

Häufiger an Asthma und COPD denken

Daran denken ist die halbe Diagnose!

Was nützen die enormen Fortschritte in der Therapie, wenn der Patient sie mangels Diagnose nicht erhält? Meistens werden typische Hinweise übersehen oder falsch interpretiert. In diesem Beitrag geht es um häufige Fallstricke bei der Diagnose von Asthma und COPD.

Thomas Hausen

Die Erfahrung hat uns gelehrt, dass die COPD leider fast immer sehr spät entdeckt wird. Meistens führt erst die erste Exazerbation mit erstmaliger Luftnot endlich zur Diagnose. Der bereits fortgeschrittene Lungenfunktionsverlust dokumentiert dann die zu lange Zeit, in der die Krankheit ungehindert hat fortschreiten können. Aber auch das Asthma wird häufig lange Zeit übersehen.

Wir sollten lernen, die Indikation zur Lungenfunktionsuntersuchung grosszügiger zu stellen. Dabei sollte uns die Kenntnis inspirieren, dass die Lungenfunktionsmessung in der Lage ist, mehr pathologische Befunde zu liefern als ein EKG oder ein Thoraxröntgenbild. Und sie ist leichter zu interpretieren als ein EKG.

Frühe Warnzeichen für Asthma und COPD

Die Definition von Asthma enthält als Hinweis den Wechsel zwischen Beschwerden und Beschwerdefreiheit. Doch gerade dieser Wechsel führt oftmals zum Ablehnen der Diagnose – auch durch Ärztinnen und Ärzte. So schätzte ich selbst als junger Hausarzt, der gerade die Praxis übernommen hatte, die Beschwerden eines Kindes falsch ein: Die Mutter war sehr in Sorge, weil ihr Sohn in der Nacht nach Luft ringend im Bett gesessen hatte. Wegen fehlender Symptome am Tag sowie vor allem wegen fehlenden Befunds bei der Auskultation und angesichts einer offenbar «überevorsichtigen Mutter» wurde die Situation als unbedeutend abgetan. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich in der Klinik nur Asthmatiker in fortgeschrittenen Stadien kennengelernt, bei denen es auch ausserhalb von Anfallssituationen genügend Hinweise auf eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung gab.

Offensichtlich kennen aber selbst Pneumologen mit langjähriger Berufserfahrung diesen charakteristischen Wechsel zwi-

schen Beschwerden und Beschwerdefreiheit beim Asthma nicht, wie folgendes Fallbeispiel illustriert:

In den Ferien fiel mir der anhaltende Hustenreiz einer Dame am Nebentisch auf. Die Frage nach einer akuten Erkältung wurde mit dem Hinweis beantwortet, dass der Husten bereits seit Wochen quäle. Die Feststellung «dann haben Sie Asthma» wurde negiert. Im weiteren Gespräch konnte auch eine Belastungseinschränkung erfragt werden. Das Angebot ärztlicher Hilfe mit Kauf eines Bronchodilatators wurde dankbar angenommen und führte zu leichter Besserung von Husten und Leistungsfähigkeit. Mit dem Hinweis, diese Beschwerden unbedingt abklären zu lassen, besorgte der Autor der Dame den Kontakt zu einem Pneumologen in Wohnortnähe. Nach Abschluss der Untersuchungen stellte dieser Pneumologe jedoch fest, sie sei zwar allergisch, ein Asthma habe sie aber nicht.

Auf meine Bitte hin führte die Dame über mehrere Monate einen Beschwerdekalendar, womit das Auftreten von Husten und Belastungseinschränkungen in den Monaten Februar bis Juni/Juli bestätigt werden konnte. Mit einer regelmässigen Inhalation eines Kortisons zur Inhalation (ICS) ist die Dame seit vielen Jahren beschwerdefrei.

Es handelt sich um ein typisches periodisches/saisonales Asthma, das für den Zeitraum der Saison antientzündlich behandelt werden muss. Sofern sich in der Zwischenperiode keine Hinweise auf eine Asthmaaktivität nachweisen lassen, kann in dieser Zeit auf eine Therapie verzichtet werden.

Vermeintliches Leitsymptom «Luftnot» fehlt häufig

Sowohl Patienten als auch Ärzte verbinden Asthma und COPD so gut wie immer mit dem Symptom Luftnot. Leider fehlt dieses Symptom aber sehr häufig, was die Diagnose Asthma oder COPD oft verhindert. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Symptomatik beim Asthma verändert. Klagen die Patienten in den 1980er-Jahren noch über starke Luftnot und sassen nach Luft ringend unter Zuhilfenahme der Atemhilfsmuskulatur im Bett, vermissen wir heute diesen eindeutigen Hinweis oft. Husten ist oftmals das einzige Zeichen für die Obstruktion bei Asthma.

