

Chronischer Husten

Im Dickicht der Differentialdiagnosen

Der Hustenreflex zählt zu unseren primären Abwehrmechanismen. Nach einer Einatmung wird expiratorischer Druck gegen die geschlossene Epiglottis aufgebaut bis der Druck sich durch die Öffnung des Kehlkopfs hörbar entlädt. Hierdurch werden der Larynx, die Trachea und die grossen Bronchien befreit von Schleim, Noxen, feinen Partikeln und infektiösen Erregern. Trotz des schützenden Charakters dieses Reflexes führt ein exzessiver chronischer Husten zu Komplikationen wie Erbrechen, Rippenbrüchen, Inkontinenz, Verschlimmerung von Hernienerkrankungen, Ermüdung, Depression und reduzierter Lebensqualität. Nicht nur aus diesem Grund ist «Husten» einer der häufigsten Gründe für Konsultationen beim Hausarzt oder Lungenfacharzt.

Die Prävalenz wird in grossen multizentrischen Studien in den USA und Europa mit 9–33% angegeben (3). Husten ist ein Symptom und stellt den erstkonsultierten Arzt vor grosse differentialdiagnostische Herausforderungen. Dieser Artikel soll versuchen einen praktischen Ansatz für Überlegungen im Alltag im Umgang mit dem «hustenden» Patienten zu geben und die wichtigsten Differentialdiagnosen anzuschneiden. Darüberhinaus soll gerade in der ambulanten Versorgung die Sensibilität für sogenannte «Red Flags» geschärft werden. Hierbei handelt es sich um Begleitsymptome, die in Verbindung mit Husten an eine schwerwiegende Grunderkrankung denken lassen sollten.

«Herr Doktor, ich habe Husten»

Neben einem akuten Husten (< 3 Wochen), der vorrangig durch akute Infektionen des Bronchialsystems verursacht wird, unterscheiden wir einen subakuten (3–8 Wochen) und einen chronischen Husten (> 8 Wochen).

Alle Patienten sollten über die Einnahme von ACE Inhibitoren, kürzlich durchgestandene bronchopulmonale Infekte sowie ihr Rauchverhalten befragt werden. Rauchen ist der wichtigste Risikofaktor für Husten, der das häufigste Symptom (70%) bei Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) darstellt (10).

Weitere Symptome können einen Hinweis auf eine zugrunde liegende Diagnose wie Asthma, Gastroesophagealer Reflux (GERD) oder chronische Bronchitis geben. Hält der Husten bereits über 8 Wochen an, sollte initial an eine thorakale Bildgebung und eine Lungenfunktionsprüfung gedacht werden (5).

Das Upper Airway Cough Syndrom (UACS), Asthma und GERD machen alleine oder in Kombination ca. 90% aller Fälle mit chronischem Husten aus. Seltener sind Bronchiektasen, andere isolierte Erkrankungen des Bronchialsystems oder eine interstitielle Lungenerkrankung im Anfangsstadium für den Husten verantwortlich.



Dr. med. Maurice Roeder
Zürich

Upper Airway Cough Syndrom

Das Upper Airway Cough Syndrom (AUCS, Postnasal-Drip-Syndrom) stellt einen der häufigsten Gründe für subakuten und chronischen Husten dar. Ätiologisch findet sich eine allergische oder nicht-allergische Rhinitis, chronische Rhinosinusitis oder Polypsis nasi. Patienten beschreiben Rhinorrhoe, häufiges Räuspern oder das Gefühl eines pharyngealen Mucusabgangs und Globusgefühl. Allerdings kann das Syndrom auch still, ohne nasale Symptomatik verlaufen.

Bei klinischem Verdacht kann eine empirische Therapie mit steroidalen Nasensprays und Sole-Nasenspülungen begonnen werden. Regelmässig ist allerdings eine Überweisung zum ORL-Arzt nötig, der durch Rhinoskopie oder Nasenendoskopie Ödem und Hyperplasie der Schleimhaut bewertet. Die Bildgebung der Nasennebenhöhlen zum Beweis von Mucosaverdickungen sollte bei Versagen der empirischen Therapie in Betracht gezogen werden. Ein CT der Nasennebenhöhlen gilt hier als Goldstandard vor allem, um die Beteiligung des Sinus sphenoidales und ethmoidales zu beurteilen (9, 6).

