

Chronischer Husten als Symptom für COPD und Lungenkarzinom

Martin H. Brutsche

Die Aktivierung von Hustenrezeptoren führt zum Hustenreflex und löst damit das Husten aus. Die Kenntnis der Verteilung der Hustenrezeptoren hilft bei der ätiologischen Klärung. Husten ist einerseits ein wichtiges Alarmsymptom, tritt aber nicht selten erst bei einer fortgeschrittenen Erkrankung auf. Raucher kennen den morgendlichen produktiven Husten bereits in der Frühphase oder sogar vor dem Entstehen der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung im Sinne einer chronischen Bronchitis; sie gewöhnen sich aber an dieses Symptom und beklagen sich darüber nicht beim Arzt. Der Arzt sollte darum ausdrücklich danach fragen. Beim Lungenkarzinom ist der Husten häufig ein Spätsymptom. Bei fehlendem Hustenreflex sind Probleme wie Sekretretention und sekundäre Pneumonien die Folge. Die Therapie des Hustens soll, wenn immer möglich, auf die Ursache gezielt sein. Gelingt dies nicht, gibt es gute Medikamente zur Symptomtherapie, deren Wirksamkeit durch Studien belegt ist.



Prof. Dr. med.
Martin H. Brutsche

Beim Husten handelt es sich um sakkadenartiges, explosionsartiges Ausatmen (1). Der dazu notwendige hohe intrathorakale Druck wird mit verschlossener Stimmritze und Aktivierung der Atemmuskulatur aufgebaut. Es sind vor allem der Latissimus dorsi, die Interkostalmuskulatur und, sehr wichtig, die abdominale Muskulatur involviert. Der Luftaustritt aus der Trachea erreicht Geschwindigkeiten von mehr als 100 km/h. Normalerweise wird Mukus, welcher ein physiologisches Mass nicht überschreitet, mittels mukoziliärer Reinigung aus Bronchien und Trachea entfernt. Übersteigt die Mukusproduktion allerdings die Kapazitäten der mukoziliären Reinigung, setzt typischerweise Husten ein.

Hustenrezeptoren

Husten wird durch Aktivierung entsprechender Rezeptoren über einen Reflex via Rückenmark ausgelöst. Dass der Husten sehr wichtig ist, ersieht man aus der Tatsache, dass ein fehlender Hustenstoss bei Patienten deletär sein kann. Solche Patienten präsentieren häufig

„Hustenrezeptoren findet man nicht nur in der Lunge.“

eine Schleimretention, welche zu einer bibasalen Pneumonie führen kann. Wie oben erwähnt, ist beispielsweise auch ein adäquater Glottisschluss von zentraler Bedeutung. Patienten mit Stimmbandlähmungen haben deshalb Mühe, bei Bedarf Schleim auszuhusten. Hustenrezeptoren findet man nicht nur in der Lunge, sondern auch im Bereich des Magens, der distalen und proximalen Speiseröhre, am Perikard, im Bereich des Nasen-Rachen-Raumes und des Mittelohrs. Als Konsequenz können sämtliche Pathologien dieser Organe zu einem chronischen Husten führen. Die häufigsten Krankheiten, welche mit chronischem Husten vergesellschaftet sind, schliessen deshalb gastroösophagealen Reflux, Asthma, COPD, chronische Rhinosinusitis, «syndrome descendant» und Otitis media ein.

Allgemeine Aspekte des chronischen Hustens

Wie oben erwähnt, ist der Husten nützlich, gelegentlich wichtig, aber für die Patienten häufig sehr störend, da sie sozial ausgegrenzt werden. Wer möchte sich schon lange neben einem Menschen aufhalten, welcher ständig hustet? Chronischer Husten führt deshalb zu einer Stigmatisierung und hat einen relevanten negativen Einfluss auf die Lebensqualität. Dauert der Husten bis zu sechs Wochen, spricht man von akutem Husten. Ab sechs Wochen liegt ein chronischer Husten vor. Man unterscheidet den nicht produktiven, das heisst nicht schleimfördernden, vom produktiven, will heissen schleimfördernden Husten. Therapeutisch soll zuerst versucht werden, die ursächlichen Zusammenhänge, welche zu Husten geführt haben, zu therapieren. Nicht

