

Kurzversion

Definition

Von einem chronischen Husten spricht man laut Definition der WHO, wenn das Symptom „Husten“ über einen Zeitraum von mehr als 3 Wochen besteht. Die Leitlinie behandelt das Symptom beim Erwachsenen. Auch bei länger bestehendem Husten sind in erster Instanz bedrohliche Verläufe zu erkennen bzw. auszuschließen:

Abwendbar gefährliche Verläufe (siehe auch agV bei akutem Husten)

- Lungenembolie
→ kleine rezidivierende Lungenembolien z.T. schwer erkennbar, öfter bei Patienten mit Erkrankungen des Gerinnungssystems, dominierendes Symptom Belastungsdyspnoe, schnelle Erschöpfung
- Fremdkörperaspiration
→ mögliche Ursache für länger bestehenden Husten, Vorsicht bei Kindern und alten Menschen
- Neoplasien
→ insbesondere bei Rauchern; Gewichtsverlust, Hämoptysen, Thoraxschmerz, Heiserkeit

Bei Verdacht auf eines dieser Krankheitsbilder bzw. bei der Entwicklung von Notfallsituationen ist die Sicherung der Vitalfunktionen zu gewährleisten und eine stationäre Einweisung zu veranlassen.

Hausärztliche Diagnostik

Ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung ermöglichen in 70% der Fälle eine Diagnosestellung.

Kann ein durch Rauchen (aktiv und passiv), andere Noxen (z.B. Allergene, Stäube) oder Medikamente bedingter Husten ausgeschlossen werden, kommen in über 90% der Hustenfälle Asthma bronchiale, bronchiale Hyperreagibilität, eine Refluxkrankheit oder ein „Postnasales Drip Syndrom“ (PNDS) in Frage. **A**

Anamnese

Art und Dauer des Hustens, Fieber, Auswurf, Dyspnoe, Raucheranamnese, vorausgegangene Atemwegsinfekte, Magenbeschwerden, Sodbrennen, Hinweise auf kardiale Insuffizienz, Allergien/Unverträglichkeiten, Medikamenteneinnahme, Exposition gegenüber inhalativen Noxen sowie komplizierende Begleitsymptome (Hämoptoe, Gewichtsverlust, Heiserkeit).

Körperliche Untersuchung

- Inspektion der Haut (Blässe, Zyanose, Schwitzen)
- Inspektion von Mund und Rachen
- Untersuchung des Thorax (Inspektion, Perkussion und Auskultation der Lunge, Atemfrequenz, Auskultation des Herzens)
- Palpation des Abdomens (Hepatomegalie, Refluxerkrankung)
- Inspektion und Palpation der Beine (Ödeme, Thrombosezeichen)

Vorgehen 1.) Orientierendes Vorgehen

- Bei *Raucheranamnese* und/oder dem Vorliegen klinischer Zeichen (primär Husten und Auswurf, sekundär Dyspnoe, Keuchen, auskultatorisch Giemen, Brummen und verlängertes Exspirium) → V.a. chronisch obstruktive Bronchitis (COPD): spirometrische Untersuchung veranlassen. **A**
- Ist der Husten erstmalig nach einer *Infektion der oberen Luftwege aufgetreten* → V.a. chronische Sinusitis oder bronchiale Hyperreagibilität postinfektiöser Genese.
- *Primär anfallsartige Atemnot* (insbes. nachts und am frühen Morgen) und sekundär Husten mit teilw. zähglasigem Auswurf, auskultatorisch Giemen → V.a. Asthma bronchiale; Abklärung mit spirometrischer Untersuchung und Abgrenzung von einer COPD: Nachweis der Reversibilität der Obstruktion durch Inhalation eines Beta2-Agonisten **A**; beim Vorliegen kardialer Risikofaktoren Abklärung eines Asthma cardiale.
- Bei *Einnahme von Arzneimitteln*, die Husten als mögliche Nebenwirkung haben (z.B. ACE-Hemmer, Betablocker, nichtsteroidale Antirheumatika), Ausschluss eines medikamenteninduzierten Hustens durch Auslassversuch oder Änderung der Medikation. **A**

2.) Vertieftes Vorgehen

Nach Ausschluss von chronischer Bronchitis, Asthma und eines medikamenteninduzierten Hustens Abklärung von bronchialer Hyperreagibilität, Refluxkrankheit (GERD) und „Postnasalem Drip Syndrom“ (PNDS) **A**; Husten ist bei diesen Erkrankungen oftmals das einzige Symptom, auch kombiniertes Auftreten von 2 dieser 3 Erkrankungen möglich.

