



A GRUBU STREPTOKOK ENFEKSİYONLARI (BETA STREPTOKOK MİKROBU)

Bu mikrobun yol açtığı hastalıkların başında boğaz ve bademcik enfeksiyonu (faringotonsilit) gelir. Bazı hastalarda, genellikle tedavi edilmeyenlerde orta kulak enfeksiyonu, sinüzit, tonsil apsesi ve boyunda lenf nodu enfeksiyonu gibi komplikasyonlar da görülebilir. A grubu beta hemolitik mikrobu ile enfeksiyonların asıl önemi, akut romatizmal ateş ve akut glomerulonefrit komplikasyonlarından kaynaklanır.

Kızıl hastalığı ise en sık bu mikropla oluşan farenjit ile ortaya çıkarken, nadiren cilt enfeksiyonu veya enfekte bir yara sonucu da oluşabilir. Kızıl da bu mikrobun ürettiği toksin sonucu aralıksız, zımpara kağıdına benzeyen karakteristik bir eritemli cilt döküntüsü vardır. Kızılda da tedavi tonsilofarenjit ile aynıdır.

Hastalık, mikrop solunum yolu ile alındıktan 2-5 gün sonra başlar. Üç yaş altında orta şiddette ateş ve burun akıntısı ile başlayabilir. Üç yaşın üzerinde ise boğaz ağrısı ve yutkunma güçlüğü de tabloya eşlik eder. Farenjit, genellikle grup A streptokok farenjiti olan bir kişiyle temas sonucu ortaya çıkar. Okullardaki farenjit salgınları dahil olmak üzere bu mikrobun bulaşması hemen her zaman solunum yolu salgıları ile temas sonucu olur. Okullar, çocuk bakımevleri ve askeri kurumlar gibi kalabalık yerlerde yakın temas nedeniyle bulaşma daha kolay olmaktadır.

Streptokoksik farenjit geçiren çocuklarda bulaştırıcılık en sık akut enfeksiyon sırasında olur ve tedavi edilmeyen hastalarda haftalar boyu devam eder. Uygun antibiyotik tedavisine başladıktan sonra 24 saat içinde bulaştırıcılık kaybolur.

Streptokoksik farenjit tanısı için en sık kullanılan test hızlı tanı testleri olup boğazdan alınan sürüntü örneğinde antijen bakılarak sonuç 30 dakikada verilebilir. Ancak altın standart her zaman boğaz kültürüdür.

A grubu streptokok enfeksiyonları, 3 yaşından küçük çocuklarda daha seyrek görülmekle beraber, bakımevlerinde görülmektedir. Bu çocuklarda akut romatizmal ateş riski düşük olduğundan, rutin boğaz kültürünün yapılması genellikle önerilmemektedir. Ancak, ani başlayan ateş, baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı ve boyundaki lenf bezlerinde şişkinlik bulunan çocuklarda tanı testlerine başvurulmalıdır.

Temasta bulunanlara test yapılması gereği duruma göre değişir. Aynı evde yaşayan şikayetsiz kişilere rutin test yapılması salgınlar dışında önerilmez. Ancak akut romatizmal ateş ya da glomerulonefrit komplikasyonları geçiren çocukların kardeşleri ya da temasta bulunduğu diğer çocuklara tanı testleri uygulanmalı ve pozitif çıkanlar şikayetsiz olsalar da tedavi edilmelidir. Tedaviden sonra boğaz kültürü bu riskli gruba yeniden uygulanmalıdır. Okullar, ocuk bakımevleri ya da kalabalık yerlerde, streptokoksik hastalığa bağlı salgın olmadan da sağlıklı çocuklarda taşıyıcılık oranı %15'lere çıkabilmektedir. Bu nedenle sınıflarda yaygın taramalar yapılması çok sayıda romatizmal ateş, glomerulonefrit ya da ağır hastalık vakası bulunduğunda dşnlmelidir.

Hasta ocuklar uygun tedaviye başladıktan en az 24 saat sonrasında kadar okuldan uzak tutulmalıdırlar ve diğer çocuklarla temasları önlenmelidir.

Tedavide oral veya enjeksiyon şeklinde penisilin tercih edilir, penisiline allerjisi olan çocuklarda ise oral eritromisin grubu antibiyotikler kullanılmalıdır.