

Chronischer Husten

Herausforderung für den Hausarzt

In der hausärztlichen Praxis stellen sich täglich Patienten mit Husten vor. Meist ist er durch Virusinfekte bedingt und verschwindet nach wenigen Wochen – auch ohne aufwendige Diagnostik und Therapie. Hält das Symptom jedoch mehr als acht Wochen an, so spricht man von «chronischem Husten». Da viele Differenzialdiagnosen infrage kommen, kann das Aufdecken der Ursache für den behandelnden Arzt eine besondere Herausforderung sein. Dieser Artikel stellt eine strukturierte Abklärung vor, die sich an der Häufigkeit von potenziell verursachenden Erkrankungen und am individuellen klinischen Bild des Patienten orientiert. Das hier beschriebene pragmatische Vorgehen basiert auf den Inhalten der S3-Leitlinie «Husten» der DEGAM.

Felix Holzinger und Sabine Beck

Der Fall

Herr B. ist 58 Jahre alt, IT-Fachmann in einem mittelständischen Betrieb. Er stellt sich in der Praxis seines Hausarztes vor, weil seine Ehefrau ihn gedrängt hat, sich untersuchen zu lassen. Seit 3 Monaten besteht bei Herrn B. ein hartnäckiger trockener Husten, der sich nicht bessern will und sehr lästig ist. Besonders ausgeprägt sind die Beschwerden am Abend vor dem Einschlafen. Begonnen hatte die Symptomatik mit einem grippalen Infekt mit Schnupfen, Halsschmerzen und Husten mit Auswurf. Bis auf den Husten sind alle Erkältungsbeschwerden schon seit Wochen verschwunden, Fieber oder andere Begleitsymptome bestehen zurzeit nicht. Insgesamt fühlt sich der Patient nicht sonderlich krank. Herr B. ist Nichtraucher, hat aber bis vor 10 Jahren geraucht (insgesamt 20 pack years). Medikamente nimmt er nicht dauerhaft ein. Die Auskultation von Herz und Lunge ist unauffällig.

MERKSÄTZE

- ❖ Von «chronischem Husten» spricht man definitionsgemäss ab einer Dauer von mehr als acht Wochen.
- ❖ Bei Verdacht auf BHR, UACS oder Reflux empfiehlt sich zunächst ein Therapieversuch «ex juvantibus».

Fragestellungen

- ❖ Welche Ursachen können hinter einem chronischen Husten stecken?
- ❖ Welche weiterführende Diagnostik sollte bei dem Patienten erfolgen?
- ❖ Wie ist das therapeutische Vorgehen bei häufigen Krankheitsbildern?

Ursachen von chronischem Husten

Mit einer Prävalenz von 10 bis 20 Prozent (u.a. abhängig von Jahreszeit und Raucherstatus) ist der chronische Husten ein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis (1, 2). Ob ein länger bestehender Husten abgeklärt werden muss, sollte nicht strikt von der Definition «chronischer Husten» (mehr als 8 Wochen Dauer) abhängig gemacht werden. Entscheidend sind vielmehr das individuelle klinische Bild und die hausärztliche Erfahrung: Während bei einer protrahierten Bronchitis bis zum kompletten Abklingen durchaus 6 bis 8 Wochen vergehen können, sollte bei unklarem Husten – abhängig vom klinischen Eindruck – schon nach 3 bis 4 Wochen nach Erkrankungen gefahndet werden, die typischerweise mit chronischem Husten einhergehen. Wichtige und häufige Ursachen von chronischem Husten sind COPD und Asthma bronchiale, auch ein medikamenteninduzierter Husten sollte in Betracht gezogen werden. So tritt unter ACE-Hemmern bei etwa 5 bis 10 Prozent der Patienten ein trockener Husten auf. Des Weiteren können oft eine bronchiale Hyperreagibilität, ein UACS (upper airway cough syndrome) oder ein gastro-ösophagealer Reflux ursächlich sein (3, 4). Die Differenzialdiagnostik kann dadurch erschwert werden, dass der Husten nicht immer monokausal zu erklären ist. Nicht alle Ursachen eines chronischen Hustens sind harmlos – gefährliche Verläufe, die bei den Überlegungen zur Differenzialdiagnose bedacht werden müssen, sowie deren Warnzeichen in Anamnese und Befund («Red Flags») zeigt die *Tabelle*.

