

Chronischer Husten bei Nichtrauchern

Differenzialdiagnose und Behandlungsstrategien

Salome Schafroth Török, Jörg D. Leuppi

Die häufigsten drei Ursachen für chronischen Husten bei Nichtrauchern, die keine ACE-Hemmer einnehmen, sind eosinophile Atemwegserkrankungen wie Asthma oder eosinophile Bronchitis, das Upper-airway-cough-Syndrom (UACS) und gastroösophagealer Reflux (GERD). Bei normalem Thoraxröntgenbild und fehlenden anamnestischen Hinweisen auf eine seltenere Erkrankung empfiehlt es sich, routinemässig nach diesen drei Krankheitsbildern zu suchen respektive diese empirisch zu behandeln.



Dr. med.
S. Schafroth Török



PD Dr. med.
Jörg D. Leuppi

Der chronische Husten definiert sich durch eine Dauer von mehr als acht Wochen (1–4). Er ist ein sehr häufiges Symptom, sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch in der medizinischen Praxis (5–7). Eine grosse Schweizer Kohortenstudie mit über 9000 erwachsenen Teilnehmern (SAPALDIA) ermittelte eine Prävalenz von chronischem Husten von 3,3 Prozent bei Nichtrauchern und 9,2 Prozent bei Rauchern (8). Nikotinassozierte Krankheiten (chronische Bronchitis, COPD) sind sehr häufige Ursachen für chronischen Husten, der vorliegende Artikel befasst sich mit den häufigsten Ursachen für chronischen Husten bei Nichtrauchern.

Die häufigsten Ursachen

Die häufigsten Ursachen für chronischen Husten bei Nichtrauchern sind

- eosinophile Atemwegserkrankungen wie Asthma oder eosinophile Bronchitis
- das Upper-airway-cough-Syndrom
- gastroösophagealer Reflux (1, 2, 4, 9–15).

Diese drei Krankheitsbilder konnten in prospektiven Studien den chronischen Husten bei Nichtrauchern bei der Mehrzahl der Patienten erklären, und die Behandlung der zugrunde liegenden Krankheit führte bei den meisten Patienten zur Besserung oder zum vollständigen Verschwinden des Hustens. Die Häufigkeitsverteilung dieser drei Ursachen variiert in den verschiedenen Studien, je nach Patientenselektion und genauen Krankheitsdefinitionen in den jeweiligen Studienprotokollen (1, 2, 9–14). Diagnostisch und therapeutisch erschwerend ist die Tatsache, dass die drei Krankheiten häufig gleichzeitig vorhanden sind und zum Husten beitragen können. Fehlendes Erkennen einer der zugrunde liegenden Krankheiten kann zu erfolglosen Behandlungsversuchen führen. Der Husten wird erst verschwinden, wenn alle vorhandenen Grundkrankheiten effektiv behandelt sind. Eine Schwierigkeit liegt ausserdem darin, dass der Husten bei jeder dieser Krankheiten das einzige Symptom sein kann und die Krankheiten im Übrigen stumm verlaufen können (2, 9–12). In einer prospektiven Studie wurde gezeigt, dass eine detaillierte Anamnese bezüglich Charakter und zeitlichen Auftretens des Hustens oft in der Diagnostik nicht hilfreich ist (12).

Eosinophile Atemwegserkrankungen: Asthma und eosinophile Bronchitis

Asthma bronchiale

Anamnese oder medizinische Vorgeschichte sind gelegentlich suggestiv für Asthma, können jedoch ein Asthma als Ursache für den chronischen Husten nicht zuverlässig ausschliessen. Nicht immer sind ein pfeifendes Atemgeräusch oder Dyspnoe vorhanden, der chronische Husten kann das vorherrschende oder einzige Symptom sein (2, 4, 16, 17). Mittels Spirometrie kann die Diagnose des Asthma bronchiale gestellt werden, falls sich eine obstruktive Ventilationsstörung findet, welche nach Inhalation eines kurz wirksamen Bronchodilatators vollständig reversibel ist. Eine normale Spirometrie schliesst ein Asthma bronchiale jedoch nicht aus (16, 17). Bei Verdacht auf ein Asthma bronchiale und unauffälliger Spirometrie empfiehlt sich die Durchführung eines Bronchoprovokationstests (z.B. Methacholintest). Ein negativer Test schliesst mit einem negativ prä-

