

- ▶ **Die Ursachen für Husten und Atemnot** können sowohl pulmonaler als auch kardialer Natur sein. Bekannte Beispiele sind COPD und Herzinsuffizienz.
- ▶ **Eine interdisziplinäre Betrachtung** liefern der Kardiologe Prim. Univ.-Doz. Dr. Franz Xaver Roithinger und der Pulmologe Univ.-Prof. Dr. Horst Olschewski.



An Lunge und Herz denken

Was steckt hinter Husten und Atemnot?

Redaktion: Dr. Eva Maria Riedmann

Die kardiologische Sicht



PRIM. UNIV.-DOZ. DR.
FRANZ XAVER ROITHINGER
II. Interne Abteilung,
Landeskrankenhaus Wiener Neustadt

Wie gehen Sie bei Patienten mit Husten und Atemnot vor?

Die große Frage ist, ob die Symptome – Husten und Atemnot – von der Lunge oder vom Herzen kommen. Ganz wichtig ist die ausführliche Anamnese. Wie lange bestehen die Symptome schon? Sind andere Begleitbeschwerden vorhanden, wie z. B. Druck auf der Brust oder unregelmäßiger Pulsschlag? Wie sieht der medizinische Hintergrund aus? Wie alt ist der Patient? Wie wahrscheinlich ist eine kardiale Vorschädigung? Handelt es sich um einen 16-jährigen Burschen, wird der Verdacht eher in Richtung Asthma und Lunge gehen. Ist der Patient dagegen über 70 Jahre alt mit vorangegangener Bypass-Operation und entsprechender kardialer Anamnese sowie vorhandenen Risikofaktoren (hohe Blutfette, Zuckerkrankheit, positive Familienanamnese), geht die Sache eher in Richtung Herz. Von Interesse sind auch die Vormedikamente, so können beispielsweise ACE-Hemmer gelegentlich einen trockenen Hustenreiz mit sich bringen.

Der nächste Schritt ist die klinisch physikalische Untersuchung. Hier ist auf Zeichen einer Herzschwäche oder auf das Vorliegen von Beinödemen zu achten. In der Auskultation deuten feuchte Rasselgeräusche und ein 3. Herzton auf eine kardiale Ursache der Dyspnoe hin. Mit Hilfe eines EKG kann nach kardialen Ursachen wie stattgehabter Herzinfarkt, ta-

chykardes Vorhofflimmern oder Linksschenkelblock gesucht werden.

Eine Blutabnahme zur Bestimmung des NT-pro-BNP ist hilfreich, um eine Herzschwäche auszuschließen (bei normalem Wert) bzw. festzustellen (bei einem stark erhöhten Wert). Zur weiteren Abklärung empfiehlt sich ein Herzultraschall.

Ist die Pumpfunktion schlecht, d. h., liegt eine Herzschwäche mit reduzierter Linksventrikelfunktion (LVF) vor, muss eine entsprechende medikamentöse Therapie eingeleitet werden. In einer weiterführenden Untersuchung (Herzkatheter) werden die Herzkranzgefäße untersucht. Liegt dagegen eine Herzschwäche bei normaler LVF vor, ist eine entwässernde Therapie sowie eine weitere Abklärung angezeigt.

Woran denkt man in erster Linie bei Patienten mit Husten und Atemnot?

Das hängt natürlich von Alter und Präsentation ab. Bei einem jungen, ansonsten gesunden Patienten mit Husten und Atemnot von eher kurzer Dauer ist ein respiratorischer Infekt wahrscheinlich. Bei einem 50-jährigen Raucher mit länger anhaltenden Symptomen würde ich dagegen an eine erstmalige Manifestation einer COPD denken, sofern der Patient keine kardiale Anamnese hat. Bestehen Husten und Atemnot erst seit relativ kurzer Zeit und gehen mit eingeschränkter Belastbarkeit einher,

muss der Patient auch in Richtung Herzschwäche abgeklärt werden.

Inwieweit wird auch an seltenere Erkrankungen gedacht?

