



Chronischer Husten bei Erwachsenen

1. Auflage 2022

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
Nasenaumgebung	frei

Häufige Trigger: Temperaturänderung, Sprechen, Lachen, Nahrungsaufnahme, unspezifische Reize wie Parfüm, Rauch, Staub, Dämpfe**Häufige Begleitsymptome:** Herunterfließendes Sekret im Rachen, Räsperzwang, Globusgefühl

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
Sekretolytika	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 (Mycobakterien, 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

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 Bronchospasmodolyse, Bodyplethysmographie, DLCO, FeNO) ggf. Provokationstestung bei Verdacht auf Asthma.

ggf. Blutgasanalyse ± Belastung. COPD? Asthma? Restriktion?

CT-Thorax (1mm Schichten): ILD? Bronchiektasen?

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's.

Verdacht auf Asthma: Allergieabklärung, RAST, total-IgE.

Logopädie: v.a. bei Tendenz zur Heiserkeit, Räsperzwang

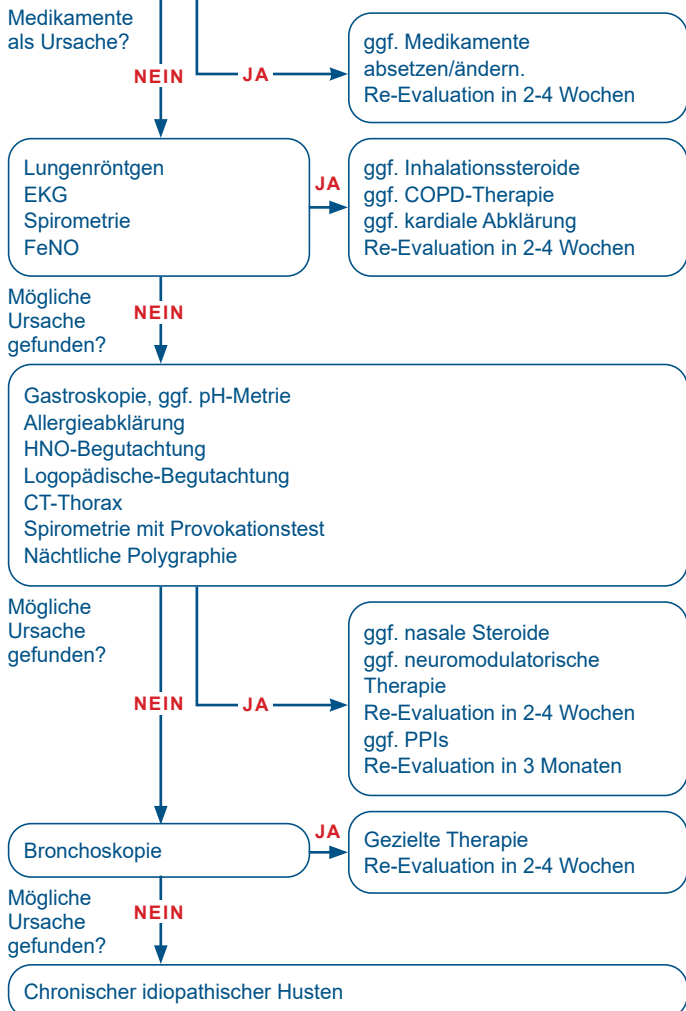
Schlaflabor: Nächtliche Polygraphie. OSAS?

Bronchoskopie: Mikrobiologie (Pseudomonas, NTM).

BAL mit Leukozyten-Differenzialrechnung und Lymphozytentypisierung (ILD? eosinophile Bronchitis?).

Fluorescinschluckversuch (Mikroaspirationen?).

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- /Expositionskarenz**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.

Literatur

- 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
- 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
- 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

Impressum

Medieninhaber: Österreichische Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP)

Autoren: Dr. Lukasz Antoniewicz PhD, Dr. Ralf Harun Zwick,
Univ.-Prof. Dr. Marco Idzko

Mit freundlicher Unterstützung:

