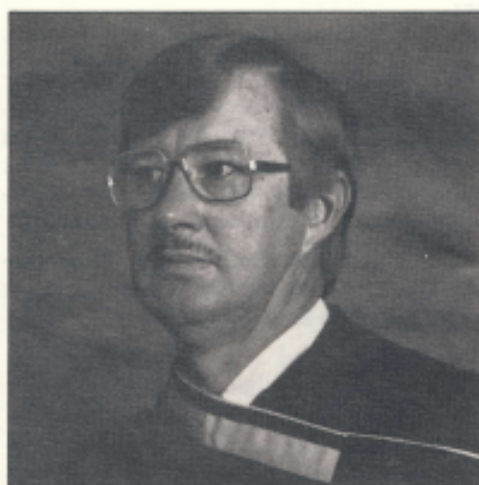


Boonste lugweg-infeksie

Deel I

— W F Seidel
— A S Coetzee



W F Seidel, MSc, MB ChB, MFAP (SA)
M Fam Med (Bloemfontein)
Volksweg 25, Welkom

A S Coetzee, MB ChB, M Med (Ortol)
Welkom

Dr W F Seidel

Wilhelm Friedrich Seidel behaal die graad BSc (Agric) in 1960 aan die Universiteit van Stellenbosch en MSc (Agric) in 1964 aan die Universiteit van Pretoria. Na twee jaar as voorligtingsbeampte in die Departement van Landbou besluit hy om medies sy loopbaan te maak. Hy behaal in 1969 die graad MB ChB aan die Universiteit van Stellenbosch. Sy Internjaar doen hy aan die Provinsiale Hospitaal te Welkom en hy bly daarna aan as Mediese Beampte in Interne Geneeskunde. Gedurende 1971 begin hy as Algemene Praktisyn in Welkom te praktiseer, en in 1981 behaal hy die graad MFAP (SA) en in 1982 die M Fam Med aan die Universiteit van Bloemfontein. Hy stel veral belang in Mediese politiek en dien dan ook op die Raad van beide die Nasionale Algemene Praktisynsgroep en die Akademie vir Huisartspraktyk/Primêre sorg. Hy is ook voorsitter van die Mynbystandvereniging se skakelkomitee.

Dr A S Coetzee

Andries Stephanus Coetzee behaal in 1963 die graad MB ChB aan die Universiteit van Stellenbosch. Hy voltooi sy Intern-jaar in die Karel Bremer-hospitaal, en werk daarna vir 2 jaar as Mediese beampte in ONK in die Frere-hospitaal (Oos-Londen). Aan die einde van 1966 wend hy hom tot die Algemene Praktyk in Grahamstad en na twee jaar verhuis hy na Port Elizabeth waar hy tot 1971 as Huisarts praktiseer. In 1972 sluit hy aan by die departement ONK in Bloemfontein, en behaal die graad M Med in 1975. Vanaf 1976 tot 1981 staan hy aan die hoof van die departement ONK totdat hy in 1982 besluit om die privaat-praktyk sy voorland te maak. Vanaf 1982 tot Maart 1987 praktiseer hy in Kroonstad, en besluit toe om na Welkom te verhuis, waar hy tans in praktyk is.

Summary

The most common upper respiratory tract infections are discussed; their clinical pictures are given as well as guidelines to good diagnosis and treatment.

S Afr Fam Pract 1987; 8: 298-304

KEYWORDS: Respiratory tract infections; Diagnosis; Drug therapy

Boonste lugweg-siektes is sekerlik een van die mees algemene groep siektes waarmee die huisarts daagliks te doen kry.

In 'n opname gedoen in 'n huisartsparktyk gedurende 1981, is bevind dat in 15% van die pasiënte gesien oor 'n tydperk van een jaar, 'n diagnose van Boonste lugweg-siektes (BLS) gemaak is.

In 'n ander studie¹ word die bewering gemaak dat tussen 10 en 15% van kinders onder 10 jaar aan akute Otitis Media ly. Aangesien dit so 'n algemene en relatief goedaardige siektetoestand is, word daar dikwels min of geen poging aangewend om 'n definitiewe diagnose te maak nie. Enige aantasting van die boonste lugweë word geklassifiseer onder die term BLS (Boonste Lugweg Siekte). Vandaar dan dat atopie by 'n kind beskryf sal word as "herhaalde aanvalle van verkoue" en sulke kinders sal dan dikwels een dosis anti-biotika na die ander verorber, sonder sukses.

