

Kurzversion

Definition

Von einem chronischen Husten wird in dieser Leitlinie gesprochen, wenn das Symptom Husten über einen Zeitraum von mehr als 8 Wochen besteht. Die Leitlinie behandelt das Symptom beim Erwachsenen.

Gefährliche Verläufe (siehe auch „Akuter Husten“)

- **Neoplasien**
→ insbesondere bei Rauchern (Cave: Änderung der Hustenqualität bei Rauchern) oder beruflicher Exposition zu Karzinogenen (z.B. Asbest); Gewichtsverlust, Hämoptysen, Thoraxschmerz, Heiserkeit
- **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
- **Chronische Linksherzinsuffizienz** mit Lungenstauung

Bei Verdacht auf eines dieser Krankheitsbilder ist eine rasche diagnostische Klärung zu veranlassen. Die meisten internationalen Leitlinien empfehlen nach einer Hustendauer von 8 Wochen und unklar gebliebener Ursache eine Röntgenaufnahme des Thorax.

Bei der Entwicklung von Notfallsituationen ist die Sicherung der Vitalfunktionen zu gewährleisten und gegebenenfalls eine stationäre Einweisung vorzunehmen.

Basisdiagnostik

Ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung ermöglichen in den meisten Fällen eine Diagnosestellung.

Anamnese und Begleitsymptome	
<ul style="list-style-type: none"> • Art und Dauer des Hustens • Fieber • Auswurf (Menge, Konsistenz, Hämoptysen) • Atembeschwerden (Dyspnoe, Stridor) • Raucheranamnese • Vorausgegangene Atemwegsinfekte, chron. Bronchitis/ Sinusitis • Allergien/ Asthma 	<ul style="list-style-type: none"> • Komplizierende Begleitsymptome (Hämoptysen, Gewichtsverlust, Heiserkeit) • Hinweise auf kardiale Insuffizienz • Refluxbeschwerden (Sodbrennen, Aufstoßen) • Medikamenteneinnahme • Begleiterkrankungen • Exposition inhalativer Noxen • Umgebungsanamnese
Körperliche Untersuchung	
<ul style="list-style-type: none"> • Inspektion der Haut (Blässe, Zyanose, Schwitzen) • Inspektion von Mund und Rachen, behinderte Nasenatmung, Klopfschmerz NNH • Untersuchung des Thorax (Inspektion, Perkussion und Auskultation der Lunge, Atemfrequenz, Auskultation des Herzens) • Palpation des Abdomens • Inspektion und Palpation der Beine (Ödeme, Thrombosezeichen) • Lymphknotenstatus, Ernährungszustand 	
Allgemeine Hinweise	
<ul style="list-style-type: none"> • Alle Patienten mit Husten nach dem Rauchen fragen, Raucherstatus regelmäßig dokumentieren A • Raucher aufklären und mit persönlichem Bezug zur Tabakentwöhnung motivieren A • Bei respiratorischen Symptomen und entsprechenden Hinweisen (Anamnese/Klinik) auch an kardiale Genese (Asthma cardiale, Lungenstauung) denken und ggf. kardiologische Abklärung einleiten 	

Weiteres Vorgehen bei chronischem Husten

Häufige Erkrankungen

	Chron. Bronchitis/COPD	Asthma	Medikamenteninduzierter Husten
Typische Befunde	<ul style="list-style-type: none"> • Raucheranamnese • Zunächst Husten und Auswurf • Bei COPD zusätzlich: sekundär Dyspnoe, Keuchen, auskultatorisches Giemen, verlängertes Expirium 	<ul style="list-style-type: none"> • Anfallsartige Atemnot, insbesondere nachts und am frühen Morgen • Husten mit zähglasigem Auswurf • Auskultatorisch Giemen, verlängertes Expirium 	<ul style="list-style-type: none"> • Einnahme von Arzneimitteln, die Husten als mögliche Nebenwirkung haben (z.B. ACE-Hemmer, Betablocker, NSAR)
Diagnostisches Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung • Spirometrie • Bei Erstdiagnose Röntgen-Thorax 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung • Spirometrie 	<ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und körperliche Untersuchung • Auslassversuch bzw. Umstellung der Medikation
	<ul style="list-style-type: none"> • Obstruktion nicht voll reversibel, progredient 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstruktion gut reversibel: ($\Delta FEV_1 > 15\%$), variabel, episodisch 	
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe Nationale Versorgungsleitlinie COPD 	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe Nationale Versorgungsleitlinie Asthma 	<ul style="list-style-type: none"> • Auslassversuch bzw. Umstellung der Medikation

