

Michael Hitzler

Hustende Kinder ...

Pünktlich, jährlich wiederkehrend, füllen sich unsere Terminkalender mit demselben Konsultationsgrund, teilweise dramatisch angekündigt, häufig aber vor allem besorgniserregend ob der langen Dauer der Symptome.

Egal ob Säugling oder Teenie, Mädchen oder Junge, mager oder auch nicht, sie kommen alle zu uns. Häufig verblüfft über die schiere Anzahl hat man den Eindruck, wieder einmal den ganzen Patientenstamm innerhalb einer Winterperiode gesehen zu haben. Unsere Konzepte: wohl so verschieden, wie es Döcker gibt, um den

lieben Kleinen Linderung herbeizuführen. Ob ein gutes Gespräch, eine klar indizierte, evidenzbasierte Therapie oder mit mehr oder weniger schlechtem Gewissen verabreichte Zaubermedizin, die Beschwerden sollen verschwinden, die Eltern beruhigt, wir entlastet werden. Meistens gehen sie ja sowieso irgendwann von selber weg, die Beschwerden – ansonsten gehen die Patienten, bzw. die Eltern weg, zu einem anderen Doktor, Heiler, Alchemisten. Verträsten können wir höchstens die letzten Betroffenen so etwa im April, dann geht es sowieso aufwärts, mit den Temperaturen, der Sonne, dem Vitamin D, abwärts mit der Virenkonzentration und somit mit den dauernd laufenden Nasen.

Tabelle 1

Häufigste Hustentypen in der Hausarztpraxis.

Hustentyp	Postnasal Drip	Pfeifende Atmung	Bellender Husten	Hustet immer ...
Anamnese	Guter AZ, Husten variabel, verstärkt im Liegen und beim Aufstehen. Produktiver Husten, kann mehrere Wochen dauern, meistens wellenförmiger Verlauf (sich ablösende Infekte). Krippenkinder, grössere Geschwister.	Bei Anstrengung, nachts trockener, teils attackenartiger Husten, expiratorisches Giemen, häufig mit Erkältung.	Tagsüber wenig Probleme, Erkältung, Heiserkeit, gegen Abend zunehmender inspiratorischer Stridor, Angst.	Hustet immer, nur nicht im Schlaf, AZ gut, kurze Hustenstösse, «Hüsteln», unabhängig von Anstrengung, gut leistungsfähig. Umgebung mehr beeinträchtigt als Patient. Keine Therapie nützt.
Status	Zeichen des oberen Luftwegsinfektes, guter bis leicht reduzierter AZ.	Zeichen des oberen Luftwegsinfektes, Sättigung! expiratorisches Giemen, Husten bei Anstrengung (z.B. Weinen bei Kleinkindern), Einziehungen.	Zeichen des oberen Luftwegsinfektes, in-, teilweise auch expiratorischer Stridor, AZ leicht reduziert, Heiserkeit.	Unauffälliger Status, grössere Kinder, Jugendliche, Mädchen > Knaben, Komorbiditäten (ADHD).
Therapie	Gute Aufklärung über Harmlosigkeit, Risikofaktoren (Krippe, Geschwister, Rauchen). Gute Hydrierung. Symptomatische Behandlung bei gestörtem Schlaf und oder Schmerzen: gute Nasentoilette mit NaCl Nasenspray (0,9% oder 3%), Versuch mit Antihistaminika, Codein, NSAR (Wirksamkeit nach Cochrane nicht gegeben, darum nur kurze Versuche!) Keine Mukolytika!	Betamimetika inhalativ via Vorschaltkammer, 1-2 Hübe, je nach Bedarf 2-8-stündlich. Im Notfall: Kinder <6 Jahre: bis 6 Hübe, >6 Jahre: bis 12 Hübe. Evtl. perorale Steroide (zurückhaltend, z.B. 0,2 mg/kg Betamethason pro Dosis).	Aufklärung, Beruhigung (Eltern beruhigen, Kinder beruhigen: Dampf machen). NSAR (Ibuprofensirup, Mefenaminsäure als Supp., Diclofenac als Supp oder Tropfen). Perorale Steroide (0,2 mg/kg Betamethason, häufig reicht Einzeldosis).	Aufklärung (keine somatische Ursache, kein Aufsehen erregen, häufig selbstlimitierend).
CAVE	Atypische Pneumonie: +/- Fieber, produktiver Husten, AZ-Verminderung. Asthma: trockener Husten, nachts, Attacken, bei Anstrengung. Fremdkörperaspiration: Kleinkinder, suspektes Ereignis, asymmetrische Auskultation, stets zunehmende Symptomatik. Gastro-ösophagealer Reflux: Kleinkinder, Karies, Speikinder, Schmerzen. Zystische Fibrose: zusätzliche Gedeihstörung, Stuhlgang auffällig. Primäre ziliäre Dyskinesie: Gedeihstörung, schwere Infekte, Situs inversus. Think Tbc! Gewichtsverlust, Herkunft des Kindes, Familienanamnese, produktiver Husten.	Pseudokrapp: bellender Husten, in- und expiratorisches Giemen. Fremdkörperaspiration: akute Dyspnoe. Pneumonie: Tachypnoe, Dyspnoe, Fieber, AZ reduziert. Pertussis: stakkatoartiger Husten, Anfälle, CAVE: Apnoen in den ersten Lebensmonaten.	Viral wheeze: expiratorisches Giemen, Husten bei Anstrengung, nicht bellend. Epiglottitis: Impfstatus erfragen! AZ stark reduziert, Speichelfluss, Kinder sehr ruhig.	Asthma (Anstrengungsabhängigkeit, nächtliche Probleme, Spirometrie pathologisch). Gastro-ösophagealer Reflux (grössere Kinder/Adoleszente: Karies, Mundgeruch, Sodbrennen).

Tabelle 2

Warnzeichen und Hospitalisationsgründe bei Husten.

Warnzeichen:

Husten dauert mehr als 2 Wochen: erneute Konsultation (Beruhigung, Check nach weiteren Symptomen, nichts verpasst, Medikamente richtig gegeben?)

Husten wird immer stärker: weitere Abklärung

Kind zeigt andere Symptome wie Gewichtsverlust, Fieber, Leistungsknick, Anstrengungsintoleranz: weitere Abklärungen

Kind ist weniger als 2 Monate alt

Hospitalisationsgründe:

Säuglinge <2 Monate mit Sättigung <92% und/oder Fieber

Wheezing mit schlechtem Ansprechen auf Therapie in Praxis und O₂-Sättigung <92%

Kind mit Erbrechen der Antibiotika und oder Dehydratation bei Pneumonie

Kinder mit leisestem Verdacht auf Fremdkörperaspiration

Keuchhusten: Hustenattacken teils mit Zyanose bei Säuglingen <3 Monate

Tatsächlich hilft unsere unermüdliche Predigt, Husten sei etwas Normales, gehöre zum Körper, sei gesund und wichtig, wenig weiter. Die Taschen bereits voll von Gütterli, die nicht-kassenpflichtig beim Apotheker besorgt wurden, möchten die Familien, dass man nun bitte Abhilfe schaffen soll. Nur wie?

Wieso husten die Kinder denn so oft?

Der ganz grosse Anteil hustender Kinder leidet an sogenannten banalen Luftwegsinfekten. «Syndrome descendent», «post nasal drip», führt zum Husten, dem Klären der Lunge, in allerbesten Absicht. Feuchter Husten, am Tag und in der Nacht, beim Hinlegen und in den frühen Morgenstunden wird genannt. Dies ist harmlos, wiederkehrend, und dies um so häufiger, je jünger ein Kind ist, je mehr Geschwister es hat, je häufiger es in der Krippe ist. Gehäuft im Winter, da die Viren einfach besser auf den strapazierten Schleimhäuten haften und durch diese penetrieren können.

Was tun?

Aufklärung, insbesondere über die Harmlosigkeit, man solle keine Angst vor dem chronischen Husten haben (dieser beruht bei Kindern nur sehr selten auf einer zu Grunde liegenden Pathologie). Einerseits kann ein viraler oberer Luftwegsinfekt bis zu 28 Tage Husten verursachen, andererseits wechseln sich die Viren brav ab, was den wellenartigen Verlauf der Beschwerden erklärt. Weniger ist mehr ...

