



Chronischer Husten bei Erwachsenen

2. Auflage 2024

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
Nasenatmung	frei

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

Häufige Begleitsymptome: Herunterfließendes Sekret im Rachen, Räusperzwang, 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 syndrome/post nasal drip): allergisch bzw. vasomotorisch. HNO-Abklärung, Allergieabklärung

Husten als Nebenwirkung von Medikamenten:

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? Pulmonale Langerhans-Zell-Histiozytose?

Chronische Bronchitis: Noxenanamnese. Ausschlussdiagnose.

COPD: Raucher-/Noxenanamnese, Lungenfunktion

Induzierbare laryngeale Obstruktion (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 Bronchospasmolyse, 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? Häufig kein subjektiv spürbarer Reflux.

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

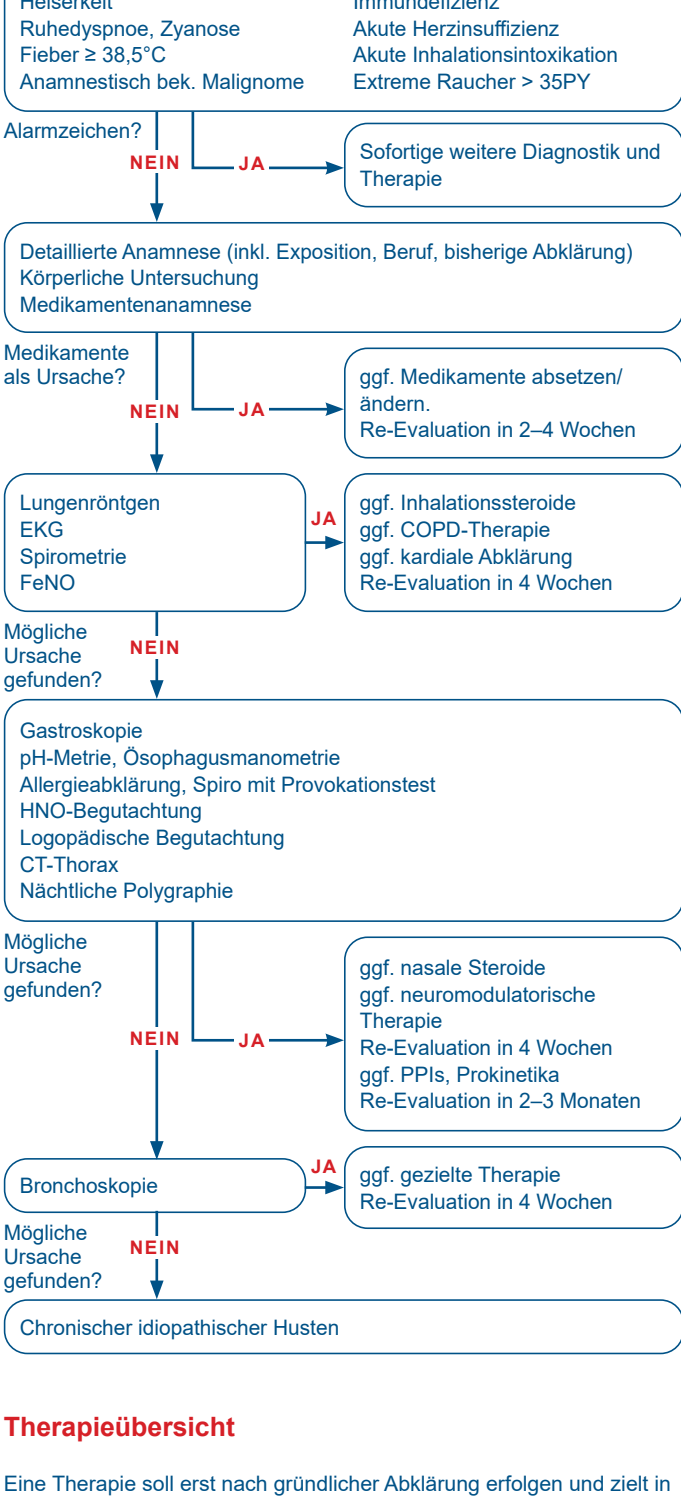
Labor: BB-Diff (Eosinophilie?). Verdacht auf COPD/Emphysem: Alpha-1-Antitrypsin. Verdacht auf ILD: ANAs, RF, ANCA's. Verdacht auf Asthma: Allergieabklärung, RAST, total-IgE.

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

Schlaflabor: Nächtliche Polygraphie. OSAS?

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

Atemtherapie: Husten vermeidende Atemtechniken

Logopädie: v.a. bei Vocal cord dysfunction

Reflux vorbeugende Ernährung, Kopfende des Bettes anheben, Refluxchirurgie (Fundoplikatio)

Anti-inflammatorisch:

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

Nasale Steroide: bei Rhinitis. z. B. 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 (off-label):

Morfin: Retard-Präparat. MTD 10–20 mg auf 2 Dosierungen pro Tag. CAVE: Verstopfung.

Hydromorphon: Retard-Präparat. MTD 4 mg–8 mg auf 2 Dosierungen pro Tag. CAVE: Verstopfung.

Gabapentin: MTD 300mg–1800 mg aufgeteilt auf 2 Dosierungen pro Tag. Start: 300 mg 1-0-0. Titration mit 300 mg alle drei Tage. CAVE: Bei Absetzen ausschleichen.

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

Prokinetika (off-label):

Metoclopramid: MTD 10–30 mg. Start: 10 mg 1-0-1.

Domperidon: MTD 10–30 mg. Start 10 mg 0-0-1. Effekt bei Prokinetika erst nach 2 Monaten auswerten. Nur bei gesichertem Reflux.

Bei vermehrter Schleimproduktion:

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

Verbesserung der mukociliären Clearance: ggf. inhalative beta2-Mimetika.

Reduktion der Schleimproduktion: ggf. inhalative Anticholinergika.

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
hustenambulanz@akhwien.at
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:

