

HUSTEN: WO LIEGT DIE GRENZE ZWISCHEN AKUT UND CHRONISCH?



Husten ist **einer der häufigsten Beratungsanlässe** in der hausärztlichen Praxis. Wie so oft stehen Anamnese, klinische Untersuchung und gute Aufklärung der Patienten an erster Stelle, erklärt Dr. med. Karen Krüger von der Charité in Berlin im Expertengespräch.



Dr. med. Karen Krüger ist Fachärztin für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte.

? **Wie lange gilt Husten als akut, ab wann als chronisch?**

Krüger: Bei einer Dauer bis zu acht Wochen spricht man von akutem Husten. Alles darüber gilt als chronisch.

? **Manche Patienten sind beunruhigt, wenn Husten mehr als drei Wochen anhält, und suchen dann die hausärztliche Praxis auf. Wie geht man vor?**

Als erstes sollte geklärt werden, ob eine Infektion vorangegangen ist, etwa der oberen Atemwege oder der Bronchien, oder ob eine chronische Atemwegserkrankung wie Asthma oder COPD bekannt sind. Falls nicht, muss geprüft werden, ob Warnzeichen für einen abwendbaren gefährlichen Verlauf vorliegen, sogenannte Red Flags. Bestehen Luftnot, Zyanose, Tachykardie oder Thoraxschmerzen? Hat der Patient schaumigen Auswurf oder ist der Auswurf blutig, besteht eine relevante Immunsuppression? Ergibt sich daraus und aus der körperlichen Untersuchung der Verdacht auf eine Lungenembolie, ein Lungenödem oder eine schwere bzw. atypische Pneumonie, sollte der Patient akut eingewiesen werden.

? **Was rät man den Patienten, wenn die Infektanamnese positiv ist?**

Dann handelt es sich sehr wahrscheinlich um einen postinfektiösen Husten. Man erklärt den Patienten, dass es nichts Ungewöhnliches ist, wenn Husten weiterbesteht, wenn die ur-

sächliche – meist virale – Infektion längst abgeklungen ist. Oft sind die Schleimhäute nach einer Infektion noch längere Zeit gereizt und sehr trocken. Vor allem bei Rauchern hält Husten nach einer Erkältung oft lange an.

? **Ist es sinnvoll, in dieser Situation C-reaktives Protein oder Procalcitonin zu bestimmen?**

Wenn der Infekt schon abgeklungen ist, machen diese Bestimmungen keinen Sinn. Bei Infektionen der oberen Atemwege oder der akuten Bronchitis werden sie routinemäßig nicht zur Diagnosestellung benötigt. Im Einzelfall können sie helfen, unnötige Gaben von Antibiotika zu vermeiden. Der Haupteinsatzbereich der Bestimmung der Entzündungswerte sind akute untere Atemwegsinfektionen, insbesondere im stationären Bereich.

? **Woran muss man denken, wenn der Patient keine akute Infektion durchgemacht hat, die den Husten erklären kann?**

Dann könnte es sich unter anderem um die Exazerbation bzw. Verschlechterung einer Grunderkrankung wie COPD, chronische Bronchitis bei positiver Raucheranamnese oder Asthma handeln. Dies ist mit weiterführender Diagnostik abzuklären, etwa Lungenfunktionstests. Bei unauffälligem Befund, aber typischer Symptomatik, sollten auch Asthma-ähnliche Erkrankungen wie die bron-

HAUSARZT MEDIZIN



chiale Hyperreagibilität und die eosinophile Bronchitis bedacht werden. Bei chronischer Rhinosinusitis oder typischer Refluxsymptomatik kann es zur dauerhaften Reizung der Rachen- und Kehlkopffregion kommen, die zu einem länger andauernden Husten führen kann. Im Einzelfall, wenn der Patient einer Risikogruppe für Tuberkulose angehört oder der Verdacht auf eine maligne Erkrankung besteht, ist bereits unterhalb von acht Wochen eine Röntgenaufnahme des Thorax nötig. Diese Erkrankungen sollen bei konkreten Hinweisen bereits zeitnah abgeklärt werden und müssen spätestens nach acht Wochen bedacht werden. Findet sich dabei keine Ursache für den Husten, kann zunächst ein abwartendes Offenhalten erfolgen. Bei Patientenwunsch ist eine symptomatische Therapie möglich, jedoch gibt es wenig wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von hustenlindernden Medikamenten und der akute Husten klingt überwiegend ohne Medikamente wieder ab. Wichtig ist, den Patienten zu erklären, dass kein Hinweis auf eine gefährliche Ursache ihres Hustens gefunden wurde.

