

Husten in der allgemeinärztlichen Sprechstunde

Differenzialdiagnosen unterscheiden sich gegenüber Klinik

Thomas Frese¹, S Thiersch¹, Roger Voigt¹, Johannes Dietrich², Hagen Sandholzer¹ und die SESAM Study Investigators²

¹Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Leipzig, Leipzig (Leiter: Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer)

²Sächsische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), Mühlau

In der Sächsischen Studie für Allgemeinmedizin (SESAM-2) war Husten das häufigste Symptom, das eine Beratung durch den Hausarzt auslöste. Husten ist in erster Linie eine Krankheit von Patienten mittleren Alters, wobei Frauen und Männer fast gleich häufig betroffen sind. Im Gegensatz zum klinischen Krankengut, das eine große Bandbreite an Differenzialdiagnosen liefert, fielen 91 % der Diagnosen in der Hausarztpraxis in das Kapitel der ICD-10 respiratorische Probleme bei Neuerkrankungen. Um Schlussfolgerungen für die Anamnese zu ziehen wurde analysiert, welche Begleitbeschwerden signifikant häufiger bei Hustenden vorkamen. Für die Behandlung des Hustens in der Praxis bedarf es der Implementierung von evidenzbasierten Beratungs- und Managementkonzepten.

Der zentral regulierte Hustenreflex ist wichtig, um die Atemwege von größeren Mengen inhalierter Schadstoffe, übermäßiger Sekretion, Ödemen, Eiter oder anderen Fremdkörpern und Substanzen zu reinigen. Zumeist wird Husten im Larynx oder Tracheobronchialbaum mittels mechanischer oder chemischer Reizung der Rezeptoren initiiert. Weitere Rezeptoren sind im äußeren Gehörgang, Zwerchfell, Perikard, Pleura und Magen lokalisiert. Die afferente Erregungsleitung geschieht über den N. vagus und seine Äste. Efferente Signale werden über den

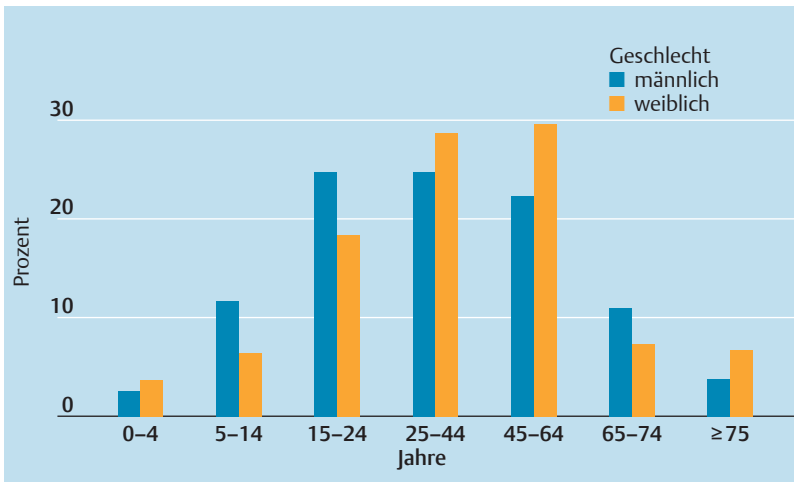
N. phrenicus, N. trigeminus, N. facialis, N. vagus, N. hypoglossus sowie über Interkostalnerven und Lumbalnerven in die Peripherie geleitet. Der Husten entsteht aus einer tiefen Inspiration, gefolgt von einem Schließen der Glottis und Stimmbänder und wird begleitet von der Kontraktion der Expirationsmuskulatur (Kompressionsphase). Dieser Phase schließt sich die explosive Phase an, bei der die Glottis geöffnet wird und der expiratorische Luftstrom abrupt freigesetzt wird. Neben einer Bronchokonstriktion kommt es zu einer reflektorischen Schleimproduktion, die eine effektivere Reinigung der irritierten Atemwege ermöglicht. Basierend auf dem Konzept der Internationalen Klassifikation der Primärversorgung widmete sich die Sächsische Studie für Allgemeinmedizin (SESAM-2) der Epidemiologie, Differenzialdiagnostik und dem Management von Gesundheitsstörungen, die für das Beratungsproblem Husten interessante Ergebnisse liefert.

Husten: Ein Problem von Patienten jeden Alters und Geschlechts

Husten war das häufigste Symptom, das eine Beratung durch den Hausarzt auslöste.

