

Definitionen

Akuter Husten: < 2 Wochen
Subakuter Husten: 2-8 Wochen
Chronischer Husten: > 8 Wochen

Chronisch refraktärer Husten: Keine Besserung der Symptomatik trotz Therapie der Grunderkrankung.

Chronisch idiopathischer Husten: Keine Ursache erkennbar (Ausschlussdiagnose).

Typische Charakteristika:

Alter	> 40 Jahre
Frauen : Männer	2:1
Dauer der Beschwerden	mehrere Jahre
Lungenfunktion	oft normal
Sodbrennen	oft nein
Nasentatmung	frei

Häufige Trigger: Temperaturänderung, Sprechen, Lachen, Nahrungsaufnahme, unspezifische Reize wie Parfüm, Rauch, Staub, Dämpfe

Häufige Begleitsymptome: Herunterfließendes Sekret im Rachen, Räusperzwang, Globusgefühl

Literatur

1. Kardos P et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin zur Diagnostik und Therapie von erwachsenen Patienten mit Husten. Pneumologie. 2019 Mar;73(3):143-180
2. Morice AH et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur Respir J. 2020 Jan 2;55(1):1901136
3. Irwin RS et al. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2018 Jan;153(1):196-209.

Kontakt zum Autor

Dr. Lukasz Antoniewicz, PhD
AKH Wien, Univ. Klinik für Innere Medizin II,
Klinische Abteilung für Pulmologie
Termin: 01/40400-61350
E-Mail: lukasz.antoniewicz@meduniwien.ac.at

Abklärung

Siehe Algorithmus.

Ausführliche Anamnese inkl. beruflich und umweltbezogener Exposition.
Medikamente -> Nebenwirkung? Bei Alarmzeichen rasche Abklärung!

EKG, ggf. TTE, 24h EKG, Ergometrie: Kard. Grunderkrankung?

Lungenfunktion (Spirometrie mit Bronchospasmyse, Bodyplethysmographie, DLCO, FeNO) ggf. Provokationstestung bei Verdacht auf Asthma.
ggf. Blutgasanalyse ± Belastung. COPD? Asthma? Restriktion?

CT-Thorax (1mm Schichten): ILD? Bronchiektasien? Emphysem? Raumforderung?

Gastroskopie, 24h-ph-Metrie und Manometrie: GERD? Bei Refluxsymptomen definitiv sinnvoll.

HNO-Abklärung: Verstopfte Nase?
Chronische Schleimbildung?
Herunterfließendes Sekret im Rachen?

Labor: BB-Diff (Eosinophilie?).
Verdacht auf COPD/Emphysem: Alpha-1-Antitrypsin.
Verdacht auf ILD: ANAs, RF, ANCA.
Verdacht auf Asthma: Allergieabklärung, RAST, total-IgE.

Logopädie: v.a. bei Tendenz zur Heiserkeit, Räusperzwang
Schlaflabor: Nächtliche Polygraphie. OSAS?

Bronchoskopie: Mikrobiologie (Pseudomonas, NTM).
BAL mit Leukocyten-Differenzialrechnung und Lymphozytentypisierung (ILD? eosinophile Bronchitis?).
Fluorescein Schluckversuch (Mikroaspirationen?).

Eine Empfehlung der



Chronischer Husten bei Erwachsenen

1. Auflage 2022

Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)
Autoren: Dr. Lukasz Antoniewicz PhD, Dr. Ralf Harun Zwick,
Univ.-Prof. Dr. Marco Idzko
Druck: Friedrich Druck

Mit freundlicher Unterstützung:



Übersicht Ursachen

Asthma (auch cough variant asthma): Anamnese, FeNO, Eosinophilie, Allergieabklärung, Provokationstest

Gastroösophagealer Reflux: v.a. bei positiver Anamnese. Gastroskopie, 24h - pH-Metrie und Impedanzmessung

Sinubronchiales Syndrom (Upper-airway-cough syndrom/post nasal drip): allergisch bzw. vasomotorisch. HNO-Abklärung, Allergieabklärung

Medikamente-Nebenwirkung:

ACE-Inhibitoren	Amiodaron
Inhalationen (inkl. ICS)	Beta-Blocker
Sekreteolytika	Gliptine
Methotrexat	Bleomycin
Checkpoint Inhibitoren	Mycophenolat mofetil
Fentanyl	Interferon alpha 2a/2b

Interstitielle Lungenerkrankungen: Sklerosiphonie bei Auskultation. CT-Thorax 1mm Schichten.

Bronchiektasen: CT-Thorax 1mm Schichten.

Post-infektiös? CF?

Prim. Zilien Dyskinesie? Sputumdiagnostik (Mykobakterien, Pseudomonas). HIV? IBD? Allergische bronchopulmonale Aspergillose?

Chronische Bronchitis: Noxenanamnese.

Ausschlussdiagnose.

COPD: Raucher-/Noxenanamnese, Lungenfunktion

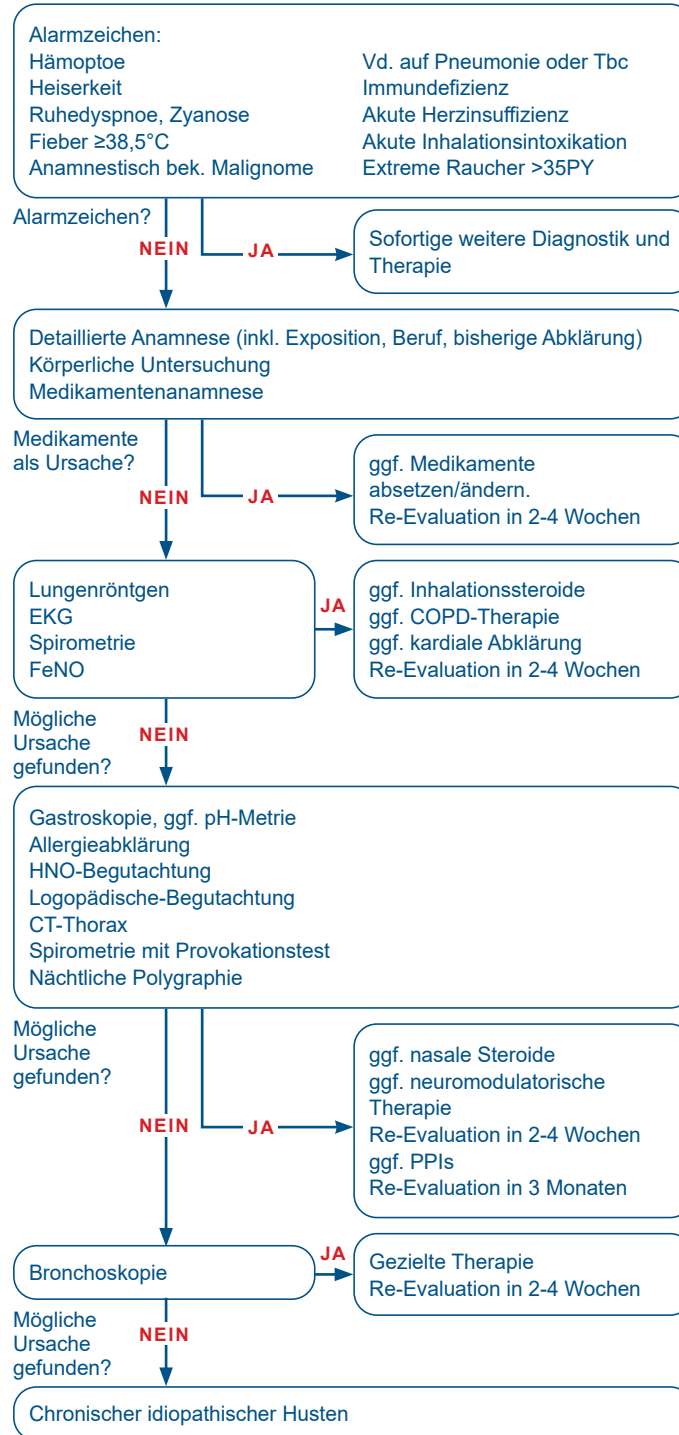
Vocal Cord Dysfunction: Kombiniert mit Asthma, Reflux?

Logopädische Abklärung

Chronische Ohrenaffektion: Irritation N. auricularis.

HNO-Begutachtung

Abklärungsalgorithmus



Therapieübersicht

Eine Therapie soll erst nach gründlicher Abklärung erfolgen und zielt in erster Linie auf eine Behandlung der ursächlichen Grunderkrankung. Eine Kombination aus medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapie ist anzustreben.

Nicht medikamentös:

Rauch- /Expositionskaenz

Atemtherapie: Husten vermeidende Atemtechniken

Logopädie: v.a. bei Vocal cord dysfunction

Anti-inflammatorisch:

Inhalationssterioide (mind. 4 Wochen): v.a. bei Asthma, Cough Variant Asthma, guter Effekt bei FeNO > 50ppb

Nasale Steroide: bei Rhinitis. zB. Mometason 50µg 2-0-0, ggf. reduzieren auf 1-0-0 nach 4 Wochen.

Antazidisch:

PPI, H2-Antagonisten, Alginate, Antazida: Bei gleichzeitiger Refluxsymptomatik sinnvoll. Effekt oft erst nach 3 Monaten. Ex-juvantibus Therapie nicht sinnvoll.

Neuromodulatorisch:

Morphin: Präparat mit verlängerter Freisetzung. MTD 10-20mg

auf 2 Dosierungen pro Tag. CAVE: Verstopfung

Gabapentin: MTD 300–800 mg aufgeteilt auf 2 Dosierungen pro Tag. Start: 300mg 1-0-0. Titration mit 300mg alle drei Tage. CAVE: Bei Absetzen ausschleichen.

Pregabalin: MTD 150–300mg aufgeteilt auf 2-3 Dosierungen pro Tag. Start 50mg 1-1-1. Titration alle drei bis sieben Tage.

Bei Absetzen ausschleichen.

Bei vermehrter Schleimproduktion:

Schleimlösend: N-Acetylcystein, Phytopharmaka (Efeu, Thymian, Primel).

Verbesserung der mukociliären Clearance:

ggf. inhalative beta2-Mimetika.

Reduktion der Schleimproduktion: ggf. inhalative Anticholinergika.