Asthma und eosinophile Bronchitis

Husten ist neben anfallsartiger Atemnot das Kardinalsymptom des Asthmas. Der häufigste ärztliche Fehler liegt in der unzureichenden Abgrenzung des Asthmas gegenüber einer chronischen obstruktiven Bronchitis. Anamnese, körperliche Untersuchung und Spirometrie mit Reversibilitätstest bilden die Basis der Asthmadagnostik. Die gezielte Stufentherapie sorgt für eine gute Prognose dieses Krankheitsbilds.

In manchen Fällen stellt Husten das einzige Symptom dar und wird in dieser Entität als sog. «Cough-variant Asthma» beschrieben. Dabei kann auch die Lungenfunktionsprüfung ohne evidente Bronchokonstriktion bleiben. Bei Verdacht auf Asthma empfehlen die aktuellen Leitlinien eine probatorische Therapie mit inhalativen Steroiden (ICS).

Die Überweisung zu einem Pneumologen für einen Provokationstest durch Methacholin kann Aufschluss über die bronchiale Hyperreagibilität bringen. Die Diagnose wird allerdings erst durch das Ansprechen des Hustens auf die antiasthmatische Therapie gesichert, da 25–30% der Bevölkerung an einer asymptomatischen bronchialen Hyperreagibilität leiden.

Chronischer Husten bei Eosinophilie im Sputum (>3%) ohne bronchiale Hyperreagibilität und mit normaler Lungenfunktion spricht für eine eosinophile Bronchitis. Die Bestimmung der Fraktion des exhalierten Stickstoffoxids (Fe-NO) kann einen Hinweis auf diese eosinophile Entzündung bei normwertigem Provokationstest liefern. Die eosinophile Bronchitis war einer Studie zufolge die Hauptdiagnose bei 13% aller Patienten, die vom Hausarzt zum Pneumologen aufgrund isolierten chronischen Hustens überwiesen wurden (2).

Gastroesophageale Refluxerkrankung (GERD)

In bis zu 41% der Fälle wird eine GERD als Grund für chronischen Husten eruiert. Dabei zeigen drei von vier Patienten keine gastrointestinalen Symptome. Die 24-Std. Impedanz-pH-Metrie ist eine sensitive und spezifische Methode, um einen Zusammenhang zwischen Reflux und Husten herzustellen. Insbesondere ist sie in der Lage, nicht-saure Refluxereignisse als Ursache für Husten zu identifizieren. Zudem erlaubt sie die Diagnose eines laryngo-pharyngealen Refluxes. Alternativ kann bei fundiertem klinischem Verdacht eine Behandlung mit einem PPI in Standarddosis über 2 Monate begonnen werden. Bleibt diese Therapie erfolglos, sind weitere Abklärungen indiziert, um zu klären, ob wirklich eine GERD vorliegt oder ob das Therapieregime nicht effektiv genug war (4). Ein operatives Vorgehen ist gut dokumentierten GERD-Patienten mit medikamentösem Therapieversagen vorbehalten, bei denen andere Ätiologien als Hustenursache ausgeschlossen wurden (7).

Trotz validierter Diagnostik und spezifischen Behandlungsmassnahmen bleibt die Ursache für 10–42% der chronischen Hustenpatienten ungeklärt. Als neues Therapiekonzept wird aktuell die antitussive Behandlung mit Gabapentin diskutiert. Grundlage hierfür ist die Annahme, dass der Neuromodulator den übersensitiven Hustenreflex dämpfend moduliert (8, 11).

Red Flags

Mit einer Häufigkeit von 69% ist Husten das häufigste Erstsymptom des Lungenkarzinoms. Da ein Grossteil der Raucher hustet, sollte v.a. die Veränderung des Hustencharakters sowie Gewichtsverlust, Hämoptoe und Thoraxschmerz hellhörig werden lassen. Bei Erstdiagnose eines chronischen Hustens bei Rauchern sollte ein CT-Thorax einem konventionellen Röntgen vorgezogen werden. Auch ein Lymphom kann sich durch Husten mit B-Symptomatik präsentieren.