Welche weiterführende Diagnostik ist sinnvoll?

Anamnese und körperliche Untersuchung erlauben meist eine erste Zuordnung oder Verdachtsdiagnose (3, 4). Hierbei ist die Bedeutung der Raucheranamnese hervorzuheben – Rauchen ist beim chronischen Husten häufig (mit-)ursächlich (5). Ergänzend wird dann eine weitere gezielte Diagnostik eingeleitet. Um potenziell ernste Differenzialdiagnosen, insbesondere ein Bronchialkarzinom, nicht zu übersehen, empfehlen nationale und internationale Leitlinien nach acht Wochen Husten eine Röntgenthoraxaufnahme (6–8). Ergänzend ist häufig eine Spirometrie sinnvoll; hierdurch lassen sich

Tabelle:

Abwendbar gefährliche Verläufe und Warnzeichen

Abwendbar gefährlicher Verlauf	Warnzeichen/Red Flags
Herzinsuffizienz (kardiales Asthma)	Belastungsdyspnoe, schnelle Erschöpfung, Ödeme, Nykturie, Orthopnoe
rezidivierende Lungenembolien	Sind häufiger bei Patienten mit Erkrankung des Gerinnungssystems, dominierendes Symptom: Belastungsdyspnoe, schnelle Erschöpfung. Kleine rezidivierende Lungenembolien sind zum Teil schwer erkennbar.
Fremdkörperaspiration	länger bestehender Husten bei Kindern und alten Menschen, plötzlicher Beginn
Bronchialkarzinom	Gewichtsverlust, Hämoptysen, Thoraxschmerz, Heiserkeit, Raucheranamnese (cave: Änderung der Hustenqualität bei Rauchern) oder berufliche Exposition gegenüber Karzinogenen (z.B. Asbest)
Tuberkulose	Fieber, Nachtschweiss, Gewichtsverlust, Blutbeimengungen im Sputum

Bei unserem Patienten zeigen sich im Röntgenthorax und in der Lungenfunktionsprüfung keine Auffälligkeiten. Die häufigsten Ursachen, an die der Hausarzt in dieser Situation nun differenzialdiagnostisch denken sollte, sind:

Bronchiale Hyperreagibilität (BHR)

Typisch ist der wochen- bis monatelang anhaltende trockene Husten nach einem initialen respiratorischen Infekt. Begleitsymptome und Fieber bestehen typischerweise nicht, und die Lungenfunktion ist unauffällig. Pathophysiologisch existieren Gemeinsamkeiten mit dem Asthma, daher spricht man hier gelegentlich auch von «cough variant asthma» (11). In unserem geschilderten Fall sprechen Anamnese und negative bildgebende Diagnostik sowie unauffällige Lungenfunktion für den Verdacht auf eine postinfektiöse BHR.

Upper Airway Cough Syndrome (UACS)

Chronische Reizungen der oberen Atemwege wie Sinusitis und allergische Rhinitis führen über den Mechanismus des Postnasal-Drip-Syndroms zu einer Stimulation der Hustenrezeptoren. Zusätzlich zu klinischen Hinweisen wie Räuspern und Nasensekretion können typische Sekretstrassen sowie eine pflastersteinartige Zeichnung der Rachenhinterwand zu sehen sein (3).

Reflux

Die Diagnose wird dadurch erschwert, dass nicht alle Patienten mit refluxbedingtem Husten typische gastrointestinale Symptome wie Sodbrennen und Aufstossen haben. Die kausalen Zusammenhänge werden teilweise kontrovers diskutiert (1). Wenn aber klinische Hinweise vorliegen oder die anderen genannten Diagnosen ausgeschlossen werden konnten, sollte ein refluxassoziiertes Husten in Betracht gezogen werden (3).