John Howie² maak die stelling dat dit moeilik is om te veralgemeen in BLS, omdat die natuurlike geskiedenis so onvoorspelbaar is en meeste gevalle geen spesifieke behandeling vereis nie. Dit is egter ook waar dat verwaarloosde gevalle van BLS soms kan oorgaan in lewensbedreigende toestande soos pneumonie of meningitis.

In die lig van bogenoemde mag daar dus 'n saak uitgemaak word vir die huisarts se benadering dat hierdie groep relatief goedaardige siektes aktief en aggressief behandel behoort te word.

'n Verdere rede tot verwarring mag die gebrek aan definitiewe riglyne ten opsigte van behandeling van BLS wees. Dit wissel byvoorbeeld van toe-

diening van analgetika met gereelde opvolg tot behandeling met breë spektrum antibiotika in kombinasie met analgetika, Mukoletika, Antihistamine en die alomteenwoordige hoesstropie. Erens tussen hierdie verwarring moet die huisarts dan vir homself 'n resep uitsoek of opmaak wat vir sý pasiënte onder hulle sosio-ekonomiese en arbeids-

Huisartse behoort die sg goedaardige siekte, boonste lugweg-infeksie, aktief en aggressief te behandel

omstandighede sal pas. Dit is maklik om te praat van daaglikse opvolging en evaluasies, maar nie almal kan daaglik hulle huisarts besoek of bekostig om hom te besoek nie. Soms is daaglikse afsprake by die huisarts onmoontlik vanweë werk-drukke, of ander aktiwiteite, byvoorbeeld teaterlyste of klinieke op ander plekke.

Omskrywing van Boonste Lugweë

Die neus, paranasale sinusse, naso-farinks, farinks larinks en oor sal behandel word. Die oor word onderverdeel in middeloor en mastoïed-selle.

A. Die neus:

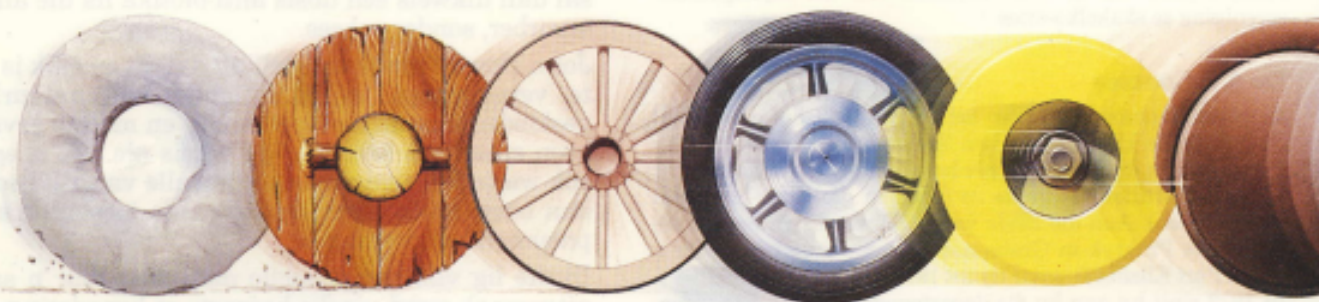
(i) Verkoue

Dis sekerlik een van die mees algemene sieketoe-stande waarmee die huisarts gekonfronteer word. Dit word veroorsaak deur meer as 200 DNA en RNA virusse waarvan die volgende voorbeelde is: Die rino-, adeno-, echo-, coxackie-, influensa-, para-influenza-virusse, asook Mycoplasma organismes.

Al dié virusse bestaan uit veelvuldige antigeentipes, sodat opbou van weerstand haas onmoontlik is en herhalende infeksies kan voorkom.

Verspreiding is deur middel van kontak en aangesien genoemde virusse buite die liggaam vir verskeie ure kan oorleef, is dit veral kontak met die geïnfecteerde persoon se hande of ander voorwerpe wat hy/sy hanteer het, wat hier 'n belangrike rol speel. Die effek van omgewingsfaktore, byvoorbeeld koue, klammigheid, ens op die oordraging van die siekte is nog nie bepaal nie.

WITHOUT MOVEMENT, THERE IS



Solphyllax aids in expelling thick bronchial mucus, providing prompt relief of coughs associated with respiratory infections, asthma and influenza.