Nach Ausschluss von chronischer Bronchitis/COPD, Asthma und medikamenteninduziertem Husten kommen zunächst folgende weitere Erkrankungen in Betracht. Zu bedenken ist, dass ein chronischer Husten immer auch multikausal verursacht sein kann.

	UACS (upper airway cough syndrome)	Bronchiale Hyperreagibilität	GERD
Typische Befunde	<ul style="list-style-type: none"> • Häufiges Räuspern • Pflastersteinartige Struktur des Oropharynx • <i>Sinusitis</i>: Schleim-Eiter-Straße Rachenhinterwand, klopf-schmerzhaftes NNH, Kopf- und Gesichtsschmerzen, purulentes Nasensekret • <i>Rhinitis</i>: Rhinorrhoe, gerötete Augen, behinderte Nasenatmung 	<ul style="list-style-type: none"> • Anhaltender trockener Husten, häufig nach einem Infekt der Atemwege • Kein asthmatypischer Auskultationsbefund • Dyspnoe selten • Guter Allgemeinzustand • Kein Fieber • Keine HNO-Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> • Refluxbeschwerden: Sodbrennen, Aufstoßen • Häufig auch Husten ohne gastrointestinale Symptome
Diagnostisches Vorgehen	<ul style="list-style-type: none"> • Probatorisches Vorgehen ex juvantibus abhängig von der Grunderkrankung sinnvoll, siehe Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Spirometrie: Lungenfunktion unauffällig • Therapie ex juvantibus mit inhalativen Kortikosteroiden B 	<ul style="list-style-type: none"> • Probatorische Gabe eines Protonenpumpenhemmers B
Weitere Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • Probatorische Therapie ohne Erfolg: Bildgebung der NNH (Rö-Übersicht bzw. Ultraschall geringere Aussagekraft als CT) oder Überweisung zum HNO-Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> • Probatorische Therapie ohne Erfolg: Überweisung zum Pneumologen 	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. gastroenterologische Refluxdiagnostik
Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Abschwellende Nasentropfen (max. 1 Woche) und Antihistaminikum 1. Generation • Bei V.A. chron. Sinusitis Kortikosteroide als Nasenspray B • S. DEGAM-Leitlinie Rhinosinusitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalation von Kortikosteroiden • Ggf. zusätzlich inhalative β_2-Mimetika • Bei fehlendem Ansprechen auf Kortikosteroide nach 6-8 Wo. Überweisung zum Pneumologen 	<ul style="list-style-type: none"> • Diätetische und Verhaltensempfehlungen • Protonenpumpenhemmer (siehe Langfassung)

Weitere Erkrankungen mit chronischem Husten

Tuberkulose: Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Blutbeimengungen im Sputum. Weitere Diagnostik: Sputumdiagnostik und Röntgen-Thorax in 2 Ebenen **A**, Überweisung zum Pneumologen. Schon bei behandlungsbedürftiger Erkrankung ohne bakteriologischen Nachweis Meldepflicht!

Pertussis: Dauer selten über 8 Wochen, siehe akuter Husten.

Husten ungeklärter Ursache: Trotz differenziertem diagnostischem Vorgehen und spezifischen therapeutischen Maßnahmen bleibt bei ca. 10-40% der Hustenpatienten die Ätiologie des chronischen Hustens ungeklärt. Ursächlich wird eine Überempfindlichkeit der Hustenrezeptoren diskutiert. Interdisziplinäre Therapieansätze (u.a. Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie) können hilfreich sein.

Autoren: S. Beck, L. Dini, C. Heintze, F. Holzinger, C. Stöter

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Beyer, M. Scherer, A. Wolny

Stand 2014 © DEGAM, <http://leitlinien.degam.de>

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin