

# Leyndardómur streptókokka



## Þórolfur Guðnason

thorolfur@landlaeknir.is

Þórolfur Guðnason er barna- og smitsjúkdómalæknir, yfirlæknir á sóttvarnarsviði landlæknisembættisins.

Streptókokkar af hjúperð A (streptókokkar) hafa löngum haft yfir sér dulúð og vakið ótta í huga almennings. Ástæðan er vafalaust sú að sjúkdómsmynd streptókokka er fjölskrúðug og í sumum tilfellum geta afleiðingar streptókokkasýkinga verið alvarlegar og lífshættulegar (1).

Ein algengasta sjúkdómsmynd streptókokka bæði hjá börnum og fullorðnum er hálsbólga en oft vill gleymast að veirur eru algengustu orsakavaldar hálsbólgu (2, 3).

Til að greina hálsbólgu af völdum streptókokka hefur verið mælt með að notuð séu ákveðin klínísk einkenni eða svokölluð „Centor criteria“ og einnig að sýnt sé fram á tilvist streptókokka í hálsi annaðhvort með ræktun eða hraðgreiningarprófi (4-6). Á síðari árum hefur notkun á hraðgreiningarprófum aukist töluvert enda prófin handhæg og auðveld í notkun (7). Á sama tíma hefur krafa almennings orðið meira áberandi um að fá þessi próf gerð án tillits til einkenna því „streptókokkar eru jú alvarleg baktería“. Það sem hins vegar flækir greiningu á streptókokkahálsbólgu er sú staðreynd að stór hluti heilbrigðra einstaklinga, einkum barna, eru með streptókokka í hálsinum sem ekki valda sýkingu og kallast þeir streptókokkaberar (8). Ef streptókokkaberar eru algengir má því búast við að hjá einstaklingum með hálsbólgu af völdum veira greinist streptókokkar oft í hálsstroki sem ekki valda sýkingunni ef oft eru tekin sýni frá hálsi og getur það leitt til ónaúðsynlegrar sýklalyfjagjafar.

Í þessu hefti Læknablaðsins eru birtar athyglisverðar niðurstöður íslenskrar rannsóknar Bjargar Þ. Magnúsdóttur og félaga um útbreiðslu streptókokka hjá heilbrigðum börnum í Garðabæ. Niðurstöðurnar sýna að 22% barna á aldrinum sex til 15 ára voru með streptókokka í hálsi en hlutfallið var til muna hærra hjá yngstu börnunum. Þessar upplýsingar eru mjög gagnlegar öllum hér á landi sem fást við sjúklinga með öndunarferasýkingar en vekja að sama skapi upp aðrar spurningar eins og:

- Er hættulegt að vera streptókokkaberari?
- Hversu líklegt er að streptókokkaberari smiti aðra?
- Þarf að meðhöndla streptókokkaberara með sýklalyfjum?
- Hversu auðvelt er að uppræta streptókokka hjá berum?

- Á að leita að streptókokkaberum?
- Á alltaf að taka hálsstrok hjá þeim sem eru með klínísk einkenni um hálsbólgu?

Rannsóknir hafa sýnt að streptókokkaberar eru ekki í hættu á að fá alvarlega streptókokkasýkingu og þeir smita sjaldan aðra (9, 10). Auk þess hefur komið í ljós að mjög erfitt er að uppræta streptókokka með sýklalyfjum úr hálsi streptókokkaberara jafnvel þó bakterían sé vel næm fyrir sýklalyfinu (11).

Í ljósi rannsóknar Bjargar Þ. Magnúsdóttur og félaga og annarra rannsókna má færa fyrir því rök að hér á landi skuli alla jafna:

1. Einungis taka sýni í ræktun eða hraðgreiningarpróf hjá þeim sem eru með klínísk einkenni um hálsbólgu af völdum streptókokka en sleppa sýnatöku hjá einkennalausum einstaklingum og þeim sem eru með klár merki um veiruhálsbólgu.
2. Ekki meðhöndla streptókokkaberara með sýklalyfjum hvort sem þeir eru einkennalausir eða með hálsbólgu af völdum veira.

Einnig er rétt að benda á klínískar leiðbeiningar landlæknisembættisins um greiningu og meðferð á hálsbólgu (5).

## Heimildir

1. Hollm-Delgado MG, Allard R, Pilon PA. Invasive group A streptococcal infections, clinical manifestations and their predictors, Montreal, 1995-2001. *Emerg Infect Dis* 2005; 11: 77-82.
2. Gerber MA. Diagnosis and treatment of pharyngitis in children. *Pediatr Clin North Am* 2005; 52: 729-47.
3. Vukmir RB. Adult and pediatric pharyngitis: a review. *J Emerg Med* 1992; 10: 607-16.
4. Singh S, Dolan JG, Centor RM. Optimal management of adults with pharyngitis—a multi-criteria decision analysis. *BMC Med Inform Decis Mak* 2006; 6: 14.
5. Landlaeknir.is; klínískar leiðbeiningar um hálsbólgu.
6. Linder JA, Chan JC, Bates DW. Evaluation and treatment of pharyngitis in primary care practice: the difference between guidelines is largely academic. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1374-9.
7. Engstrom S, Molstad S, Lindstrom K, Nilsson G, Borgquist L. Excessive use of rapid tests in respiratory tract infections in Swedish primary health care. *Scand J Infect Dis* 2004; 36: 213-8.
8. Gerber MA, Markowitz M. Management of streptococcal pharyngitis reconsidered. *Pediatr Infect Dis* 1985; 4: 518-26.
9. Kaplan EL. The group A streptococcal upper respiratory tract carrier state: an enigma. *J Pediatr* 1980; 97: 337-45.
10. Kaplan EL. Group A streptococcal carriers and contacts: (When) is retreatment necessary? S S, editor. Columbus 1984.
11. Kaplan EL, Gastanaduy AS, Huwe BB. The role of the carrier in treatment failures after antibiotic for group A streptococci in the upper respiratory tract. *J Lab Clin Med* 1981; 98: 326-35.

### The Mystery of gr. A streptococci

Þórolfur Guðnason MD  
Pediatrician and infectious disease specialist  
Chief of National Vaccination Program in Iceland