? Wie geht man vor, wenn aus dem akuten ein chronischer Husten geworden ist?

Auch hier ist zuerst auf das Vorliegen der zuvor genannten Red Flags wie Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Dysphagie oder eine schwere Immunsuppression zu achten. Die Anamnese sollte ferner Umweltfaktoren und Fernreisen sowie Refluxsymptome erfassen. Da chronischer Husten die Nebenwirkung eines ACE-Hemmers sein kann, sollte der Wirkstoff gegebenenfalls abgesetzt und durch ein anderes Medikament ersetzt werden. War der ACE-Hemmer Auslöser, verschwindet der Husten innerhalb von wenigen Wochen. Andernfalls ist eine Röntgenaufnahme des Thorax in zwei Ebenen zu veranlassen, die Lungenfunktion zu prüfen und bei entsprechenden

Hinweisen sind Allergietests oder Provokationstests durchzuführen. Spätestens hier sind neben COPD, chronischer Bronchitis und Asthma bei chronischem Husten unter anderem auch Raumforderungen auszuschließen.

? Welche weiteren Ursachen kommen noch infrage?

Bei Hinweisen auf eine Refluxsymptomatik kann man probatorisch einen Protonenpumpenhemmer verordnen. Ein Therapieversuch mit einem intranasalen Kortikosteroid kann sinnvoll sein, wenn es Hinweise auf ein sogenanntes Upper-Airway-Cough-Syndrom (UACS) durch eine chronische Rhinosinusitis gibt. Zur probatorischen Therapie bei Verdacht auf eine Asthma-ähnliche Symptomatik (bronchiale Hyperreagibilität/eosinophile Bronchitis) werden inhalative Kortikosteroide für vier Wochen eingesetzt.

? Wann ist der Zeitpunkt gekommen, Patienten zu Spezialisten zu überweisen?

Patienten mit auffälligem Befund im Röntgen-Thorax, COPD-Patienten mit häufigen Exazerbationen oder Patienten mit schwer einstellbarem Asthma würde ich zu pneumologischen Kollegen überweisen. Ein HNO-Konsil ist z.B. bei therapieresistenter chronischer Rhinosinusitis im Rahmen eines UACS oder bei

Verdacht auf eine Kehlkopffunktionsstörung bei chronischem Husten mit heftigen Hustenanfällen einzuleiten.

? Welche Hilfen gibt es für Patienten, für deren chronischen Husten keine Ursache gefunden wurde?

Zunächst sollte nochmals geprüft werden, ob alle infrage kommenden Differenzialdiagnosen bedacht bzw. ausreichend behandelt wurden. Hierzu haben wir eine Checkliste in der aktualisierten S3-Leitlinie der DEGAM zum Husten erstellt. Das Wichtigste ist, den Patienten zu erklären, dass keine ernsthafte Erkrankung dahintersteht. Das erleichtert ihnen oft den Umgang mit ihrem Husten ganz erheblich. Hilfreich können Tipps für Ablenkungstechniken sein, Bonbons zu lutschen, genügend zu trinken und für gute Befeuchtung der Schleimhäute zu sorgen. Besteht der Wunsch nach weiteren Maßnahmen, kann eine spezielle atemphysiologische Therapie durch Logopäden hilfreich sein. Leider sind diese Therapieangebote nur in wenigen Regionen verfügbar. In ausgewählten Fällen kann eine medikamentöse Therapie erwogen werden, die allerdings off label erfolgt. Bewährt haben sich niedrig dosiertes Morphin sowie Gabapentin. ●

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Gespräch führte Dr. med. Ulrich Scharmer.