Kliniese beeld:

Die pasiënt presenter in die akute fase met "’n gevoel van koorsigheid" eerder as ’n werklike hoë koors, tamheid en hoofpyn.

’n Waterige afskeiding vanuit die neus gepaard met nies, asook ’n droë, krapperige seer keel. Die waterige afskeiding verander spoedig in ’n mukofede tot selfs purulente afskeiding met obstruksie van die neusholtes.

Die nasale slymvlies is rooi en edemateus, terwyl die farinks en tonsils gewoonlik slegs geringe inflammatoriese veranderinge sonder enige eksudaat toon. Die servikale limfnodes is gewoonlik vergroot en effe teer, terwyl Herpes labialis redelik algemeen mag voorkom.

Spesiale ondersoek is ’n vermorsing van tyd en geld en die diagnose word op grond van die kliniese beeld gemaak. Daar moet egter gelet word daarop dat die simptome dikwels nie onderskei kan word van ander infeksies nie, waaronder

- 1) Streptokokkale en Meningokokkale infeksies, asook witseerkeel
- 2) Griep of influenza
- 3) Die prodromale simptome van masels, rubella en

waterpokkies.

Opvolg is dus essensieël.

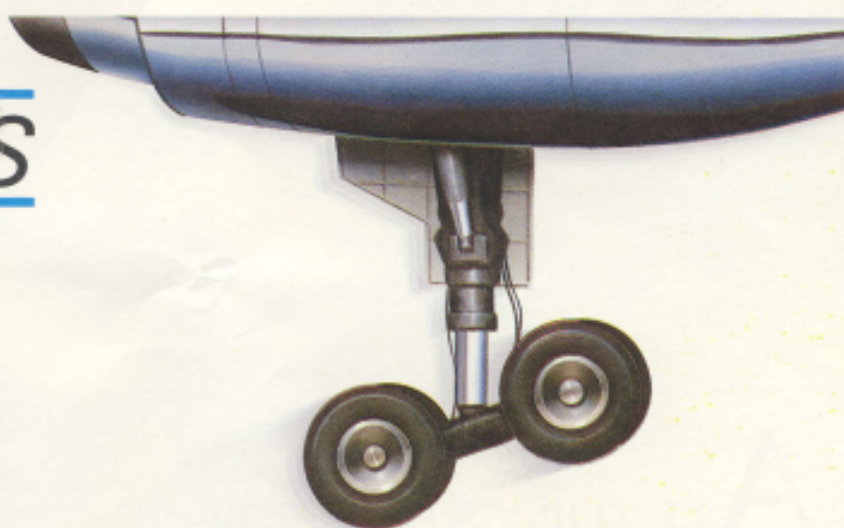
Verkou op sigself is ’n benigne siektetoestand wat gewoonlik met behandeling binne 7 dae opklaar en sonder enige behandeling binne 1 week. Die komplikasies as gevolg van sekondêre infeksies daarenteen, mag wissel van ernstige tot selfs lewensbedreigende toestande (meningitis en pneumonie). Dit op sigself regverdig opvolgbesoeke indien die pasiënt nie gunstig repondeer nie.

Daar is meer as 200 virusse en organismes wat verkoue veroorsaak

Behandeling:

Geen spesifieke behandeling kan aanbeveel word nie en juis dit gee dikwels aanleiding tot allerhande resepte en kombinasies van medisynes. Elke huisarts het gewoonlik sy eie beproefde resep, maar in breë trekke word die volgende aanbeveel:

NO PROGRESS



SOLPHYLLEX[®]

PROMPT RELIEF BRONCHODILATOR/EXPECTORANT

PUTS UNWANTED MUCUS TO FLIGHT



A division of Adcock-Ingram Laboratories Ltd.
50 Commando Road, Industria, 2042.
(011) 673-4000. (Reg. No. 01/04552/06).

SOLPHYLLEX COUGH SYRUP Ref. No. G703 (Act 101965). Each 5 ml contains: Theophylline 100 mg; Etophylline[®] 10 mg, Diphenhydramine HCl 8 mg, Ammonium Chloride 720 mg, Sodium Citrate 300 mg, 20,000% v/v. ¹Hidroxylin is a registered trademark for Etophylline-Hydroxyethyltheophylline. For dosage details see package insert.