Bei Husten, Hämoptoe und Gewichtsverlust muss differentialdiagnostisch auch an eine Tuberkulose gedacht werden. Im Rahmen der Flüchtlingskrise haben allein 2015 bis zu 37 000 Menschen in der Schweiz Asyl beantragt. Die Tuberkulose ist eines der vielen Probleme mit denen diese Menschen konfrontiert sind. Bei Verdacht sollten ein Röntgen-Thorax und eine Sputumdiagnostik erfolgen.

Rezidivierende kleine Lungenembolien, die als Vorbote einer schweren Embolie auftreten können, zeigen sich teilweise mit chronischem Husten in Verbindung mit Leistungsminderung und Belastungsdyspnoe. Der Wells-Score sollte zur Abklärung der klinischen Vortestwahrscheinlichkeit herangezogen werden und in Verbindung mit der Bestimmung der D-Dimere eine Lungenembolie ausschliessen (1).

Dr. med. Maurice Roeder

LungenZentrum Hirslanden
Witellikerstrasse 40, 8032 Zürich
m.roeder@lungenzentrum.ch

+ **Interessenkonflikt:** Der Autor hat keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Take-Home Message

- ◆ Ausschluss und Behandlung von nikotin- und medikamenten-induziertem Husten
- ◆ Persistiert der Husten nach der Behandlung einer chronischen Bronchitis, UACS und Asthma ist in bis zu 90% ein GERD als Ursache in Betracht zu ziehen
- ◆ Hämoptoe und B-Symptomatik müssen bei der Evaluation des Hustens angesprochen werden
- ◆ Chronischer Husten sollte bei Rauchern mit hohem Risikoprofil CT-graphisch abgeklärt werden

Literatur:

1. S. Beck, L. Dini, C. Heintze, F. Holzinger, C. Stoeter, DEGAM-Leitlinie Nr. 11 Husten, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, (2014).
2. C.E. Brightling, Eosinophils, bronchitis and asthma: pathogenesis of cough and airflow obstruction, *Pulm. Pharmacol. Ther.* 24 (2011) 324–327.
3. K.F. Chung, I.D. Pavord, Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough, *The Lancet.* 371 (2008) 1364–1374.
4. R.S. Irwin, Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease: ACCP evidence-based clinical practice guidelines, *Chest.* 129 (2006) 80S–94S.
5. R.S. Irwin, M.H. Baumann, D.C. Bolser, L.-P. Boulet, S.S. Braman, C.E. Brightling, et al., Diagnosis and Management of Cough Executive Summary, *Chest.* 129 (2006) 1S–23S.
6. P. Kardos, H. Berck, K.-H. Fuchs, A. Gillissen, L. Klimek, H. Morr, et al., Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit akutem und chronischem Husten, *Pneumologie.* 64 (2010) 336–373.
7. M. Lugaresi, B. Aramini, N. Daddi, F. Baldi, S. Mattioli, Effectiveness of Antireflux Surgery for the Cure of Chronic Cough Associated with Gastroesophageal Reflux Disease, *World J. Surg.* 39 (2015) 208–215.
8. E. Millqvist, The Problem of Treating Unexplained Chronic Cough, *Chest.* 149 (2016) 613–614.
9. M.R. Pratter, T. Bartter, R. Lotano, The Role of Sinus Imaging in the Treatment of Chronic Cough in Adults, *Chest.* 116 (1999) 1287–1291.
10. S. Rennard, M. Decramer, P.M.A. Calverley, N.B. Pride, J.B. Soriano, P.A. Vermeire, et al., Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of Confronting COPD International Survey, *Eur. Respir. J.* 20 (2002) 799–805.
11. N.M. Ryan, S.S. Birring, P.G. Gibson, Gabapentin for refractory chronic cough: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial, *The Lancet.* 380 (2012) 1583–1589.