Bei der COPD führt erst die Belastung in Abhängigkeit von der Stärke der Obstruktion zur Belastungsgrenze, wenn das eingeschränkte Atemminutenvolumen den Sauerstoffbedarf nicht mehr decken kann. Wegen des typischen, schleichenden

MERKSÄTZE

- ▶ Sowohl Asthma als auch COPD werden häufig erst spät im Verlauf der Erkrankung diagnostiziert.
- ▶ Luftnot ist nicht zwingend, oft ist Husten das erste und auch einzige Symptom, selbst im Notfall!
- ▶ Die Indikation zur Lungenfunktionsmessung sollte grosszügig gestellt werden.

Tabelle:

Unterschiede zwischen allergischer Rhinitis und einem Infekt

	Allergische Rhinitis	Infekt	
		viral	bakteriell
Nasenaumung	behindert	behindert	
Nasensymptome	Niesen, Juckreiz	Niesen	
Naselaufen	ja	wechselnd	
Nasenschleimhaut	blass bis livide	hochrot mit grauen Schlieren	oft gerötet und geschwollen
Nasensekret	klar	klar	trüb
Augensymptome	Juckreiz, Tränen	Augenmuskelschmerzen	-
Halschmerzen	-	in der Regel vorhanden	
Rachenschleimhaut	normal	gerötet	gerötet, belegt (?)
Halslymphknoten	unauffällig	häufig schmerzhaft geschwollen	
Fieber	-	meistens	nicht immer
Krankheitsgefühl	-	deutlich bis schwer	leicht bis deutlich
Kopf-, Glieder-, Muskelschmerzen	-	deutlich bis schwer	keine bis leichte

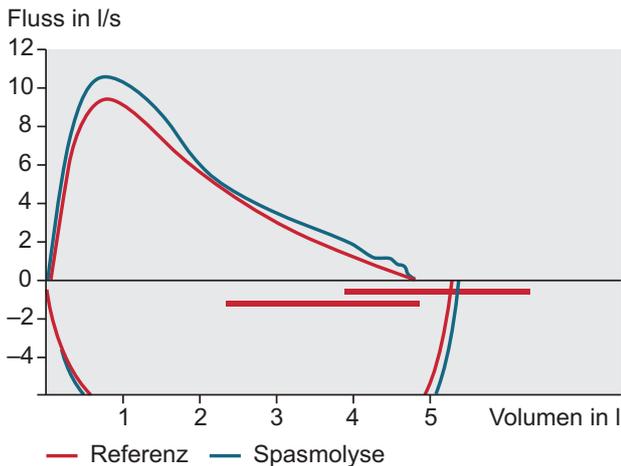
22.02.2007, 18:31

	Soll	Referenz: 18:31	Spasmolyse	
IVC	3.33	6.03	181%	5.45 164%
FVC	3.33	4.83	145%	4.77 143%
FEV ₁	2.87	4.02	140%	4.27 149%
FEV ₁ %VC	80	67	83%	78 97%
PEF	6.73	9.50	141%	10.71 159%
MEF25	1.74	1.87	108%	2.55 147%
MEF50	4.12	4.54	110%	4.98 121%
MEF75	5.82	8.86	152%	9.64 166%
Rfo 8Hz	3.50	3.23	92%	1.87 54%

03.04.2007, 14:27

	Soll	Referenz: 14:27	Spasmolyse	
IVC	3.31	2.91	88%	3.43 104%
FVC	3.31	2.84	85%	2.96 90%
FEV ₁	2.85	2.22	78%	2.38 84%
FEV ₁ %VC	80	76	95%	69 86%
PEF	6.70	7.01	105%	7.27 109%
MEF25	1.71	0.79	46%	1.01 59%
MEF50	4.10	2.15	52%	2.40 59%
MEF75	5.79	6.02	104%	6.44 111%
Rfo 8Hz	3.50	1.28	37%	1.68 48%

Messkurve



Messkurve

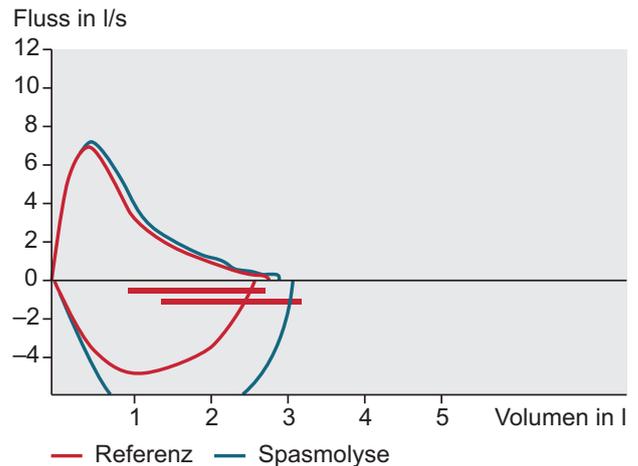


Abbildung 1: Im Februar zeigt die Lungenfunktion bei guter Mitarbeit in der Flussvolumenkurve einen fast normalen Kurvenverlauf. Trotz normaler Werte belegt die leichte Besserung im Broncholysetest eine bereits leichte asthmatische Schleimhautentzündung. Mit Beginn der Exazerbation halbieren sich die Lungenfunktionsparameter, und es erfolgt nur eine minimale Änderung im Broncholysetest.

Krankheitsprozesses bei der COPD mit einer sich nur langsam entwickelnden Obstruktion wird diese Luftnot über lange Zeit hinweg nicht empfunden, und die mit zunehmenden

dem Alter langsam abnehmende Leistungsfähigkeit erschwert die Differenzierung zwischen physiologischer und pathologischer Luftnot.

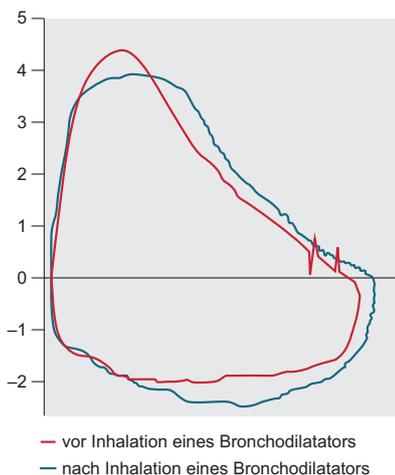


Abbildung 2: Flussvolumenkurve bei hyperreaktivem Bronchialsystem. Die Flussvolumenkurve (rot) zeigt gegen Ende der forcierten Expiration eine «sägezahnartige» Veränderung als Korrelat für den Hustenreiz. Dieser verschwindet nach Inhalation des SABA für den Broncholysetest (blau). Der Betaagonist stabilisiert schnell, aber nur für die Dauer seiner Wirkung den «asthmatischen» Hustenreiz.

Der gesunde Mensch hat weder Husten noch Auswurf

Ein akut auftretender Husten wird oft leider allzu rasch als infektbedingt interpretiert und dann falsch behandelt. Liegt kein akuter Grund für diese Symptome vor, wie zum Beispiel ein akuter Infekt, oder dauern diese länger als vier bis sechs Wochen an, sollten wir immer eine chronische Krankheit und damit auch Asthma und COPD in Erwägung ziehen. Es geht darum, nicht den Infekt nachzuweisen, sondern Asthma und COPD sicher auszuschliessen!

Heute fallen Patienten mit Asthma durch einen nahezu ausschliesslich trockenen Husten auf. 40 Prozent aller Menschen, die regelmässig husten, leiden unter Asthma! Selbst im Anfall ist der Hustenreiz oftmals der einzige Hinweis auf die bedrohliche Situation, und Luftnot fehlt.

Frau P. leidet seit der Kindheit unter einem periodischen, allergischen Asthma. Mit Jahresbeginn startete sie ihre Therapie, wie sie in den Jahren zuvor optimiert worden ist. Der Lungenfunktionstest zu Beginn des Jahres ergab keine auffälligen Befunde, insbesondere keine Reaktion im Broncholysetest als Hinweis auf eine Aktivität der asthmatischen Entzündung. Anfang April quälte sie ein intensiver trockener Reizhusten. Luftnot bestand nicht. Die Lungenfunktion belegte eine halbierte Vitalkapazität als Beleg für die intensive Obstruktion (Abbildung 1).