An seltene Erkrankungen denke ich dann, wenn ich die häufigen ausgeschlossen habe. Wenn also keine der häufigen Ursachen zutrifft, muss auch in Richtung seltene Erkrankungen gedacht werden. Dazu zählen Speichererkrankungen des Herzens, diverse genetische Erkrankungen sowie seltene Ursachen für Herzmuskelerkrankungen, die man im Herzultraschall eventuell nicht sieht. Trifft keine der häufigen kardialen Ursachen zu, kann die Erkrankung natürlich auch von der Lunge ausgehen, weshalb ein Pulmologe hinzugezogen werden sollte.

Welche möglichen Gefahren lauern?

Herzschwäche ist für sich genommen eine bedrohliche Erkrankung. Häufig mit Herzschwäche assoziiert sind darüber hinaus Probleme der Herzkranzgefäße, stattgehabter Herzinfarkt – langjähriger hoher Blutdruck kann die Ursache sein. Natürlich sind auch kombinierte Lungen- und Herzerkrankungen möglich, so kann ein langjähriger COPD-Patient auch zusätzlich eine Herzschwäche entwickeln. Viele COPD-Patienten entwickeln im Laufe ihrer Karriere auch Herzrhythmusstörungen – Vorhofflimmern und Vorhofflattern.

Welche Tipps geben Sie Ihren Kollegen im niedergelassenen Bereich?

Auch im Jahr 2016 ist es immer noch die Anamnese und die klinisch physikalische Untersuchung, die für die Diagnosestellung sehr wichtig sind. Mit diesen ressourcenschonenden Tools kann eine hohe Diagnosegenauigkeit erreicht und ein Großteil der Patienten heraus-

gefiltert werden. Essenziell ist das aufmerksame Gespräch mit dem Patienten! Im niedergelassenen Bereich kann auch ein Blutbild zur Bestimmung des NT-pro-BNP, ein EKG und ein Herzultraschall gemacht werden. Wenn der niedergelassene Kollege dann schon eine Idee hat, in welche Richtung die Diagnose gehen könnte, kann er den Patienten gezielt

zum Internisten, Kardiologen oder Pulmologen überweisen. Weiß auch dieser in seinem Fach nicht weiter, muss an seltene Ursachen gedacht und sinnvollerweise ein Zentrum involviert werden. Weiterführende kardiologische Untersuchungen reichen von Herzkatheter über Rhythmusüberwachung bis hin zur Herzmuskelbiopsie. ■

Die pulmonologische Sicht



UNIV.-PROF. DR. HORST OLSCHESKI
Klinische Abteilung für Pulmonologie,
Universitätsklinik für Innere Medizin, Graz

Wie gehen Sie bei Patienten mit Husten und Atemnot vor?

Eine genaue Anamnese ist das Um und Auf. Beim Husten ist es wichtig, sich vom Patienten genau schildern zu lassen: Wie ist der Husten? Wann tritt er auf? Seit wann besteht er? Dieselben Fragen sind auch bei der Atemnot zu stellen. Es ist sinnvoll, sich vom Patienten Beispiele schildern zu lassen. Speziell bei der Atemnot ist auch die Frage nach den täglichen körperlichen Aktivitäten (z. B. Stiegensteigen) – bei jüngeren Patienten die nach sportlichen Aktivitäten – angebracht. Treten dabei Beschwerden auf? Werden körperliche Anstrengungen möglicherweise systematisch vermieden?

Über die Anamnese hinaus sollte der Patient unbedingt abgehört werden. Bei Patienten, die Atemnot angeben, sind unbedingt Blutdruck und Puls zu messen.

Woran denkt man in erster Linie bei Patienten mit Husten und Atemnot?

