«Update Basics», Donnerstag 13. Juni 2019, Obach Privatklinik, Solothurn

Chronischer Husten, wie würden Sie vorgehen?

Dr. med. Thomas Schmid,

Facharzt FMH Pneumologie

Lungenpraxis Stadtgarten

Werkhofstrasse 4

4500 Solothurn

**Hustenreflexbogen:**

Der Hustenreflex besteht aus **Afferenzen, zentraler Kontrolle und Efferenzen**. Die Hustenrezeptoren (mechanische und chemische) sind in Nase, Pharynx, Larynx, Trachea, Bronchien, Pleura, Pericard, Diaphragma, Oesophagus, Magen und im Gehörgang lokalisiert. Sie melden über den Vagus in das Hustenzentrum in der Medulla/ Nucleus tractus solitarius. Von dort gehen Efferenzen via Vagus an Larynx, Trachea und Bronchien, via Phrenicus an das Zwerchfell und via Motoneurone an die exspiratorischen Muskeln und Sphinkter. Der Reflex wird durch das kortikale ZNS moduliert.

**Definitionen:**

Bis zu einer Dauer von **3** Wochen wird der Husten als **akut**, von **3 – 8** Wochen als **subakut** und länger als **8** Wochen als **chronisch** bezeichnet.

**Hustenursachen:**

Der **akute** und **subakute** Husten wird sehr häufig durch Infekte der oberen Luftwege verursacht und als **postinfektiös** bezeichnet. Dieser heilt in der Regel spontan ab.

Der **chronische Husten** bei **Nichtrauchern** mit **normalem Thoraxröntgenbild** und **ohne** **ACE- Hemmer** hat in über 90% der Fälle **3 Hauptursachen**:

1. **Rhinitis Husten** (Upper Airway Cough Syndrom / Post nasal drip)
2. **Asthma Husten**
3. **Reflux Husten**

Weitere mögliche Ursachen für **chronischen Husten** (>8 Wochen):

* Atemwegsinfekte mit Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae und Bordatella pertussis
* ACE-Hemmer (auch Monate nach Beginn)
* Chronische Bronchitis (Raucher, Landwirte usw.)
* Bronchiektasen (CF, atypische Mycobakterien, Immunglobulinmangel)
* Nicht asthmatische eosinophile Bronchitis (Eosinophile im Sputum, erhöhtes FeNO ohne Obstruktion oder bronchiale Hyperreaktivität im Methacholintest)
* Bronchuskarzinom, vorallem bei zentraler Lokalisation
* Lungentuberkulose (Alte Schweizer und Junge aus TBC- Hochprävalenzländern)
* Fremkörperaspiration (Anamnese mit «Verschlucken», neurologische Erkrankungen, Kleinkinder, ältere Patienten)
* Interstitelle Lungenkrankheiten (Sklerosiphonie, Röntgenbild)

**Chronischer Husten, wie würde ich vorgehen:**

1. **Anamnese und klinische Untersuchung**:

* Raucher?
* ACE Hemmer?
* Hinweise für Rhintis, Asthma oder Reflux?

1. **Thoraxröntgenbild**: **falls unauffällig** **empirische Therapie** gemäss Anamnese und Klinik mit:
   * Nasensteroid bei möglichem Upper Airway Cough Syndrom
   * Inhalativen Steroiden bei möglichem Asthma Husten
   * Protonenpumpenhemmer bei möglichem Reflux Husten
2. Falls kein Ansprechen innerhalb von 2 Wochen bei entsprechendem anamnestischem oder klinischem Verdacht eine weitere empirische Therapie eventuell in Kombination.
3. **Wenn kein Ansprechen vertiefte Abklärungen**:
   * Lungenfunktion, Methacholintest (Asthma)
   * FeNO (Asthma oder eosinophile Bronchitis)
   * Allergietest (Rhinitis oder Asthma)
   * pH- Metrie (stummer Reflux)
   * CT Thorax (Lungenfibrose, Bronchiektasen, Tumor)
   * Bronchoskopie (Fremdkörper, Tumor, Bronchiektasen, interstitielle Lungenkrankheit, Bronchomalazie)

**Symptomatische Therapie des Hustens:**

**CAVE**: Beim **akuten und subakuten Husten** kann eine **symptomatische Hustentherapie** versucht werden. Beim **chronischen Husten** sollte immer nach der Ursache gesucht und der Husten **kausal behandelt** werden.

**Wirkungsort:**

* **Afferenz** 
  + Lidocain
  + Ipratropium bromide
* **Hustenzentrum**
  + Dextromethorphan
  + Codein, Dicoid
  + Morphin
* **Efferenz**
  + Ipratropium bromide

sd, 10.6.2019