Anhaltender Hustenreiz nach Infekt

Husten im Anschluss an einen Infekt sollte eher an ein hyperreaktives Atemwegssystem denken lassen als an einen komplizierten Infektverlauf. Bereits anamnestisch lässt sich der Verdacht bestätigen, wenn der Husten nach Inhalation unspezifischer Reize, wie beispielsweise Kochdünste oder Parfum, sowie bei oder nach körperlicher Belastung auftritt.

Der junge Mann pflegte regelmässig dreimal pro Woche zu joggen. Nach einer Pause wegen eines akuten Virusinfektes quälte ihn nach dem Joggen über mehrere Stunden ein trockener Reizhusten. Im Lungenfunktionstest fiel ein sägezahnartiger Kurvenverlauf in der forcierten Expiration auf, der nach Inhalation eines Bronchodilatators zum Bronchospasmo-lysetest ausblieb (Abbildung 2).

In diesem Fall führte die Inhalation des Bronchodilatators zur vorübergehenden Stabilisierung des «asthmatischen» Prozesses in den Bronchien und brachte den Hustenreiz zum

Verschwinden. In einem gewissen Prozentsatz entwickeln diese Patienten im späteren Leben ein Asthma. Die Inhalation eines ICS führt in den meisten Fällen schnell zum Erfolg und kann möglicherweise die Entwicklung eines Asthmas verhindern.

Bei einem Patienten mit COPD ist der Husten als Reiz der geschädigten Schleimhaut und Kompensation einer defekten mukoziliären Clearance zu bewerten. Typisch ist ein länger anhaltender Hustenreiz, der morgens (Bronchialtoilette) oder nach Anstrengung auftritt.

Auswurf bedeutet nicht immer Infekt – selbst wenn er verfärbt ist

Viel zu oft werden Husten und Auswurf, die als Reaktion auf eine Allergenexposition auftreten, als Infekt missdeutet und demzufolge falsch behandelt. Diese Gefahr besteht ganz besonders dann, wenn gerade viele Infektpatienten in die Praxis kommen (Tabelle). Ein gelblich verfärbter Auswurf ist eher als allergische Reaktion denn als infektbedingt zu bewerten, ganz besonders, wenn die Menge des Auswurfs klein und von zäher Konsistenz ist. Selbst bei grün verfärbtem Auswurf sind nur in 85 Prozent der Fälle Bakterien nachweisbar. Auch hier geht es darum, nicht den Infekt nachzuweisen, sondern eine allergische Reaktion sicher auszuschliessen.

Herr P. stellte sich regelmässig über viele Jahre im September oder Oktober mit Husten und Auswurf vor. Manchmal wurde auch Giemen bei der Auskultation dokumentiert. Die Therapie bestand in der Gabe eines Antibiotikums und manchmal auch eines Bronchospasmo-lytikums, seltener sogar in Kombination mit einem Kortison zur Inhalation. Nach zehn Jahren traten vergleichbare Beschwerden auch im Mai/Juni auf, die auf dieselbe Art therapiert wurden.

Die regelmässig zum selben Zeitpunkt auftretenden Beschwerden in den frühen Herbstmonaten und später im Mai/Juni, wenn eigentlich kaum Patienten mit einem Infekt die Praxis aufzusuchen pflegen, müssen hellhörig machen und an eine Allergie als Auslöser denken lassen. Auch das Giemen bei der Auskultation ist als nicht üblich zu bewerten. Besonders in den Frühjahrsmonaten, zur Zeit des Pollenfluges, und in den Herbstmonaten, wenn mit Beginn der Heizperiode die Hausstaubmilbe Saison hat, sollte bei Atemwegsbeschwerden immer auch an eine allergische Reaktion gedacht werden. Das zusätzliche Giemen sollte den Verdacht erhärten. Ein Lungenfunktionstest inklusive Bronchospasmo-lysetest kann die asthmatische Reaktion nachweisen. Möglicherweise hätte im vorliegenden Fall bei frühzeitiger korrekter Therapie die zusätzliche Sensibilisierung gegen Gräserpollen verhindert werden können.

Giemen findet man «ausschliesslich» bei Allergikern und Rauchern

In diesem Fall ist die Therapie mit einem Antibiotikum zum Misserfolg verurteilt. Persistiert dann der Husten, wird das möglicherweise als Resistenz missdeutet und mit einem anderen Antibiotikum therapiert. Die Konstellation ruft jedoch akut nach antientzündlicher Therapie und nicht nach einem Antibiotikum. Selbstverständlich sollte später eine korrekte Abklärung erfolgen.

Wir wissen, dass bei 30 Prozent der Patienten mit Rhinitis allergica der sogenannte Etagenwechsel erfolgt, sich zusätzlich

also ein Asthma entwickelt. Deswegen sollte jeder Heuschnupfenpatient zu Beginn seiner Saison folgenden Hinweis erhalten: «Wenn Sie Husten oder gar Luftnot entwickeln bei oder nach körperlicher Belastung oder in den frühen Morgenstunden, dann kommen Sie bitte zu mir in die Praxis.»

Als ein Heuschnupfenpatient anlässlich der Hyposensibilisierung die Frage nach Husten positiv beantwortete, sagte ein Allergologe: «Das grenzt an Asthma!» Indes: Das grenzt nicht an Asthma, das ist Asthma!

Wer sich die Mühe macht, bei seinen Patienten mit Rhinitis allergica zum Zeitpunkt ihrer Saison einen Lungenfunktionsinklusive Bronchospasmodi-Test zu machen, wird mit grosser Wahrscheinlichkeit bei vielen dieser Patienten Hinweise auf ein Asthma finden, oftmals auch, ohne dass besondere Beschwerden erfragt werden können bis auf einen gelegentlichen Hustenreiz. In der Praxis des Autors fanden sich bei 63 Prozent der Heuschnupfenpatienten Hinweise auf ein Asthma. Unbehandelt führt auch das leichte Asthma zu Spätschäden, denn auch hier besteht eine Entzündung der Schleimhaut in den Atemwegen, eben nur eine leichte Form – aber auch ein Schwelbrand vernichtet.

Auf Infektneigung achten

Im Studium lernen wir, dass Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung wegen der Schleimhautschädigung unter einer Infektneigung zu leiden haben. Unter diesen Voraussetzungen ist es unverständlich, dass wir diese Auffälligkeit im Umkehrschluss nicht als frühen Hinweis vor allem für eine COPD ansehen, ganz besonders, wenn es sich um Raucher jenseits des 40. Lebensjahres handelt. Diese Auffälligkeit ist sicher eher als Frühwarnzeichen für eine chronische Atemwegserkrankung anzusehen als die Symptome Auswurf, Husten, Atemnot (AHA), die bis zum Auftreten erst eine längere Entwicklungszeit durchmachen müssen.

Aber auch der Allergiker kann eine Infektneigung aufweisen: *Frau H. erlitt in zwei aufeinanderfolgenden Jahren Ende November einen hoch fieberhaften Infekt. Sie begründete diesen*

Infekt mit einer beruflich bedingten körperlich-psychischen Erschöpfung zum Ende des Jahres. Mit Beginn der Inhalation eines Kortisons (ICS) im September bei bekannter Hausstaubmilbenallergie blieb der Infekt in den Folgejahren aus. Bei Frau F. war vor Jahren wegen einer Gräserpollenallergie mit leichter Asthmasymptomatik eine Hyposensibilisierung durchgeführt worden. Beschwerden blieben danach völlig aus, sodass die Krankheit in Vergessenheit geriet. Einige Jahre später erkrankte sie immer wieder in den Herbstmonaten an einem fieberhaften Infekt mit starkem, fast immer trockenem Hustenreiz, obwohl sie gesund lebte, bei Wind und Wetter Sport betrieb, täglich mit dem Hund spazieren ging und immer kalt nachduschte. Schuld daran war ihre Hausstaubmilbenallergie, und mit Milbenschutzbezügen (Encasing) als einziger Massnahme konnte die Infektneigung erfolgreich therapiert werden.

Fazit

Wer öfter ein Asthma oder auch eine COPD in Erwägung zieht, wird diese Krankheiten häufiger diagnostizieren und Erfolgserlebnisse ernten können. Ganz nebenbei wird er seinen Patienten zu mehr Lebensqualität verhelfen. ▲

Dr. med. Thomas Hausen
Grafenstrasse 52
D-45239 Essen
E-Mail: th.hausen@t-online.de

Interessenlage: Der Autor deklariert, dass im Zusammenhang mit diesem Artikel keine Interessenkonflikte bestehen.

Die Kasuistiken und die Tabelle sind mit freundlicher Genehmigung des Verlags Elsevier GmbH Deutschland entnommen aus: Thomas Hausen: Pneumologie für die Praxis. Akute und chronische Atemwegserkrankungen mit Besonderheiten im fortschreitenden Alter. 1. Auflage, Elsevier GmbH, Deutschland, ISBN 978-3-437-22712-7.