	PNDS	Bronchiale Hyperreagibilität	GERD
Typische Befunde	Häufiges Räuspern, pflastersteinartige Struktur der Schleimhaut des Oropharynx Sinusitis Sekretfluss an der Rachenhinterwand (z.T. eitrig), druck- oder klopfschmerzhaft paranasale Sinus, Kopf- und Gesichtsschmerzen, verstopfte Nase, purulentes Nasensekret A Rhinitis Rhinorrhoe, gerötete Augen, behinderte Nasenatmung	Husten oftmals nach einem Infekt der Atemwege oder bei bekannter Allergie B Meist transient, häufig bellend, kein asthmatypischer Auskultationsbefund, chronische oder episodische Dyspnoe, Keuchen möglich, verschärftes Vesikuläratmen Guter Allgemeinzustand, keine Fieber, keine HNO-Symptomatik	Sodbrennen, Refluxbeschwerden, epigastrischer Druckschmerz, Dysphagie, Husten ohne gastrointestinale Symptome möglich
Diagnostisches Vorgehen	Probatorisches Vorgehen ex juvantibus sinnvoll mit Oxymetazolin NT (max. 1 Woche), bei V.a. allergische Genese Antihistaminika oder Kortikosteroide als Nasenspray A	Lungenfunktion ist unauffällig, Therapie ex juvantibus mit inhal. Kortikosteroiden B , bei langwierigem Verlauf überw. zum Pneumologen: positiver Methacholin-Provokationstest gilt als Nachweis für Hyperreagibilität C	Probatorische Gabe eines H2-Antagonisten oder Protonenpumpenhemmers C
Weiter Diagnostik	Rö-Übersicht bzw. Ultraschall der NNH deutlich geringere Aussagekraft als ein CT der NNH A , CT in Absprache mit dem HNO-Arzt Bei schwerem Verlauf Überweisung zum Allergologen oder HNO-Arzt	Bei neg. LUFU und neg. Methacholin-Provokationstest Untersuchung des Sputums auf eosinophile Zellen durch Pneumologen zur Abklärung einer mögl. Eosinophilen Bronchitis	Gastroskopie zur Abklärung säurebedingter Läsionen
Therapie	Siehe DEGAM-Leitlinie „Akute Rhinosinusitis“	Inhalation von Kortikosteroiden, bei fehlender Besserung Gabe inhalativer β_2 -Mimetika, ggf. system. Gabe von Kortikosteroiden A , Überweisung zum Pneumologen	Diätetische und Verhaltensempfehlungen C , H2-Antagonisten, Protonenpumpenhemmer A

3.) Weiterführendes Vorgehen

Wenn das bisherige Vorgehen zu keiner klärenden Diagnose geführt hat, sollte an seltenere Ursachen des chronischen Hustens gedacht und eine entsprechende weiterführende Diagnostik veranlasst werden:

Pertussis: häufig anfallsartiger harter bellender Husten, oft inspiratorischer Stridor und Erbrechen glasigen Schleims im Stadium convulsivum (nach 2-4 Wochen), besonders wahrscheinlich bei Pertussiserkrankung im sozialen Umfeld.
Weitere Diagnostik: bei antibiotisch vorbehandelten Patienten Serologie auf IgA-, IgM- und IgG-AK, ansonsten PCR. **B**
Therapie: zweiwöchige Behandlung mit Makrolid (Erythromycin; Roxithromycin oder Clarithromycin). **B**

Bronchialkarzinom: Raucheranamnese (Cave: Änderung der Hustenqualität bei Rauchern) **C**, Thoraxschmerz, Heiserkeit, Exposition gegenüber Asbest- und Silikatstäuben, radioaktiven Stäuben, Chrom- und Nickeldämpfen, Kokereirohgasen in der Anamnese, im späteren Stadium Gewichtsverlust, Hämoptysen. Weitere Diagnostik: Röntgen-Thorax in 2 Ebenen, Spiral-CT, Bronchoskopie **C**, Überweisung zum Pneumologen.

Tuberkulose: Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Blutbeimengungen im Sputum. **B** Weitere Diagnostik: Hauttest nach Mendel-Manteau mit Standardtuberkulin, Röntgen-Thorax in 2 Ebenen, schon bei Erkrankungsverdacht Meldepflicht! Überweisung zum Pneumologen.

Psychogener Husten: zusätzliches Bestehen unspezifischer Symptome anderer Organsysteme oder bekannter TIC-Störungen **C**, ggf. Vorstellung beim Facharzt für Psychotherapeutische Medizin.

Autoren: M. Herrmann, C. Heintze, V. Rufer, S. Segebrecht, J. Welke, V. Braun
Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: S. Brockmann, M. Beyer, M. Scherer © DEGAM

Stand 2008 ©omikron publishing/DEGAM, www.degam-leitlinien.de
DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin

