinde araştırılmıştır. Buna göre ateş, eksuda, lenfadenopati ve öksürük yokluğu durumları birarada olanlarda % 35,3; ateş, lenfadenopati, boğaz ağrısı, baş ağrısı, karın ağrısı şeklindeki bir başka kombinasyonda % 28,5 oranında A grubu BHS izole edildiği görülmüştür. Literatürde de BHS farenjitinin klinik tanısının zor olduğu ve tanı için geliştirilen bazı puanlama sistemlerinin doğruluk yüzdelerinin düşük olduğu bildirilmektedir (13,14,17,20,22). Bizim sonuçlarımız da farenjite klinik bulgulara dayanarak bakteriyel ve viral ayırımı yapmanın son derece güç olduğunu göstermektedir. Bu durum farenjitlerde boğaz kültürü ile bakteriyolojik tanının önemini vurgulamaktadır.

Tablo V'te gösterildiği gibi sağlık ocaklarında farenjitli hastaların % 93'üne antibiyotik verildiği, antibiyotikler arasında IM Penisilin kullanımının fazla olmadığı, ağırlıklı olarak oral preparatların kullanıldığı ve bunlar arasında da en yaygın olarak Amoksisilin'in tercih edildiği saptanmıştır. Bu durum, hizmetin birinci basamak sağlık hizmeti olması ve hekimlerin Penisilin'in anafilaksi riskinden sakıncmalarından ileri gelebilir.

Tarafımızdan akut farenjit kapsamında olduğu belirlenen bu 100 hastaya sağlık ocağı hekiminin koyduğu tanıyla verdiği tedavi arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo VI), Penisilin tedavisinin kriptik ton-

sillit tanısı koydukları grupta yoğunlaşması hekimlerce bu grubun daha çok A grubu BHS olarak düşünüldüğünü göstermektedir. Antibiyotik vermeme oranının farenjit ve ÜSYE tanısı konulanlarda yüksek olması da, bunların hekim tarafından viral olarak düşünüldüğünü ortaya koymaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda da konulan tanı ile verilen tedavi arasındaki ilişki araştırılmış ve benzer sonuçlar alınmıştır (22).

Hekim tarafından verilen tedavinin boğaz kültürü ve antibiyogram sonucuyla ne derece uygun düştüğü tablo VII'de gösterilmiştir. Burada da görüldüğü gibi hastaların ancak % 28'ine uygun tedavi, geri kalan % 72'sine ise uygun olmayan bir tedavi verilmiştir. Bilindiği gibi A grubu BHS dışında bu çalışmada boğaz kültüründe üremiş olan diğer mikroorganizmalar farenjit etkeni olarak kabul edilmemekte ve tedavileri gerekli görülmemektedir (3,11,16,18). Bulgularımızdan da görüldüğü gibi 69 hastaya gereksiz yere, 2 hastaya da antibiyograma uymayan antibiyotik verilmiş olması, boğaz kültürü yapılamadığı zaman antibiyotik kullanımının boyutlarının büyüdüğünü göstermektedir. Bu şekilde verilen antibiyotikler gereksiz olmaları yanında, beta-laktamaz aktivitesine sahip bakterilerin ve bazı sistemik patojenlerin ilaca rezistansını artırmakta ve yan etki riskini de yükseltmektedir (3,8,9,11).

Hastaların verilen tedaviye uyumu değerlendirildiğinde (Tablo VIII) % 32,5'inin antibiyotigi düzensiz kullandığı ya da hiç kullanmadığı ve tedaviye uyumun parenteral antibiyotik verilenlerde oral verilenlere göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo IX). Literatürde de özellikle akut romatizmal ateş (ARA) prevalansının yüksek olduğu, sosyoekonomik düzeyi düşük, gelişmekte olan toplumlarda, tıbbi bakımın sürekli olmadığı ve hastanın tedaviye uyum göstereceğinden emin olunamadığı vakalarda parenteral tedavi önerilmektedir (1). Böyle durumlar için tek doz benzatin penisilin uygulaması ucuz, etkin ve uyum sorunu olmayan bir tedavidir (1,2,6,8). Bugün gelişmiş ülkelerde ARA insidansı çok düşük düzeylere inmiştir. Bu yüzden allerjik reaksiyon riski ARA gelişme riskinden daha yüksek olduğundan IM penisilin tedavisi seçilmiş vakalar için önerilmekte, oral penisilin ise yaygın olarak kullanılmaktadır (1,12,20,21). Ülkemiz koşullarında ise parenteral penisilin tedavisinin tercih edilmesinin uygun olacağı söylenebilir.

100 hastanın 10 gün sonra kontrole gelen 83'ünden tekrar boğaz kültürü alınmış ve bunlardan 8 kişide tekrar A grubu BHS ürediği

görülmüştür. Bu 8 kişi ilk boğaz kültüründe de A grubu BHS üremiş olanlar olup, 7'sinin verilen antibiyotiği ya düzensiz kullandığı, ya hiç kullanmadığı, ya da uygun olmayan bir antibiyotik verilmiş olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın uygun bir antibiyotik verilmiş olup düzenli kullanan 14 kişiden 13'ünde (% 92,9) kontrol kültüründe NBF bulunmuştur. Tedavinin uygun ve düzenli olup olmamasıyla tekrar A grubu BHS ürememesi arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak ta anlamlı bulunmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçta, araştırmanın yürütüldüğü sağlık ocağında akut farenjitli hastalarda gereksiz antibiyotik kullanımının % 69 gibi yüksek bir oranda olduğu, ancak bu durumun boğaz kültürü yapma olanağı bulunmamasından kaynaklandığı görülmüştür. Nitekim hekimler geniş spektrumlu antibiyotikleri yaygın olarak kullanarak, boğaz kültürü ile A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu olduğu saptanan 25 vakanın 22'sine (% 88) sonradan antibiyogramla uyumlu olduğu saptanan tedaviler vermişlerdir.

Öte yandan hastaların verilen antibiyotiği düzenli kullanma oranı % 67,5'tur, tedavi parenteral olduğunda bu oran yükselmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, gereksiz antibiyotik kullanımının tıbbi ve ekonomik sakıncalarından kaçınmak için akut farenjitlerin boğaz kültürü ve antibiyograma dayanarak etkin şekilde tedavi edilmesi gereklidir. Bunun için birinci basamak sağlık hizmetleri bünyesinde ulaşılabilir bakteriyoloji laboratuvarları kurulmalı ve bakteriyoloji uzmanları istihdam edilmeli; veya grup başkanlığı düzeyinde bakteriyolojik inceleme yapabilen Halk Sağlığı Laboratuvarları kurulmalı ve yurt çapında yaygınlaştırılmalıdır. Yine bu düzeyde verilen hizmette hekimlerce etkili, ucuz ve parenteral antibiyotiklerin (benzatin penisilin gibi) tercih edilmesi etkin tedaviyi elde etmek açısından daha yararlı olacaktır.

ÖZET

Boğaz kültürü yapma olanağı olmayan birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde, akut farenjitli olgularda gereksiz antibiyotik kullanımı ve bunun tıbbi ve ekonomik sakıncaları gitgide önem kazanmaktadır. Bu sorunun boyutlarını, gereksiz antibiyotik kullanım oranları-

nı ve tedavi sonuçlarını tespit etmek amacıyla Park Eğitim Sağlık Ocağı'na Aralık 1990 - Ocak 1991 tarihleri arasında başvurup sağlık ocağı hekimleri tarafından tedavi verilen, ve tarafımızdan akut farenjit kapsamında olduğu belirlenen 0-14 yaş grubu 100 hastadan boğaz kültürü alınarak verilen tedaviler ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda, boğaz kültüründe hastaların ancak % 25'inde A grubu beta hemolitik streptokok tespit edilirken, hekimler tarafından hastaların % 93'üne antibiyotik verildiği ve % 68 oranında gereksiz antibiyotik kullanıldığı görülmüştür. Tedaviye uyum incelendiğinde parenteral tedavinin daha etkin olduğu görülmüş ve uygun antibiyotik verilip düzenli kullananlarda başarılı sonuç alındığı kontrol kültürleriyle saptanmıştır.

Bu tespitlere dayanılarak, birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde akut farenjitin tedavisinde boğaz kültürü ve antibiyogramın rutin olarak yer almasının uygun olacağı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelime : Akut farenjitler.

SUMMARY

Evaluation of Treatment and its Results in Children With Acute Pharyngitis by Throat Culture

The medical and economical objections caused by the irrational use of antibiotics in acute pharyngitis have become increasingly important in primary health care, in which there is not any possibility of performing throat culture. To determine the rate of unnecessary antibiotic therapy and to evaluate the results of the treatment; throat cultures were obtained from 100 children between 0-14 years of age with acute pharyngitis who were seen in Park Eğitim Sağlık Ocağı between December 1990 - January 1991, diagnosed and given treatment by the practitioners. Group A beta hemolytic streptococci were isolated from 25 % of the patients. 93 % of the patients had been given antibiotics and the unnecessary antibiotic treatment rate was 69 %. When the patient compliance was examined, it was found that parenteral treatment was more effective and successful results were obtained in patients who received appropriate therapy and used the drug regularly.

It has been suggested that routine use of throat culture may be suitable in diagnosis and treatment of acute pharyngitis in primary health care.

Key Words : Acute pharyngitis.

KAYNAKLAR

1. Bass JW : Treatment of Streptococcal Pharyngitis Revisited. JAMA, 256 : 740-3, 1986.
2. Behrman RE Vaughan VC : Nelson Textbook of Pediatrics. 12th Edition, Igaku-Shoin/Saunders, 1983.
3. Berger PC et al : Pharyngitis 1987 : A Survey of Physicians' Attitudes and Practices in Southern Alberta. Canadian Journal of Public Health, 80 : 38-41, 1989.
4. Berkman E : Boğaz Kültürlerinin Değerlendirilmesi. Mikrobiyoloji Bülteni, 19 : 172, 1985.
5. Braunwald E Isselbacher KJ Petersdorf RG Wilson JD Martin JB Fauci AS : Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol. 1, 11th Edition, Mc Graw-Hill, 1987.
6. Chaudhary S : Management of Streptococcal Pharyngitis. Indian J Pediatr, 54 : 655-64, 1987.
7. Çetin ET : Besiyerinde Üretme (Kültür) Metodları - Kemoterapötik Maddeler. S : 185-190. Pratik Mikrobiyoloji, İsmail Akgün Matbaası, İstanbul, 1965.
8. Demirsoy S ve ark : Streptokokkal Tonsillitin Tedavisinde Benzatin Penisilin ve Sefaklorun Etkinlikleri ve Beta-Laktamaz Aktivitesi Üzerindeki Etkileri. G.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, V(1) : 31-6, 1989.
9. Denny FW : What's New in the Management of Streptococcal Pharyngitis? NCMJ, 47 : 21-2, 1986.
10. Difco Laboratories : Differentiation Disk Method for Presumptive Identification of Group A Streptococci and Pneumococci. P : 1473-4, Detroit, Michigan, USA, 1983.
11. Finegold MS Baron EJ : Bailey and Scott's Diagnostic Microbiology. P : 241-3, The C.V. Mosby Company, 1986.
12. Friish et al : Use of Antibiotics in General Practice in Denmark in 1987. Scand J Infect Dis, 21 : 551-6 1989.

13. Gerber MA et al. : Once Daily Therapy for Streptococcal Pharyngitis with Cefadroxil. *J Pediatr*, 109 : 531-6, 1986.
14. Gerber MA : Comparison of Throat Cultures and Rapid Strep Tests for Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis. *Pediatr Infect Dis J*, 8 : 820-4, 1989.
15. Ginsburg MC : Aerobic Microbiology of Upper Respiratory Infections in Infants and Children. *Pediatr Infect Dis J*, 6 : 843-7, 1987.
16. Hayden GF et al. : Non-Group A Streptococci in the Pharynx. *AJDC*, 143 : 794-7, 1989.
17. Klein JO : Diagnosis of Streptococcal Pharyngitis : an Introduction. *Pediatr Infect Dis J*, 8 : 813-5, 1989.
18. Krugman S Katz SL : *Infectious Diseases in Children*. 7th Edition, The C.V. Mosby Company, 1981.
19. Lenette EH Truant JP : *Manual of Clinical Microbiology*. P : 464-96, 3rd Edition, American Society For Microbiology. Washinton, 1980.
20. Marchisio P Principi N : Upper Respiratory Tract Infections in Children : Antibiotic Treatment. *Drugs Exptl Clin Res*, 13 : 585-8, 1987.
21. Marcovitch H : Sora Throats. Annotation. *Arch Dis Child*, 65 : 249-50, 1990.
22. Pitts J Vincent SH : Diagnostic Labels, Treatment and Outcome in Acute Sore Throat. *The Practitioner*, 232 : 343-6, 1988.
23. Shulman ST : Streptococcal Pharyngitis : Clinical and Epidemiologic Factors. *Pediatr Infect Dis J*, 8 : 816-9, 1989.
24. Tiersten D : Cost-Effective Use of Throat Culture in Acute Pharyngitis. *Infection Control*. 7 : 188-90, 1986.
25. Wyatt T Reilly P : Treatment Common Infections. *The Practitioner*, 234 : 243-4, 1990.