diktiven Wert von fast 100 Prozent ein Asthma bronchiale zuverlässig aus (2, 4, 11, 15, 17). Ein positiver Test hat einen positiv prädiktiven Wert von 60 bis 88 Prozent, beweisend für die Diagnose des Asthma bronchiale als Ursache für den chronischen Husten ist jedoch erst die Besserung respektive das Verschwinden des Hustens unter Therapie (2, 4, 11, 17). In den meisten Fällen rechtfertigt ein positiver Bronchoprovokationstest somit einen Behandlungsversuch eines Asthma bronchiale (2, 17). Die Behandlung entspricht derjenigen eines klassischen Asthma bronchiale. Üblicherweise besteht die Therapie primär aus einem inhalativen Steroid, gegebenenfalls in Kombination mit einem inhalativen, lang wirksamen Bronchodilatator (16).

Eosinophile Bronchitis

Vom Asthma abzugrenzen ist die eosinophile Bronchitis. Diese zeichnet sich ähnlich wie das Asthma bronchiale durch eine eosinophile Entzündung der Atemwege aus, es besteht jedoch keine Obstruktion oder bronchiale Hyperreagibilität. Lungenfunktion und Bronchoprovokationstest sind somit normal (3, 4, 16, 18). Ein negativer Bronchoprovokationstest schliesst somit ein Asthma bronchiale relativ zuverlässig aus, nicht jedoch den ebenfalls auf inhalative Steroide ansprechenden Husten wegen eosinophiler Bronchitis (4).

Der Verdacht auf eine eosinophile Bronchitis besteht bei Nachweis einer Eosinophilie im induzierten Sputum (> 3%) (4). Falls kein Sputum produziert werden kann, kann die eosinophile Entzündung bronchoskopisch in der bronchoalveolären Lavage und Schleimhautbiopsie nachgewiesen werden (15, 18). Andere Erkrankungen sollten mittels klinischer Untersuchung, einem normalen Thoraxröntgenbild und einer unauffälligen Lungenfunktion ausgeschlossen werden (18).

Die Behandlung besteht wie bei Asthma bronchiale aus inhalativen Steroiden, selten vorübergehend aus oralen Steroiden. Ein Ansprechen auf die Therapie mit Verschwinden oder Besserung des Hustens bestätigt die Diagnose (4, 10, 18).

Gastroösophageale Refluxerkrankung (GERD)

Die diagnostische Schwierigkeit bei chronischem Husten aufgrund von GERD besteht da-

rin, dass zusätzliche gastrointestinale Symptome bei bis zu 75 Prozent der Patienten fehlen können (11, 12, 19, 20). Auf der anderen Seite sollte GERD als Ursache für den Husten immer in Erwägung gezogen werden, wenn typische und häufige gastrointestinale Symptome wie tägliches retrosternales Brennen oder saures Aufstossen vorhanden sind (4, 6, 21).

Wenn der Patient typische Symptome einer GERD aufweist oder andere häufige Erkrankungen ausgeschlossen sind (d.h. keine Exposition gegenüber Reizstoffen in der Umgebung, derzeit kein Nikotinabusus, normales Thoraxröntgenbild, symptomatisches Asthma ausgeschlossen, UACS ausgeschlossen, eosinophile Bronchitis ausgeschlossen), wird die Durchführung einer empirischen Therapie empfohlen (2, 4, 19). Diese besteht aus dem Einsatz eines hoch dosierten Protonenpumpeninhibitors (z.B. Omeprazol 20–40 mg zweimal täglich) während mindestens zwei bis drei Monaten. Bei einzelnen Patienten kann zusätzlich der Einsatz von Prokinetika (z.B. Metoclopramid 10 mg dreimal täglich) notwendig sein (2–4). Zusätzlich werden Verhaltens- und Ernährungsänderungen empfohlen, wie eine fettarme Ernährung und Verzicht auf Alkohol, Schokolade und Kaffee (19). In unklaren Situationen, zum Beispiel bei fehlendem Ansprechen auf eine adäquate Antirefluxtherapie, ist eine weitere Abklärung mittels 24-Stunden-Ösophagus-pH-Metrie empfohlen (2–4, 9, 19). Die 24-Stunden-Ösophagus-pH-Metrie ist die sensitivste und spezifischste einzelne Methode, um den Zusammenhang zwischen chronischem Husten und GERD zu diagnostizieren; sie hat jedoch ihre Limiten. Zum einen gibt es keinen generellen Konsens bezüglich der besten Interpretation des Tests im Rahmen der Abklärung eines chronischen Hustens, und zum anderen werden Episoden mit nicht saurem Reflux, die auch zum Husten beitragen können, durch diese Methode nicht erfasst (19).