060881

1. Bedrus en heelwat vloeistowwe vir ten minste 2 dae.
2. Analgetika³ (Wees net versigtig vir salisilate by kinders as gevolg van die moontlike gevaar van Reye se sindroom).
3. Antihistamine - Alhoewel daar heelwat kontroversie hieroor bestaan, stem die meerderheid huisartse saam dat dit veral in die eerste paar dae van groot waarde is om ontslae te raak van slym. Gee goeie beheer oor die neusafskeiding, maar beïnvloed nie die verloop van die siekte nie. Dit moet beskou word as simptomatiesse behandeling. Lomerigheid is by almal 'n nuwe-effek.
4. Neusdruppels, veral by kinders waar erge stuwings van die neusholtes kan voorkom, word Feniel-efedrien neusdruppels oor 'n kort termyn handig gevind. (Beïnvloed ook nie die verloop van die siekte nie). Waarsku egter altyd teen die gevare van langtermyn gebruik van die preparate. Ander preparate wat ook hier al meer veld wen, is Beklo-metasoon-preparate, byvoorbeeld Beconase en Viarox wat oor lang tydperke gebruik kan word sonder enige gevare of ernstige nuwe-effekte.
5. Antibiotika; sekerlik die grootste vorm van misbruik vind hier plaas en veral twee beginsels word hier nagevolg, naamlik:
 - Voorkom sekondêre bakteriële infeksie deur as roetine antibiotika te gebruik, veral die Eretromisien-groep
 - Gebruik eers antibiotika wanneer komplikasies voorkom.

John Howie² (Professor van Algemene Praktijk te Edinburgh) beweer dat eksterne faktore, byvoorbeeld pasiënt-druk of aandrang, dikwels bepaal wat voorgeskryf word.

Die stelling word gemaak⁴ dat die diagnose dikwels aangepas word om die behandeling waarop reeds besluit is, te regverdig. Nieteenstaande vele bewyse

Verkoue op sigself is 'n benigne siekte wat gewoonlik met behandeling binne 7 dae opklaar, en sonder enige behandeling binne een week

dat die roetine-gebruik van penisillien in geval van verkoues, bitter min gaan verander aan die erns of tydsduur van die siektetoestand, word dit nog steeds deur talle huisartse ingespan as deel van hulle armementarium. Moontlik verklaar dit aan die ander kant die verlaagde insidensie van ruma-tiekkors en Glomerulonefritis.

Dit moet egter beklemtoon word dat opvolg van die pasiënte belangrik is om enige sekondêre infeksie te kan evalueer en ooreenkomstig te behandel.

Vermyn aspirien, want die veroorsaak 'n toename in

die snelheid van virus verdeling en erns van die siekte, verder verhoog dit die aansteeklikheid (Stanley et al) van die pasiënt. Dit is bewys dat interferon daarenteen die verdeling van die virus onderdruk. Substanse wat die produksie van interferon stimuleer sal dus in die toekoms die behandeling vir virus infeksies wees.¹³

Huisartse moet daarteen waak dat die aandrang van hulle pasiënte nie bepaal wat hy gaan voorskryf nie

(ii) Abses Neusseptum

Moontlik nie so raar as wat algemeen aanvaar word nie, aangesien simptome en tekens dikwels deur oorhaastige toediening van antibiotika gemaskeer word.

Die mees algemene oorsaak is trauma van die neus met hematoomformasie en gevolglike infeksie. Dit mag egter ook volg op 'n puiisie of farunkel van die septum.

Kliniese beeld:

Obstruksie van die neusholte, hoofpyn, koors en 'n pynlike teer neus. Die abses is meestal sigbaar as 'n prominente swelling wat rooi en baie teer is. Indien verwaarloos, mag daar vernietiging van die kraakbeen plaasvind.

Behandeling:

Soos vir enige abses, naamlik breë spektrum antibiotika en dreinasie. Die mees algemene organismes in die neus is virusse⁵ ($\pm 90\%$), Groep A beta-hemolitiese streptokokke, stafilokokke, pneumokokke en hemophilus influenza, sodat penisillien nog steeds die keuse bly. Waar weerstand voorkom, byvoorbeeld in geval van stafilokokke, word Orbennin of Ampisillien aanbeveel.

Indien die abses klein is, mag slegs aspirasie deur middel van 'n dik naald genoegsaam wees. Waar dit egter groot is, moet verkieslik 'n insnyding gemaak word en soms is neusproppe nodig om oormatige bloeding te stop.

B. Die Paranasale Sinusse

Die slymvlies van die neus is in direkte verbinding met die van die paranasale sinusse en is van dieselfde tipe, naamlik trilhaar silinder epiteel met slymkliertjies.

Enige inflammatoriese (of allergiese) proses wat die slymvlies van die neus aantast, tas terselfdertyd ook die van die sinusse aan. Gedurende 'n verkoue is die slymvlies van die neus geswel en skei eers waterige slym af en later etterige slym. Dieselfde gebeur met die slymvlies van die sinusse. Dit kan egter nog nie as sinusitis beskryf word nie. Indien die aantasting

egter verder gaan en swelling van die slymvliese voorkom met oormatige slymafskieding, raak die ostea verstop, slymretensie tree in gevolg deur infeksie en dit veroorsaak dan lokale en algemene hoofpyn. Tandabsesse kan vir tot 10% van alle akute sinusitis-gevalle as oorsaak geïdentifiseer word.

Enige toestand wat die normale dreinerings van die sinusse belemmer, byvoorbeeld 'n skewe neusseptum, poliepe, chronies verdikte neusslymvlies of verlaagde weerstand, kan veroorsaak dat die akute toestand chronies raak in welke geval slymvlies-verdikking plaasvind, asook gedeeltelike vernietiging en metapasie van die slymvlies tot plaveisel-epiteel met etter wat ophoop.

Geïsoleerde infeksies in een sinusholte is raar⁶ en die algemene beeld is dié van 'n pansinusitis.

(i) Akute sinusitis

Kliniese beeld:

Die hoofklag is pyn wat frontaal of maksilêr voorkom, veral erg is as die pasiënt buk en in die oë of tande spreit.

Dit is dan ook nie snaaks om die pasiënt eers te sien nadat hy by die oogarts en/of tandarts was nie. Die aangetaste sinus is drukteer en soms mag selfs geringe rooiheid en swelling opgemerk word. 'n Toe neus met 'n purulente afskieding en postnasale afskieding is algemeen. Later mag die pasiënt kla van koors, koue koors en algemene tamheid.

Die diagnose word dikwels aangepas om die behandeling waarop reeds besluit is, te regverdig

Spesiale ondersoek:

1) Volbloedtelting - 'n Verhoging van die witseltelling. (Word selde gedoen.)

2) Kweking van die nasale afskieding om die organisme te identifiseer - ook selde aangevra.

3) X-Foto paranasale sinusholtes. Hiervan sê Raymond Godwin:⁷ "Documenting sinus infection by radiology is unnecessary and economically undesirable. It is best to reserve sinus radiology for those patients who have one or more of the following:

- Unexplained facial or dental pain
- A bloody discharge from the nose with no visible cause on examination
- Progressive deformity of paranasal structures, for example causing diplopia or dental shift (Baie laat simptome)
- Maxillary damage caused by trauma."

Behandeling:

Die behandeling is daarop gemik om infeksie te

onderdruk en doeltreffende dreinasie van die sinusholtes te bewerkstellig:

● In die akute fase mag, net soos vir verkoue, bedrus aangedui wees. Klem moet egter veral geplaas word op die inname van groot hoeveelhede vloeistowwe om genoegsame hidrasie en gevolglik sagte slym te verseker. Verder kan die insnuif van 'n soutwateroplossing en/of stoom van groot waarde wees.

● Analgetika. Dit is 'n pynlike toestand en normaalweg sal die pyn verdwyn sodra die drukking in die sinusse opgehef word. Analgetika moet verkieslik sonder kodeïn wees om indikking van slym te voorkom.

● Feniël-efedrien 1% neusdruppels moet dikwels (2-3 uurliks) toegedien word, slegs vir 'n beperkte tyd - gewoonlik 4 tot 5 dae. Dit sal veral dreinasie vanuit die sinusse bevorder.

● Antihistamine is voorheen baie gebruik, maar het in onguns verval vanweë die indikking van slym. Pseudo-efedrien preparate, byvoorbeeld Sudafed wat 'n dekongestiewe middel is, is hier van veel meer waarde.