Pragmatisches Vorgehen mit probatorischer Therapie

Das Vorgehen richtet sich danach, welche der genannten Diagnosen dem Hausarzt nach Anamnese und Klinik am wahrscheinlichsten scheint (Algorithmus: vgl. *Abbildung*). In der Regel ist keine aufwendige «Bestätigungsdiagnostik» notwendig. Es empfiehlt sich daher ein Therapieversuch «ex juvantibus» mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) (6, 12, 13). Dieses Vorgehen wäre bei unserem Patienten Herrn B. sinnvoll. Oft tritt eine Besserung bereits innerhalb der ersten 1 bis 2 Wochen ein. Falls sich nach 6 bis 8 Wochen kein Behandlungserfolg einstellt, ist eine Überweisung zum Pneumologen sinnvoll.

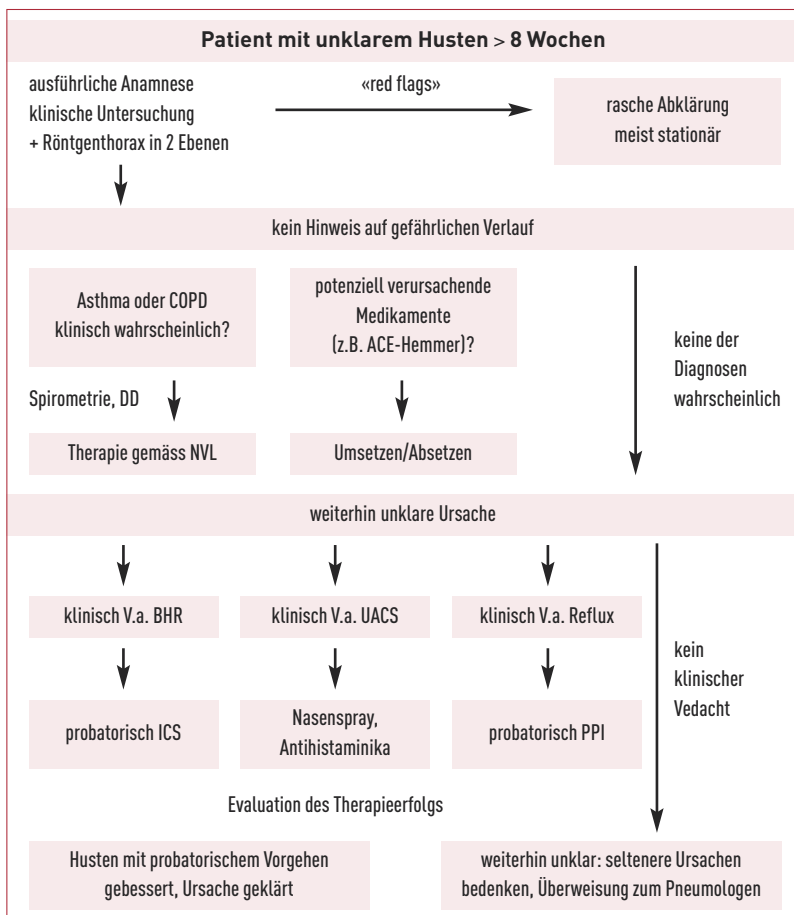


Abbildung: Diagnostisch-therapeutischer Algorithmus beim chronischen Husten

COPD und Asthma differenzialdiagnostisch voneinander abgrenzen (wichtiges Kriterium ist unter anderem die Reversibilität der Obstruktion). Diagnostik und Therapie dieser beiden Erkrankungen werden in den entsprechenden nationalen Versorgungsleitlinien (NVL) ausführlich thematisiert (9, 10).