Upper-airway-cough-Syndrom (UACS)

Das Upper-airway-cough-Syndrom (UACS; früher: postnasal drip syndrome) umfasst eine Vielfalt von Erkrankungen im Bereich der oberen Atemwege, zum Beispiel allergische Rhinitis, perenniale nicht allergische Rhinitis, postinfektiöse Rhinitis, virale oder bakterielle Sinusitis, Rhinitis aufgrund chemischer oder physikalischer Irritationen, Rhinitis medicamentosa, nasale Polypen und Schwangerschaftsrhinitis (4, 22).

Die Symptome und Zeichen des UACS sind unspezifisch. Beschrieben werden Symptome wie Nasenlaufen, verstopfte Nase, das Gefühl, sich häufig räuspert zu müssen und Nasensekrete,

die über den Rachen in den Hals hinunterlaufen (1, 9, 22). Mögliche Befunde im Status sind schleimiges oder eitriges Sekret im Rachenraum und/oder pflastersteinartige Veränderung der Schleimhaut (9). Die weitere Abklärung in unklaren Situationen besteht deshalb primär aus einer HNO-ärztlichen Untersuchung, in zweiter Linie können bei Bedarf radiologische Untersuchungen (konventionelles Röntgen oder CT) der Nasennebenhöhlen durchgeführt werden (2, 4, 22). Eine Diagnose kann jedoch nicht allein durch Klinik oder Radiologie gestellt werden, das Ansprechen auf eine entsprechende Therapie mit Verbesserung oder Verschwinden des Hustens ist ein entscheidender Faktor zur Bestätigung der Diagnose. Ein empirischer Therapieversuch ist somit sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch entscheidend (3, 15, 22).

Mehrere Studien belegen die Wirksamkeit einer empirischen Therapie mit einem älteren, sedierenden Antihistaminikum in Kombination mit einem abschwellenden Medikament (z.B. Pseudoephedrin) (9, 15). Die amerikanischen Richtlinien empfehlen primär diesen Therapieansatz. Neuere (weniger sedierende) Antihistaminika scheinen in der Therapie des UACS nicht wirksam zu sein. Gemäss europäischen und britischen Richtlinien können auch nasale Steroide für mindestens einen Monat allein oder in Kombination mit einem älteren Antihistaminikum eingesetzt werden (2–4, 9, 22). Ist die zugrunde liegende Ursache des UACS bekannt, sollte die Therapie entsprechend angepasst werden (z.B. Vermeidung des Allergens, nasale Steroide und Antihistaminika bei allergischer Rhinitis; abschwellende Nasentropfen und gegebenenfalls eine antibiotische Therapie bei Sinusitis) (9, 22).

Abklärungs- und Behandlungsstrategie

Der *Kasten* zeigt die ersten Abklärungs- und Behandlungsschritte auf. Obwohl Anamnese und Status oft nicht wegweisend bezüglich der Ätiologie des chronischen Hustens sind (12), stehen sie am Anfang einer Abklärung; dies insbesondere im Hinblick auf mögliche medikamentöse Ursachen (z.B. ACE-Hemmer), Raucherstatus oder selteneren Erkrankungen, die mit zusätzlichen Symptomen (z.B. Dyspnoe, Hämoptoe) oder Allgemeinsymptomen einhergehen können (z.B. Tuberkulose, Bronchuskarzinom, interstitielle Lungenerkrankungen) (2, 10). Ebenfalls zum Ausschluss einer selteneren Erkrankung sollte gemäss internationalen Richtlinien bei jedem Patienten mit einem chronischen Husten ein Thoraxröntgenbild gemacht werden (2, 5). Eine bestehende Therapie mit einem ACE-Hemmer sollte gestoppt