Nach dem Motto „Häufige Dinge sind häufig“ ist hier primär die Bronchitis zu nennen. Sie wird oftmals durch Viren ausgelöst und klingt in der Regel nach ein paar Tagen, manchmal aber auch erst ein paar Wochen, wieder ab. Um diese mit Abstand häufigste Ursache für Husten zu erkennen, hilft in erster Linie die Anamnese: Berichtet ein Patient, dass er seit ca. 10 Tagen einen trockenen oder produktiven Husten hat und dass der Lebenspartner das vor Kurzem auch hatte, handelt es sich sehr wahrscheinlich um eine infektiöse Bronchitis. Zeigt die Anamnese dagegen einen langanhaltenden (> 8 Wochen) Husten, kommen eher anderen Ursachen in Frage. Hier sollte z. B. an eine gastroösophageale Refluxkrankheit

(GERD) oder an chronische Krankheiten der Atemwege, wie COPD oder Asthma, gedacht werden.

Inwieweit wird auch an selteneren Erkrankungen gedacht?

Seltene mit den Symptomen Husten und/oder Atemnot assoziierte Krankheiten sind z. B. die idiopathische Lungenfibrose (IPF) oder sonstige interstitielle Lungenerkrankungen, in sehr seltenen Fällen kann auch eine Fremdkörperaspiration vorliegen – aber das ist eigentlich eine Rarität. Bei der IPF kann man häufig auskultatorisch eine Sklerosiphonie über den basalen Lungenabschnitten hören. Darüber hinaus kann sich auch eine pulmonale Hypertonie (PAH) mit Husten äußern, ein typischeres Merkmal dafür ist jedoch die Atemnot unter Belastung und die Vermeidung von körperlicher Belastung wie Stiegensteigen. Bei der Auskultation ist der betonte zweite Herzton typisch. Diesen zu erkennen ist allerdings übungsbedürftig.

Welche möglichen Gefahren lauern?

Mir fallen hier drei Dinge ein, die man auf keinen Fall übersehen möchte: (1) eine COPD, (2) eine Herzinsuffizienz und (3) ein Bronchialkarzinom. Das sind mit die schlimmsten Diagnosen, die hinter den Symptomen Husten und Atemnot stecken können.

Welche Tipps geben Sie Ihren Kollegen im niedergelassenen Bereich?

Ich würde vorschlagen, sich an die AAA-Regel zu halten: Anamnese, Anschauen, Abhören. Was das Anschauen betrifft, sollte man sich z. B. den Brustkorb genau ansehen, insbesondere ob sich die Belüftung gleichmäßig auf bei-

de Lungen ausdehnt. Weiters soll darauf geschaut werden, ob starke Verkrümmungen der Wirbelsäule vorliegen. Uhrglasnägel oder Trommelschlegelfinger weisen auf das Vorliegen einer chronischen Erkrankung hin, die in irgendeiner Art mit den Blutgefäßen in Zusammenhang steht. In Frage kommen eine angeborene Herzerkrankung oder eine Lungenfibrose, seltener auch eine Lebererkrankung. Bei Atemnot niemals ausgelassen werden darf die Messung von Blutdruck und Puls. Hypertonie und Herzrhythmusstörungen kommen in der Bevölkerung einfach häufig vor und können sehr gefährlich werden, wenn sie unerkannt bleiben. Technisch dazu gehören auch ein EKG sowie eine Lungenfunktion. Die Geräte für eine kleine Spirometrie sind nicht teuer, die Diagnostik ist vergleichsweise einfach und schnell durchzuführen und das Ergebnis kann sehr hilfreich sein, um zu entscheiden, in welche Richtung es bei einem Patienten diagnostisch weitergeht. Bei Patienten mit Atemnot kann man sich anhand der ebenfalls einfach durchzuführenden Sauerstoffsättigung rasch orientieren, ob eine akut bedrohliche Situation vorliegt – das wäre beispielsweise so bei einer niedrigen Sauerstoffsättigung unter 90 %.

Kommt der niedergelassene Arzt durch Anamnese, Auskultation und andere der oben genannten Untersuchungen zu der Meinung, dass eine COPD, Asthma oder Schlimmeres vorliegt, würde ich die sofortige Überweisung zum Facharzt für Lungenkrankheiten oder eine entsprechende Abteilung am Spital empfehlen. Dort wird dann die weitere Abklärung vorgenommen und der Patient danach wieder zum niedergelassenen Kollegen zurücküberwiesen. ■