● Mukolitikum het nog altyd sy voor en teenstanders gehad en waar sommige beweer dat dit van groot waarde is om die slymdrade op te breek, is andere van mening dat dit bloot 'n vermorsing van geld is, veral aangesien dit ook nie van die goedkoopste middels is nie en die aanbevole dosisse redelik hoog is.

● Antibiotika is sekerlik die hoeksteen van behandeling van akute sinusitis en het veral 'n groot rol gespeel in die voorkoming van komplikasies, byvoorbeeld sellulitis van die oog, orbitale periostitis, subperi-osteale abses en selfs meningitis of ekstradurale absesse. Daar kan nie genoeg beklemtoon word dat antibiotika altyd in hoë dosisse vir ten minste 10 dae gegee sal word en in die afwesigheid van 'n kweking moet 'n breë spektrum antibiotikum, by Ampisillien, Kefalosporien of selfs Lincomicien gegee word. Dit is hoofsaaklik aangedui as gevolg van die teenwoordigheid van veral Hemofilus influenza in die sinusse. Deesdae word al hoe meer anerobe spesies vanuit die sinusse gekweek en 'n sterk saak word uitgemaak vir die gelyktydige toedien van Metronidasool.

(ii) Sinusitis in kinders:

Sinusitis word dikwels beskou as 'n siekte van volwassenes en in gevalle van chroniese toe neus en neusafskieding word alles behalwe die sinusse blameer, moontlik omdat die wanbegrip by baie bestaan dat die sinusse eers laat in die lewe ontwikkel. Die maksilêre en ethmoid sinusse is reeds by geboorte aanwesig, terwyl die sphenoid en frontale sinusse eers na die derde jaar ontwikkel.

By kinders is daar, behalwe die gewone faktore wat dreinerings belemmer, ook nog die addisionele invloed van vergrote adenoïde. Indien antibiotika behandeling na 5 dae nog nie die akute toestand opgeklaar het nie, moet diagnostiese proefpunksies en antrostomie oorweeg word. Met swelling rondom

die oog of oë is dit noodsaaklik dat spoed diagnostiese proefpunksies en antrastomies en intranasale ethmoidektomies gedoen moet word.

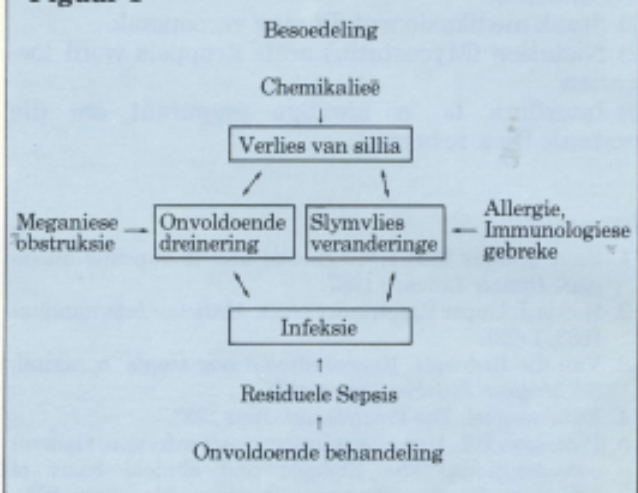
Kinders met sinusitis is geneig tot Otitis Media, chroniese postnasale afskeiding met gevolglike hoesbuie veral snags, herhaalde aanvalle van brongites en algemene slegte gesondheid. ("Failure to thrive").

'n Korrekte diagnose is dus hier van die uiterste belang en dit is een plek waar radiologie 'n baie belangrike rol kan speel. 'n Positiewe diagnose moet opgevolg word met aktiewe en agressiewe behandeling totdat die toestand opgeklar is. In die meerderheid van gevalle is 'n konserwatiewe benadering soos reeds uiteengesit genoegsaam, maar soms is 'n adenoidektomie met of sonder 'n tonsilektomie nodig om die obstruktiw element te verwyder.

(iii) Chroniese sinusitis:

Indien sinusitis chronies raak, mag dit te wyte wees aan een of meer van die volgende oorsake^{8,9} (soos in Figuur 1).

Figuur 1



- 1) Defektiewe dreinerings as gevolg van
 - 'n skewe septum wat die osteum toedruk
 - poliepe
 - allergiese rinitis
 - neoplasma
- 2) 'n Besondere virulente infeksie wat aanvanklik nie effektief behandel is nie, met gevolglike verettering en slymvliesverdikking.
- 3) 'n Verswakking in weerstand as gevolg van ander siektetoestande.
- 4) Chroniese maksilêre sinusitis wat volg op 'n tandabses
- 5) Sigareetrok
- 6) Enige ander irritante wat die siliêre funksie belemmer of vertraag bv uiterstes van temperature, lugbesoedeling, sigareetrok, virus-infeksies en allergieë.

7) Rinitis medikamentosa as gevolg van chroniese gebruik van neusdruppels

8) Vasomotoriese rinitis van onbekende oorsaak.

Konserwatiewe behandeling van die toestand is in die meeste gevalle van beperkte waarde as gevolg van die obstruktiw element wat bly voortbestaan. 'n Deeglike diagnose is dus hier van die uiterste belang en die pasiënt moet vir chirurgie verwys word. Behandeling bestaan uit die gelyktydige behandeling van die infeksie en 'n nuwe dreineringsopening - dus antibiotika en antrastomies en opheffing van obstruksies.

Vermyn asperien; dit veroorsaak 'n toename in die snelheid van die virus-verdeling en die erns van die siekte; ook verhoog dit die aansteeklikheid

Een aspek wat egter nog veels te min aandag kry en dan ook nie effektief genoeg behandel word nie, is allergieë. Stuwings van die neusslymvliese met gevolglike sinusitis is veral in sekere streke 'n groot probleem. Die probleem word vererger waar pasiënte oor lang tydperke antihistamine gebruik met gevolglike indikking van slym en belemmering van dreinasie.

Om die toestand effektief te kan behandel¹⁰ moet gepoog word om 'n definitiewe diagnose te maak. Is die allergie beperk tot sekere seisoene of is dit voortdurend aanwesig; is dit as gevolg van kossoorte wat ingeneem word of word die allergene ingeasem; is dit 'n enkele allergen of 'n kombinasie, en laastens kan dit vermyn of uitgeskakel word of moet dit behandel word? Uit die aard van die saak sal dit min help om Rynachrom of Beconase te gebruik as die oorsaak voedsel is.

'n Algemene benadering wat egter van waarde mag wees, is die volgende:

- 1) Identifiseer die allergene en probeer om dit te vermyn waar moontlik
- 2) Antihistamine slegs vir 'n kort tydperk gedurende akute aanvalle
- 3) Rynachrom en Beconase in kombinasie waar die allergene ingeasem word
- 4) Desensitisasie mag in sommige gevalle van waarde wees, veral waar 'n enkel allergen teenwoordig is, maar oor die algemeen is die resultate onbevredigend
- 5) Langwerkende steroïede word selde of ooit aanbeveel.

C. Die keel

Seerkeel is sekerlik by verre een van die mees algemene klagtes waarmee die huisarts te doen kry.

Dikwels skep dit 'n baie verwarrende beeld en geneesher moet versigtig wees om hulle nie blind te staar teen een simptome nie.

Daar word aanvaar dat die oorsaak vir akute BLI gewoonlik virusse is en Patterson⁵ maak die bewering dat dit so hoog as 90% is. Die keel verskil hier egter in soverre dat bakterieë relatief meer algemeen voorkom. In 'n studie¹¹ deur drie huisartse in Denemarke gedoen, is Beta-hemolitiese Streptokokke in 33,9% van die pasiënte geïsoleer.

'n Studie gedoen deur WJ Reader en RO Doehring¹² het ook bevind dat in 33% van gevalle die patogene Lancefield Groep A Beta-hemolitiese Streptokok was. In 'n kontrole-studie van gesonde mense was die syfer 14%. Dit is dus duidelik dat 'n algemene benadering van wag en sien wat gaan gebeur, hier gevaarlik mag wees, veral waar bakteriële infeksies van die keel nie klinies onderskei kan word van virus-infeksies nie. Die enigste betroubare manier is deur middel van 'n keeldepper. Aangesien laboratorium fasiliteite vir baie huisartse onbekombaar is en kwekings dus onmoontlik is, het 'n gewoonte ontstaan om antibiotika op groot skaal vir seer kele te gebruik. Dit is nie iets wat goedgepraat kan word nie, maar aan die anderkant kan dit ook weer nie summier verdoem word nie. Ons sit met 'n relatief hoë insidensie van 'n organisme wat rumatiekkoors en/of akute glomerulonefritis as komplikasie mag hê, sodat die empiriese gebruik van penisillien geregverdig mag word, veral aangesien dit relatief goedkoop is en ook effektief is teen meeste van die Beta-hemolitiese Streptokok-groepe. 'n Kursus van 10 dae word gewoonlik aanbeveel en Pen VK 250 mg 6 uurliks word gebruik. Wat egter ten sterkste afgekeur moet word, is die oormatige gebruik van breë spektrum antibiotika (sonder kwekings) wat nie alleen duur is nie, maar in die meeste gevalle oneffektief is teen Streptokokke.

(i) Akute Faringitis

Dit is 'n algemene vorm van seerkeel en kom selde geïsoleerd voor. Dit is gewoonlik 'n manifestasie van ander siektetoestande bv verkoue, griep, masels, skarlakenkoors, waterpokkies, rubella en soms allergieë.

Kliniese beeld:

Die pyn mag wissel van 'n blote gekriewel of ongemak tot erge rouheid wat sluk bemoeilik. Afhange van die primêre patologie mag heesheid, loopneus, hoes, spierpyne, hoofpyn en 'n ligte koors voorkom. Die slymvlies van die keel mag ook wissel vanaf geringe rooiheid tot erge hiperemie en stuwings van omliggende organe (uvula, sagte verhemelte, tong en mangels).

Diagnose:

In die meeste gevalle kan die diagnose gemaak word op die kliniese beeld van die primêre patologie, maar waar daar enige twyfel is, moet 'n keeldepper vir kweking geneem word.

Behandeling:

In die meeste gevalle is behandeling gemik op simptomatiesse verligting, naamlik:

- 1) Bedrus en vloeistowwe
- 2) Analgetika
- 3) Suigtablette met 'n lokale verdowende effek
- 4) Antibiotika is meesal nie aangedui nie. Waar die toestand egter vererger en sepsis intree, word penisillien as eerste keuse aanbeveel, tensy kwekings die teendeel bewys, of penisillien allergieë voorkom.

(ii) Moniliase of Sproei

Dié toestand kom veral voor in babas, ou mense en soms ernstige siek pasiënte. Die oormatige gebruik van breë spektrum antibiotika mag ook lei tot 'n oorgroei van monilia in die mond en selfs die hele spysverteringskanaal.

Kliniese beeld:

Dit word gewoonlik maklik uitgekien aan die wit aanpaksels of kolle op die tong, wange, tandvleise en keel. Dit mag soms in babas verwar word met melkaanpaksels, maar die verskil is dat daar meesal 'n bloeipuntjie verskyn wanneer die monilia afgekrap word.

Behandeling:

- 1) Staak medikasie wat dit mag veroorsaak
- 2) Nistatien (Mycostatin) orale druppels word toegedien
- 3) Interflora is 'n handige preparaat om die normale flora te herstel.

Bronnelys:

1. Bain J. Otitis Media: diagnostic and therapeutic dilemmas. *Update* January 1987.
2. Howie J. Upper Respiratory tract. *Medicine International* 1983; 1 (22).
3. Van die Redaksie. Reye-sindroom nog steeds 'n raaisel. *SA Mediese Tydskrif* 1984; 5 (26).
4. Redaksioneel. *The Practitioner*. June 1983.
5. Patterson PY. Upper respiratory tract infection: General considerations. The Biologic and clinical basis of infectious diseases. Youmans/Patterson/Sommers. W.B. Saunders Co 1980.
6. Adlington P. Paranasal sinus disease. *Medicine International* 1983; 1 (29).
7. Goodwin RJ. Sinusitis. *Update* April 1986.
8. Van Schalkwyk D. Chroniese sinusitis. Supplement to *SA Prescriber*.
9. Cherry John R. Nasal obstruction. *Medicine International* 1983; 1 (29)
10. Mansfield JR. The clinical diagnosis and treatment of rhinitis. *The Practitioner*. August 1983.
11. Hansen JG, Schmidt H, Bitsch N. Sore throat. Principles of diagnoses and treatment. *The Practitioner*. June 1983.
12. Reader WJ, Doehring RO. Tonsillitis in the paediatric out-patient. *SA Med J* 1984; 65.
13. Adams/Boies/Paparella. Boies's Fundamentals of Otolaryngology. W.B. Saunders Co 1978.