Kasten: Erste Untersuchungs- und Behandlungsschritte bei chronischem Husten

(abgeändert nach Richtlinien der European Respiratory Society [4], der British Thoracic Society [3] und des American College of Chest Physicians [2, 17–22])

Alle Patienten

- Anamnese
- Status
- Thoraxröntgenaufnahme
- Spirometrie

Initiale Schritte je nach klinischem Verdacht

Upper-airway-cough-Syndrom
empirische Behandlung

Asthma bronchiale
idealerweise Bronchoprovokationstest
oder
empirische Behandlung

Eosinophile Bronchitis
idealerweise Sputumuntersuch. auf Eosinophilie
oder
empirische Behandlung

Gastroösophagealer Reflux
empirische Behandlung

Weitere Schritte

HNO-Untersuchung

Bildgebung der Nasennebenhöhlen
(Röntgen oder CT)

24-Stunden-Ösophagus-pH-Metrie

Seltene Ursachen bedenken:
Zuweisung zum Spezialisten
(je nach Klinik z.B. HRCT Thorax, Bronchoskopie, Echokardiografie, Ösophagus-Barium-Breischluck)

werden, das weitere Vorgehen bei einem pathologischen Thoraxröntgenbild beruht auf dem spezifischen Befund (2, 5). In europäischen Richtlinien (3, 4) wird empfohlen, bei allen Patienten eine Spirometrie vor und nach Inhalation eines kurz wirksamen Bronchodilators durchzuführen. Damit kann gegebenenfalls die Diagnose eines Asthma bronchiale gestellt werden, eine normale Spirometrie schliesst ein Asthma jedoch nicht aus (16). Bei fehlenden klinischen oder radiologischen Hinweisen für eine seltene Erkrankung ist es anschliessend sinnvoll, die weiteren Abklärungen und Therapien primär auf die drei oben erwähnten häufigen Krankheitsbilder zu fokussieren. Dieser Ansatz ist erfolgsversprechender, als routinemässig nach ungewöhnlicheren, selteneren Ursachen zu suchen (2, 3, 9, 10). Internationale Richtlinien (2–4) empfehlen eine Kombination aus ausgewählten diagnostischen Tests und empirischen Thera-

pien zur Abklärung und Behandlung des chronischen Hustens. Diese Vorgehensweise beruht auf der Annahme, dass die Ursache des Hustens identifiziert ist, wenn der Husten verschwindet.

Welche der drei Ursachen als Erste gesucht respektive empirisch behandelt wird, hängt von allfälligen zusätzlichen Symptomen oder Befunden ab. Wenn sich klinisch keine richtungsweisenden Hinweise ergeben, wird von amerikanischen und europäischen Richtlinien die Abklärung und Therapie in folgender Reihenfolge empfohlen:

1. UACS
2. Asthma und eosinophile Bronchitis
3. GERD (2, 4).

Die britischen Richtlinien hingegen empfehlen, bei jedem Patienten ohne offensichtliche Ätiologie des Hustens einen Bronchoprovokationstest durchzuführen (3).

Bei Verdacht auf das UACS sollte bei typischen Symptomen primär eine empirische Therapie durchgeführt werden. Beim bis auf den Husten asymptomatischen Patienten kann vor der Therapie eine Hals-Nasen-Ohren-Untersuchung erwogen werden (2, 4, 22). Zur Abklärung der eosinophilen Atemwegserkrankungen empfiehlt sich vor Therapie die Durchführung eines Bronchoprovokationstests. Falls dieser negativ ist, folgt die Untersuchung von Sputum auf Eosinophilie oder eine empirische Therapie. Wenn der Husten nicht oder nur partiell auf die durchgeführten Therapien anspricht, sollte als Nächstes eine GERD empirisch behandelt werden. Falls die Diagnose weiterhin unklar bleibt, ist die Zuweisung zu einem Spezialisten indiziert (2, 22).