selten hat chronischer Husten auch mehrere Ursachen. So kann ein Bronchialasthma auch mit gastroösophagealem Reflux oder Nasenpolypen vergesellschaftet sein. Die Therapie zielt dann auf alle vorhandenen Hustentrigger. Daneben gibt es eine Serie wirksamer Antitussiva. Viele dieser Medikamente sind evidenzbasiert und in Studien deutlich wirksamer als Placebo. Antitussiva eignen sich aber nicht für eine Dauertherapie. Die ursächliche Behandlung ist bei der Therapie des chronischen Hustens zentral! In seltenen Fällen, vor allem bei jungen Frauen, oder seltener jungen Männern, kann psychogener Husten vorliegen. Dabei handelt es sich aber um eine relativ seltene Ausschlussdiagnose. In der Regel finden sich beim chronischen Husten organische Ursachen.

Husten bei der COPD

Der chronische Husten ist ein wesentlicher Bestandteil des Krankheitsbilds. Auch hier können verschiedene Ursachen den Husten unterhalten. Betroffen sind bekanntlicherweise vor allem die Raucher. Aufgrund der Inhalation des Tabakrauches kommt es bereits nach Sekunden zu einer Lähmung der mukoziliären Reinigung. Diese führt zu einer transienten Mukostase. Typischerweise nach der Nachtruhe können diese Patienten sehr gut Sekret abhusten («Raucherhusten»). Raucherhusten wird aber beim Arzt selten als störendes Symptom genannt. Schliesslich hat man sich daran gewöhnt, und er gehört zum «guten Ton» eines Rauchers. Trotzdem ist diese rezidivierende

„Chronischer Husten führt zu Stigmatisierung und hat einen relevanten negativen Einfluss auf die Lebensqualität.“

Sekretretention natürlich negativ für die bronchiale Funktion und kann den Boden für eine bakterielle Besiedelung beziehungsweise Infektion darstellen.

Die Kolonisation mit entsprechender Entzündungsreaktion in den Bronchien stellt einen weiteren wichtigen Grund für chronischen Husten bei fortgeschrittener COPD dar. Patienten mit oder ohne Kolonisation erleiden

immer wieder virale oder bakterielle Bronchitiden. Wenn die Intervalle zwischen diesen Infektionen kurz sind, kann dies ebenfalls wie chronischer Husten imponieren. Wenn nikotinabhängige Patienten mit COPD den Nikotinabusus sistieren, kommt es typischerweise in den ersten zwei bis drei Wochen zu einer Vermehrung der Sekretbildung mit verstärktem Husten, weil die mukoziliäre Reinigung wieder in Gang kommt. Der Patient muss während dieser Zeit besonders gut motiviert werden, bei seinem Rauchstopp zu bleiben. Patienten mit einer COPD können aber auch eine asthmoide Komponente aufweisen. Die bronchiale Hyperreaktivität bei diesen Patienten ist ebenfalls eine Ursache für chronischen Husten (2). Der Husten, welcher mit bronchialer Hyperreaktivität vergesellschaftet ist, ist typischerweise nicht produktiv. Die Diagnose wird mithilfe der Spirometrie und von Tests der bronchialen Reversibilität oder mittels Methacholintest gestellt.

Der chronische Husten gehört als sehr treues Symptom zur COPD, wird aber, speziell bei Rauchern, nicht als Problem wahrgenommen. Für den Arzt wichtig ist das Erfragen, ob der Charakter des Hustens, zum Beispiel die Spu-

“In der Regel finden sich beim chronischen Husten organische Ursachen.”

tummengruppe, sich über die Zeit verändert hat. Kommt es zu einer deutlichen Zunahme der Sputummenge, bis hin zu maulvollen Expektorationen, muss beispielsweise auch an das Vorliegen von Bronchiektasen gedacht werden (3). Weitere Komplikationen wie die allergische bronchopulmonale Aspergillose sind dann möglich. Kommt es zu einer Blutbeimischung im Sputum, kann dies auf einen neuerlichen Infekt hinweisen. Natürlich muss dann auch, eher selten, an ein Bronchialkarzinom gedacht werden.

Husten bei Lungenkarzinom

Leider stellt Husten als Symptom des Lungenkarzinoms ein Spätsymptom dar. Nur in seltenen Fällen, wenn sich der Tumor in zentralen bronchialen Strukturen bildet, kann er sich durch chronischen Husten etwas früher bemerkbar machen. Das Auftreten von Hämoptoe

“Wenn Patienten mit COPD mit dem Rauchen aufhören, kommt es typischerweise in den ersten zwei bis drei Wochen zu einer Vermehrung der Sekretbildung mit verstärktem Husten, weil die mukoziliäre Reinigung wieder in Gang kommt.”

(hämoptoisches tingiertes Sputum und klassische Hämoptoe) soll dabei an ein Lungenkarzinom denken lassen. Kommt differenzialdiagnostisch eine Bronchitis infrage, was die häufigste Ursache von hämoptoischem Sputum darstellt, sollte das Problem nach drei Tagen unter Antibiotika verschwunden sein. Persistiert die Hämoptoe, sollte der Patient einem Spezialisten zugewiesen werden. Dieser wird eine Computertomografie des Thorax und eine Bronchoskopie durchführen. Dabei werden der gesamte Bronchialbaum nach Schleimhautveränderungen abgesehen, die Blutungsquelle identifiziert und zytologische wie auch mikrobiologische Untersuchungen veranlasst. Bei zentralen Tumoren, welche die Sekretmobilisation der distal gelegenen Lunge behindern, besteht die Gefahr einer poststenotischen Pneumonie. In dieser Situation soll geprüft werden, ob eine Laserresektion mit oder ohne Stentimplantation möglich ist (4). Diese kann die Kontinuität der Bronchien wiederherstellen und den Sekretabfluss verbessern. Der Stent stellt aber einen Fremdkörper dar, welcher seinerseits wieder Ursache von Husten sein kann. Die Tatsache, dass diese Stents be-

schichtet sind, bedeutet auch, dass die mukoziliäre Reinigung im Bereich des Stents nicht funktioniert. Schleim muss also durch den Stent aktiv ausgehustet werden. Bei diesen Patienten werden atemphysiotherapeutische Übungen mit dem Ziel der verbesserten Sekretmobilisation angewandt. Zusätzlich sind natürlich auch Inhalationen sinnvoll.

Wie bei der fortgeschrittenen COPD haben viele Patienten mit fortgeschrittenem Bronchialkarzinom eine bakterielle Besiedlung im Bronchialsystem. Durch gezielte Antibiotikagabe kann die Schleimproduktion auf ein vernünftiges Mass reduziert werden. Auch beim tumorbedingten Husten sollte die Therapie des Hustens vorab ursächlich sein. Wenn nicht möglich oder nicht ausreichend, kann eine effiziente medikamentöse Therapie eingesetzt werden (5). ♦

Korrespondenzadresse:

Professor Martin H. Brutsche
Chefarzt Pneumologie
Kantonsspital Aarau
Tellstrasse
5001 Aarau
E-Mail: martin.brutsche@ksa.ch

Potenzielle Interessenkonflikte: keine

Literatur:

1. Irwin R.S. et al.: American College of Chest Physicians (ACCP): Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2006; 129(1 Suppl): 1S–25S.
2. Brutsche M.H. et al.: SAPALDIA Team: Bronchial hyperresponsiveness and the development of asthma and COPD in asymptomatic individuals: SAPALDIA cohort study. Thorax. 2006; 61 (8): 671–677.
3. O'Donnell A.E.: Bronchiectasis. Chest 2008; 134 (4): 815–825.
4. Chhajed P.N. et al.: Outcome of treated advanced non-small cell lung cancer with and without central airway obstruction. Chest 2006; 130 (6): 1805–1807.
5. Kvale P.A., Selecky P.A., Prakash U.B.: American College of Chest Physicians. Palliative care in lung cancer: ACCP evidence-based clinical practice guidelines (2nd edition). Chest 2007; 132 (3 Suppl): 368S–405S.