In der SESAM-Studie kamen Patienten jeden Alters mit Husten zum Hausarzt. Husten ist in erster Linie eine Krankheit von Patienten mittleren Alters. Frauen und Männer sind fast gleich häufig betroffen, wobei der Altersgipfel bei Männern früher liegt als bei Frauen (Abb. 1). Um Schlussfolgerungen für die Anamnese zu ziehen, wurde analysiert, welche Begleitbeschwerden signifikant häufiger bei Hustenden vorkamen. 34% der hustenden Patienten hatten auch gleichzeitig Fieber, 24% Schnupfen, 13,7% litten unter Halsschmerzen, Schwächegefühl oder Müdigkeit fanden sich bei 7,0%. Ein abnormes Sputum zeigten 4,8% der Patienten, Dyspnoe 3,7%, Kopfschmerzen traten bei 3,5% der Patienten auf, Ohrenschmerzen bei 1,7%

Abb. 1 Altersverteilung von Patienten mit Husten.



und Stimmprobleme bei ebenfalls 1,7%. Ganzkörperschmerzen fanden sich bei 1,5% der Patienten und unspezifische Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates bei 1,1%. Schluckstörungen und andere Atemprobleme waren in einer Häufigkeit von unter 1% zu beobachten, zeigten sich bei Hustenpatienten aber noch signifikant häufiger als bei der Vergleichsgruppe.

Beratungsergebnisse bei Husten

Der Husten, als häufigster Beratungsanlass, liefert eine große Bandbreite an Differenzialdiagnosen im klinischen Krankengut. Betrachtet man die regelmäßig häufigen Beratungsergebnisse in der Hausarztpraxis, stellt man fest, dass in der Sprechstunde das differenzialdiagnostische Spektrum erstaunlich eng ist: 91% der Diagnosen fallen in das Kapitel der ICD-10 respiratorische Probleme bei Neuerkrankungen. Die häufigsten Diagnosen bei Husten waren Infektionen der oberen Atemwege, akute Bronchitis und Bronchiolitis, akute Pharyngitis und akute Tonsillitis, Rhinosinusitis, chronische Sinusitis. Zu den Krankheitsbildern, die bei bestimmten Risikogruppen gefährlich verlaufen können, zählten die akute Laryngitis (bei Säuglingen oftmals als Notfall imponierend) und Tracheitis (5,0%), die akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis/COPD (3,3%), Grippe (1,4%), Pneumonie (1,4%) sowie Asthma bronchiale (1,1%). Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege, wie auch Bronchiektasen, waren extrem selten. Fieber unbekannter Ursache, Otitis media, spezifische Virus-(Herpes)Infektionen (0,5%) und sonstige Symptome und/oder abnorme Befunde stellen den kleinen Rest an Differenzialdiagnosen dar, die nicht dem Atemtrakt zuzuordnen sind. Betrachtet man nicht nur die neuen Diagnosen, sondern auch die vorbestehenden (Abb. 2) so zeigt sich, dass Hustenpatienten insgesamt an Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Lungenkrankheiten und Muskel-Skelett-Erkrankungen leiden. Hier zeigte sich jedoch kein relevanter Unterschied zu Nicht-Husten-Patienten.

Was macht der Hausarzt bei Husten?

In 3% der Fälle wurde ausschließlich eine Anamnese und Verlaufsbefragung durchgeführt, 93% der Patienten wurden körperlich untersucht, von 9% wurde eine Blutprobe ins Labor geschickt, bei 4% eine Spirometrie durchgeführt, bei 7,9% sonstige Diagnostik wie EKG, Röntgen-Thorax, Sonografie der Halsweichteile und andere veranlasst. Insgesamt 79% aller Hustenfälle wurden somit ohne technischen Aufwand diagnostiziert. Lediglich 7% wurden überwiesen, eine Einweisung war nicht nötig. Therapeutisch stand die alleinige Beratung nur

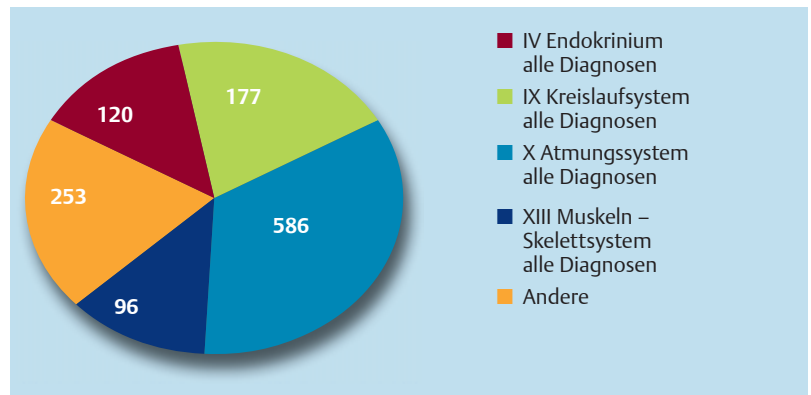


Abb. 2 Alle Diagnosen bei Hustenpatienten.

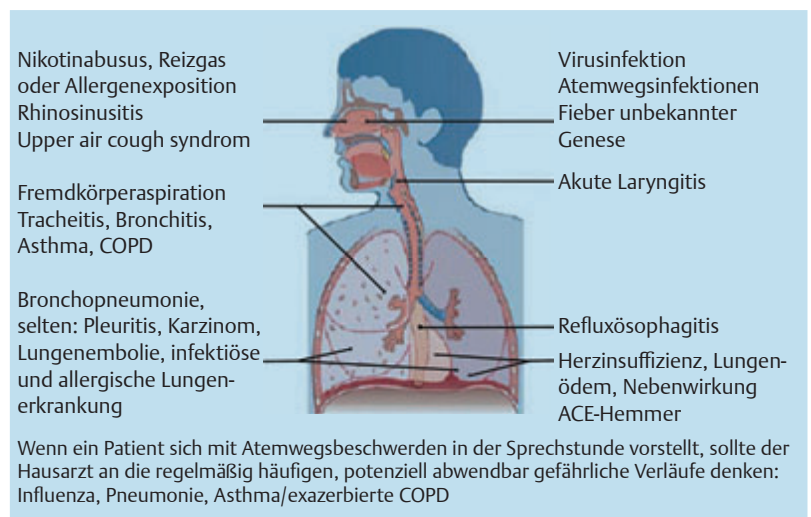
mit 8,3% am untersten Ende. Am häufigsten wurden Medikamente verschrieben und Arbeitsruhe verordnet. Nichtmedikamentöse Therapien wie z.B. Wickel kamen selten zum Einsatz.

Diskussion

Atemwegserkrankungen gehören zu den regelmäßig häufigen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. Bereits der allgemeinmedizinische Pionier Robert. N. Braun publizierte in den 1950er- und 1960er-Jahren Ranglisten mit Atemwegsinfektionen in den oberen Rängen, die wiederholt von späteren Untersuchern bestätigt wurden. Unsere Ergebnisse stimmen mit diesen Untersuchungen überein. Setzt man die tägliche Fortbildungsflut über respiratorische Erkrankungen in Relation zu den tatsächlichen Beratungsanlässen in der Praxis, stellt man ein grobes Missverhältnis fest: Nicht Asthma, COPD oder die Lungenembolie, nicht die Herzinsuffizienz und auch nicht die Otitis media bestimmen die Sprechstunde, sondern einige wenige banale Krankheiten, durchsetzt von klar und relativ einfach zu bestimmenden abwendbar gefährlichen Verläufen.

Dies bestätigt auch eine neue Publikation der Transit-Studie, deren Datenbasis sich allerdings

Abb. 3 Synopsis: Differenzialdiagnose des Hustens in der Hausarzt-Sprechstunde.



auf das niederländische Patientengut vor etwa 20 Jahren bezieht. Die Transit-Studie fand dieselben Beratungsergebnisse wie die SESAM-Studie, vor allem akute Bronchitis bei 22% der unter 45-Jährigen bzw. bei 29% der über 45-Jährigen. Dabei waren Infektionen der oberen Atemwege und Husten unklarer Ursache am häufigsten. Abweichend von der SESAM-Studie wurden auch Malignome der Lunge (0,01 bzw. 0,4%) und Pertussis (1,7 bzw. 0,2%) gefunden. Mangels Follow-up ist die Aussagekraft der SESAM-Daten eingeschränkt, da quasi nur eine zufällige Konsultation erfasst wurde.

Unter Berücksichtigung weiterer Studien stellen wir daher die Differenzialdiagnose des Hustens in einer zusammenfassenden Synopis dar. Hierbei ist auch berücksichtigt, dass hinter dem oftmals den Viren zugeschrieben Husten auch ein Nikotinabusus oder ein ACE-Hemmer stehen kann, dessen Wirkung als Bronchitis klassifiziert wird. Ebenso kann die virale Laryngitis, die den Husten auslöst, in Wirklichkeit auf einer gastroösophagealen Refluxkrankheit beruhen.

Es bedarf daher weiterer Forschung, warum bei Husten so oft und so viele Medikamente verschrieben werden. Dabei handelt es sich um ein weltweites Phänomen mit weitreichenden pharmakoökonomischen Konsequenzen. Die Herausnahme von „Grippemitteln“ aus der Primärversorgung verschiebt nur das Problem der Einnahme von Mitteln mit umstrittener Wirkung in die Selbstmedikation. Gleichzeitig bekommen die Patienten als Substitutionseffekt häufiger Antibiotika verschrieben. Die in wissenschaftlichen Studien oftmals und in verschiedenen Ländern demonstrierte Möglichkeit, Husten zu managen, ohne Medikamente zu verschreiben, hat sich in der Praxis nicht durchgesetzt. Es bedarf daher der Implementierung von evidenzbasierten Beratungs- und

Managementkonzepten für die Behandlung des Hustens in die Praxis.

Literatur

- 1 Braun R. Feinstruktur einer Allgemeinanzpraxis – Diagnostische und statistische Ergebnisse. 1 ed. Stuttgart: Schattauer-Verlag, 1961
- 2 Butler CG, Kinnersley P, Prout H et al. Antibiotics and shared decision-making in primary care. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2001; 48: 435–440
- 3 Charles J, Pan Y, Britt H. Trends in childhood illness and treatment in Australian general practice, 1971–2001. *Med J Aust* 2004; 180: 216–219
- 4 Coenen S, Royen P van, Michiels B, Denekens J. Optimizing antibiotic prescribing for acute cough in general practice: a cluster-randomized controlled trial. *J Antimicrob Chemother* 2004; 54: 661–672
- 5 Creer DD, Dilworth JP, Gillespie SH et al. Aetiological role of viral and bacterial infections in acute adult lower respiratory tract infection (LRTI) in primary care. *Thorax* 2006; 61: 75–79
- 6 Hannaford PC, Simpson JA, Bisset AF et al. The prevalence of ear, nose and throat problems in the community: results from a national cross-sectional postal survey in Scotland. *Family Practice* 2005; 22: 227–233
- 7 Hickmann DE, Stebbins MR, Hanak JR, Guglielmo BJ. Pharmacy-based intervention to reduce antibiotic bronchitis. *Ann Pharmacother* 2003; 37: 187–191
- 8 Himmel W, Hummers-Pradier E, Kochen MM, Pelz J. Treatment of respiratory tract infections – a study in 18 general practices in Germany. *Eur J Gen Pract* 1999; 5: 15–20
- 9 Hing E, Cherry DK, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2004 summary. *Adv Data* 2006; 374: 1–33
- 10 Landolt-Theus P. Fällevverteilung in der Allgemeinmedizin. *Der Allgemeinarzt* 1992; 14: 254–268
- 11 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. ICPC in the Amsterdam Transition Project. CD-Rom. Amsterdam: Academic Medical Center/University of Amsterdam, Department of Family Medicine, 2005
- 12 Ponka D, Kirlaw, M. Cough. *Canadian Family Physician* 2007; 53: 690–691
- 13 Sondik E, Anderson J, Curtin L et al. National Ambulatory Medical Care Survey: 1995–1996 Summary. *Vital and Health Statistics* 1999; 13: 1–123
- 14 Welschen I, Kuyvenhoven MM, Hoes AW, Verheij TJ. Effectiveness of a multiple intervention to reduce antibiotic prescribing for respiratory tract symptoms in primary care: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 329: 431–436

Cough in the GP consultation hour – Differential diagnoses differ from hospital diagnoses

Coughing was the most frequently occurring symptom recorded by the Sesam-2 study of GP consultation hours. Coughing is usually a complaint of the middle-aged, the incidence being almost the same in males and females. 91% of the diagnoses arrived at during GP consultation hours were of the ICD-10 category of respiratory problems if the disease was fresh. This differed considerably from the incidence of diagnoses in hospitals where there is a great bandspread of differential diagnoses. For the purpose of arriving at conclusions for the anamnesis, the relative frequency of associated symptoms was analyzed. Treatment of cough depends on the implementation of concepts of counselling and management based on collected evidence.

Key words

Cough – GP – causes for seeking medical advice – differential diagnoses – SESAM-2 study



Korrespondenz

Thomas Frese
 Selbständige Abteilung für
 Allgemeinmedizin
 Universitätsklinikum Leipzig
 Philipp-Rosenthal-Straße 27a
 04103 Leipzig
 Fax: 0341/9715719
 haeb@medizin.uni-leipzig.de