Mit einem solchen systematischen Ansatz, der nach den drei häufigsten Ursachen für den chronischen Husten sucht, konnte in prospektiven

Studien die Ursache bei über 90 Prozent der Patienten gefunden und der Husten erfolgreich therapiert werden (9, 12, 13, 15). Die Dauer bis zum Verschwinden des Hustens kann jedoch insbesondere bei mehreren Ursachen mehrere Wochen bis Monate dauern (9, 15). ♦

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Salome Schafroth Török
 Universitätsspital Basel
 Pneumologie
 Petersgraben 4
 4051 Basel
 E-Mail: SchafrothS@uhbs.ch

Potenzielle Interessenkonflikte: keine

Literaturliste auf Anfrage beim Verlag erhältlich:
 info@rosenfluh.ch

Der menstruierende Finger

Meine Freundin Martha hat einen menstruierenden Finger. Sagt sie. Ich weiss nicht, ob Ihnen das Phänomen bekannt ist. Eine Art Dornröschensyndrom. An einer Spindel hat sich Martha allerdings nicht gestochen. Eine Mücke hat sie gestochen, eine italienische Mücke, um genau zu sein. Und vor der Mücke hat sie sich beim Putzen meines Liegestuhls diesen selben Finger eingeklemmt.

Wir waren auf der Terrasse und wollten den ersten Sommertag geniessen. Martha sagte, sie mache das schon, den Liegestuhl schnell abwischen, und plötzlich schrie sie wie ein Tier. Alle Hunde in dem Quartier fingen an zu bellen. Als wir ihre Hand wieder aus dem zugeschnappten Liegestuhl kriegten, war ihr linker Ringfinger total gequetscht. Ich legte sofort Eis auf und holte den Whiskey aus dem Schrank. Der Finger erholte sich erstaunlich schnell. Auch als dann die Mücke ein paar Monate später Martha in den Finger stach, ist sie weder in Ohnmacht gefallen, noch ist die Schlafkrankheit über sie gekommen. Aus dem Mückenstich entstand jedoch eine rote Beere. Ich dachte natürlich sofort an den Kuss des Teufels auf die Wange von Frau Christine in Jeremias Gotthelfs «Die schwarze Spinne». Mit dem Kuss besiegelte der Teufel einen Pakt. Für seine Dienste verlangte er ein Kind. Als Frau Christine dann das Kind nicht herausrücken wollte, erschien auf ihrer Wange ein schwarzer Punkt, aus dem später die Spinnen herauskrochen. Zum Glück war die Beere auf

Marthas Finger nicht schwarz, sondern rot. Als die Beere reif war, öffnete sie sich, und Blut kam heraus.

Martha ist nicht verheiratet und bildet sich nun ein, der Finger räche sich. Er werde so lange bluten, bis er einen Ring bekomme. Das ist natürlich Unsinn, aber Martha macht sich nun ernsthaft Gedanken darüber, was in ihrem Leben schiefgelaufen sei. Ich musste mehrere Witwen öffnen, Martha trinkt keinen Prosecco, nur Champagner erster Güte, bis sie wieder Vernunft annahm und ihre Ärztin anrief. Die traktierte sie mit dem Höllenstein, der rote Punkt wurde schwarz, und Martha dachte nun auch an den Teufel. Ich las ihr aus Parsifal vor: «Nur eine Waffe taugt. Die Wunde schliesst der Speer nur, der sie schlug.» Aus dem schwarzen Punkt an Marthas Finger trat wieder Blut aus. «Muss ich jetzt die Mücke wieder finden», sagte Martha, «die mich gestochen hat, oder soll ich mich an den Liegestuhl wenden. Bitte, lieber Liegestuhl, klemm mir den Finger noch einmal ein. Diesmal aber richtig.»

Christine Rinderknecht

Christine Rinderknecht, geboren 1954 in Nussbaumen, hat Germanistik, Romanistik und Literaturkritik in Zürich, Paris und Berlin studiert, als Autorin und Dramaturgin am Theater gearbeitet und Kurzgeschichten veröffentlicht. 1994 erschien ihr erster Erzählband «Bruchstein und Backstein», 2002 «Ein Löffel in der Luft», 2005 «Lilli».