Hustensirups helfen, wenn überhaupt (die Cochrane Collaboration sagt nein zu allen Hustenmitteln), dann durch ihre Nebenwirkungen, allen voran durch einen gewissen sedierenden Effekt. Bei Schmerzen durch die Luftwegsreizung/Entzündung, zudem zur Linderung des Fiebers sollen durchaus einmal NSAR versucht werden, punktuell, zum Beispiel auf die Nacht hin (Ibuprofen, Mefenaminsäure, Diclofenac). Die gute Hydrierung ist ebenso wenig falsch wie eine gute Nasentoilette mit NaCl-Nasensprays. Ein Versuch mit hypertonem NaCl (3%) darf unternommen werden.

Wann denken wir an andere Ursachen?

Gerade bei Hustenepisoden, welche länger als zwei Wochen dauern (und dies dürfte ja bei der Mehrzahl unserer Patienten der Fall sein), weist die Anamnese auch einmal in eine andere Richtung. Husten mitten in der Nacht, anfallsartig bis zum Erbrechen, trocken

und auch bei Anstrengung, bei Weinen oder Lachen sollte unsere Gedanken auch ohne pfeifendes Atemgeräusch auf eine *Hyperreagibilität* der Bronchien lenken. Ist sie lediglich durch Luftwegsinfekte getriggert, sprechen wir vom «*episodic viral wheeze*»-Phänotyp, ohne gute deutsche Übersetzung.

Diese Kinder sind im Intervall vollständig beschwerdefrei. Kaum sind sie erkältet, startet aber dieser hartnäckige Husten. Wo ein klassisches Wheezing diagnostisch wenig Probleme bereitet, kann die reine Hustenvariante mitunter erst durch einen Therapieversuch «bewiesen» werden. Betamimetika, auf Grund der Nebenwirkungen besser inhalativ über eine geeignete Vorschaltkammer verabreicht, oder auch einmal ein Montelukast-Behandlungsversuch für zwei Wochen sollte innert Tagen zum Abklingen der Beschwerden führen. Merke: der «post nasal drip» im Rahmen des Infekts bleibt!

Montelukast wirkt auch nicht bei allen Kindern, ist gegenüber einer Behandlung mit topischen Steroiden meist unterlegen und eher ein Mittel für Kleinkinder (ab 6 Monaten zugelassen) mit nicht allzu schweren Beschwerden. Die Behandlung ist nicht günstig, soll deshalb sorgfältig nach zwei Wochen evaluiert werden. Wenn es nichts nützt, dann ist es ein anderes Problem oder das falsche Medikament. Im letzteren Fall soll ein Versuch mit einem niedrigdosierten topischen Steroid gemacht werden.

Den Mahnfinger erheben wir bei Neugeborenen wegen der Möglichkeit einer RSV-Bronchiolitis mit Apnoegefahr in den ersten Lebensmonaten (AZ, Trinkverhalten, O₂-Sättigung). Hier bleibt nur die grosszügige stationäre Überwachung.

Dann natürlich die nicht geimpften Kinder mit dem stakkatoartigen Husten: Die Pertussis beehrt uns regelmässig (PCR-Abstrich tief nasal durchführen).

Nie zu vergessen (insbesondere bei Kleinkindern danach fragen!): die Fremdkörperaspiration.

Je nach Herkunft und Kontakt des Kindes muss an die Tuberkulose gedacht werden (Gewichtsverlust?).

Wie weiter?

In aller Regel verläuft ein harmloser Husten wellenförmig, meistens mit einer deutlichen Abnahme der Beschwerden nach zwei Wochen.

Hustenepisoden, die nach dieser Zeit an Intensität zunehmen, bedürfen der genaueren Betrachtung. Die Patienten sollten auf jeden Fall alle zwei Wochen kontrolliert und bei klarer Persistenz der Symptomatik trotz aller Versuche in der Praxis nach 4 bis 6 Wochen weiterverwiesen werden.

Adressen von Kinderpneumologen finden Sie unter www.kinderlunge.ch.

Korrespondenz:

Dr. med. Michael Hitzler
Kinderpneumologie- und Allergologiesprechstunde
Kinderspital
6000 Luzern 16
[michael.hitzler\[at\]luks.ch](mailto:michael.hitzler[at]luks.ch)