Analog ist bei Verdacht auf UACS eine probatorische Therapie mit abschwellenden Nasentropfen und einem oralen Antihistaminikum der ersten Generation, bei Verdacht auf chronische Sinusitis mit topischen nasalen Steroiden möglich (14). Bei Verdacht auf einen refluxbedingten Husten wird ein

Behandlungsversuch mit Protonenpumpenhemmern (PPI) empfohlen. Häufig sprechen die Patienten aber erst auf eine Therapie in doppelter Standarddosis über mindestens 8 Wochen an (6). Eine endoskopische oder pH-metrische Diagnostik ist hier primär meist nicht erforderlich. Da die genannten probatorischen Therapieansätze den Patienten wenig belasten, kann bei protrahiertem Husten ohne «Red Flags» zunächst auf eine aufwendige, teure Diagnostik oder eine Überweisung zum Spezialisten verzichtet werden.

Wenn der Husten unklar bleibt

Bei 10 bis 40 Prozent der Patienten mit chronischem Husten bleibt die Ursache trotz strukturierter Abklärung unklar (1, 15), selbst wenn zusätzliche seltenere Auslöser mit abgeklärt wurden (z.B. Pertussis, eosinophile Bronchitis – die hier aus Platzgründen nicht einzeln thematisiert sind). Natürlich sollten solche schwierigen Fälle im Verlauf einem pneumologischen Kollegen vorgestellt werden. Aber auch weitere spezielle Diagnostik kann die Hustenursache nicht immer eindeutig klären. Rein psychogener Husten ist selten. Ein Erklärungsmodell für einen ungeklärten Husten ist eine Erhöhung der Sensitivität des Hustenreflexes (15), die dazu führt, dass bereits subklinische Reize Husten auslösen können. Chronischer Husten kann sehr belastend sein. In solchen Fällen sollten Hausarzt und Patient daher in vertraulichem Gespräch individualisierte Konzepte zur Symptombewältigung erörtern. Dabei können zum Beispiel Psychotherapie, Atemphysiotherapie und Logopädie erwogen werden. ❖

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Felix Holzinger MPH
 Dr. med. Sabine Beck
 Charité – Universitätsmedizin Berlin
 Institut für Allgemeinmedizin
 D-10117 Berlin
 E-Mail: felix.holzinger@charite.de

Interessenkonflikte: Felix Holzinger hat keine deklariert. Sabine Beck erhielt ein Honorar der DEGAM für redaktionelle Arbeit und ein Honorar der TEGAM (Tiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin) für einen Vortrag.

Literatur:

1. Chung KF, Pavord ID: Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough. *Lancet* 2008; 371: 1364–1374.
2. Janson C, Chinn S, Jarvis D et al.: Determinants of cough in young adults participating in the European Community Respiratory Health Survey. *Eur Respir J* 2001; 18: 647–654.
3. Benich JJ, Carek PJ: Evaluation of the patient with chronic cough. *Am Fam Physician* 2011; 84: 887–892.
4. Dalal B, Geraci SA: Office management of the patient with chronic cough. *Am J Med* 2011; 124: 206–209.
5. Boyle R, Solberg L, Fiore M: Use of electronic health records to support smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 12: CD008743.
6. Kardos P, Berck H, Fuchs KH et al.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten. *Pneumologie* 2010; 64: 336–373.
7. Morice AH, McGarvey L, Pavord I: Recommendations for the management of cough in adults. *Thorax* 2006; 61: i1–i24.
8. Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC et al.: Diagnosis and management of cough. Executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 15–23S.
9. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2012). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung. Version 1.9. www.versorgungsleitlinien.de/themen/copd – aktuell in Überarbeitung (letzter Zugriff am 20.1.2015).
10. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2009). Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Langfassung. 2. Aufl. Version 5. www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma (letzter Zugriff am 20.1.2015).
11. Dicipinigitis PV: Chronic cough due to asthma: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 129: 75S–79S.
12. Johnstone KJ, Chang AB, Fong KM et al.: Inhaled corticosteroids for subacute and chronic cough in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 3: CD009305.
13. Niimi, A: Cough and Asthma. *Curr Respir Med Rev* 2011; 7: 47–54.
14. Pratter MR: Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2006; 29: 63S–71S.
15. Irwin RS: Unexplained cough in the adult. *Otolaryngol Clin North Am* 2010; 43: 167–180.

Diese Arbeit erschien zuerst in «Der Allgemeinarzt» 13/2015. Die Übernahme erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autoren.