

PRAXISLEITFADEN

„Phyto first!“ bei Bronchitis

Eine Bronchitis ist meist viraler Genese. Eine Therapie soll vor allem die Symptome lindern. Wie eine Behandlung eingeleitet und eskaliert wird sowie eventuelle Gefahren erkannt werden, haben Ärzte mehrerer Fachdisziplinen in einem Workshop erarbeitet. Daraus entstanden ist dieser Praxisleitfaden.

„Ein Virusinfekt in einer Familie kann ganz unterschiedliche Auswirkungen beim einzelnen Familienmitglied haben: Bei dem einen Familienmitglied kommt es zu einer Pharyngitis, bei dem anderen zu einer Bronchitis oder Sinusitis“, so der niedergelassene Frankfurter Internist und Allergologe Dr. Peter Kardos beim interdisziplinären Experten-Workshop „Evidenzbasierte Phytotherapie im Praxisalltag“ in Frankfurt am Main. Jene Patienten, deren Erkältung eine dominant bronchitische Symptomatik mit dem Leitsymptom Husten aufweist, lassen sich separat analysieren. Das Erregerspektrum decke sich aber mit jenem der anderen Infektionen der Atemwege, so Kardos. Unter anderem kommen Rhinoviren, Influenzaviren, Parainfluenzaviren, RS-Viren, Coronaviren, Adenoviren und Metapneumoviren vor. Im Gegensatz dazu ist das Spektrum der bakteriellen Bronchitis erregere im Bereich der Primärinfektion eher schmal: Chlamydien, Mykoplasmen und Bordetella pertussis stehen im Vordergrund. „Primär bakterielle Infekte machen höchstens 10 Prozent aller akuten Bronchitiden aus“, betonte Kardos.

Akute Bronchitis: häufig prolongierter Verlauf

Erst sekundär, nach acht bis zehn Tagen Vorlauf durch eine virale Infektion, können Erreger wie Haemophilus influenzae, Staphylokokken oder Streptokokken langsam in Erscheinung treten und verursachen bei einigen wenigen Patienten Sekundärinfektionen. „Obwohl Bakterien am Anfang der Infektion also praktisch keine Rolle spielen, sind Antibiotika bei Bronchitis-Patienten noch immer die häufigste Therapie“, kritisierte Kardos.

Einer der Gründe dafür sei der prolongierte Verlauf der akuten Bronchitis. Der Husten entwickelt sich über Tage und erreicht sein Maximum oft erst nach einer bis maximal drei Wochen. Viele Patienten werden dann ungeduldig. Von einem Antibiotikum erwarten sie eine schnelle Heilung – und überschätzen dabei die antibiotische Wirkung. Gleichzeitig haben viele Ärzte das Gefühl, handeln zu müssen und verschreiben ein Antibiotikum, obwohl ihnen der natürliche Verlauf der akuten Bronchitis im Prinzip bekannt ist.

Effektiv ist diese Vorgehensweise nicht. Als Beleg dafür zitierte Kardos eine Cochrane-Metaanalyse zum Einsatz von Antibiotika bei akuter Bronchitis. Die Metaanalyse zeige, dass Antibiotika bei Patienten mit akuter Bronchitis keinerlei Einfluss auf die Dauer der Erkrankung hatten (Smith SM et al., Cochrane Data-base Syst Rev 2014, 3:CD000245). Dies gelte auch bei produktivem Husten mit gelblich verfärbtem Auswurf, der häufig als Hinweis auf eine bakterielle Infektion missverstanden werde.

Autoren einer großen dreiarmligen randomisierten Studie konnten die Ergebnisse der Metaanalyse bestätigen: Sie fanden bei rund 400 Patienten mit akuter Bronchitis keinen Unterschied in der Erkrankungsdauer bei Therapie mit Antibiotika oder Placebo. Und auch die alleinige Therapie mit nicht steroidal Antirheumatika brachte im Vergleich zu Placebo keinen Vorteil (s. Abb.; Llor C et al., BMJ 2013, 347:f5762).

Auch mit klassischen Antitussiva und Sekretolytika lasse sich beim bronchitischen Husten oft kein optimaler Effekt erzielen. So sei speziell Codein bei Patienten mit akuten Atemwegsinfekten nicht so wirksam wie bei anderen Formen des Hustens.

Phytotherapeutika haben sich bei Erkältungshusten bewährt

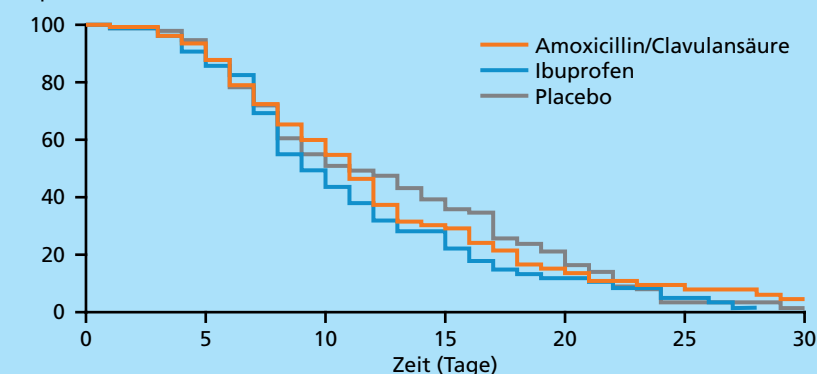
Vor diesem Hintergrund plädierte Kardos beim Experten-Workshop für einen primären Einsatz von evidenzbasierten Phytotherapeutika in jener Phase der akuten Bronchitis (s. Abb.). Als Beispiel nannte er eine Pflanzenkombination aus Thymian und Efeu, die in einer placebokontrollierten Studie bei Patienten mit akuter Bronchitis zu einer rascheren Reduktion der Hustenattacken führte: Die Zeit, bis eine Verringerung des Hustenscores um 50 Prozent erreicht wurde, konnte im Vergleich zu Placebo von acht auf sechs Tage reduziert werden (Kemmerich B et al., Arznei-Forsch / Drug Res 2006, 56:652–660).

Anamnese: Husten aufgrund von Allergien abklären

Gerade die Anamnese werde im Zusammenhang mit Infektionen der Atemwege und speziell der akuten Bronchitis häufig unterschätzt, betonte Kardos: „Gut ein Drittel der Patienten, die zwischen März und Juni wegen Erkältungskrankheiten in die Sprechstunden

Kein Vorteil für Antibiotikum bei akuter Bronchitis

Anteil der Patienten mit Husten (%) unter Therapie mit Amoxicillin/Clavulansäure, Ibuprofen oder Placebo



Quelle: Llor C et al., BMJ 2013, 347:f5762

Grafik: Forschung & Praxis / Ärzte Zeitung

kommen, haben Heuschnupfen.“ Insbesondere wenn es beim Heuschnupfen zu einem Etagenwechsel kommt und Husten einsetzt – sich die Allergie also zu allergischem Asthma entwickelt – kann dieser Husten fälschlicherweise für eine Bronchitis gehalten werden. Häufig werde dann irgendwann zum Antibiotikum gegriffen.

Eine solche Fehldiagnose lässt sich jedoch vermeiden: Durch eine gezielte Anamnese einschließlich der Abfrage relevanter Allergien kann der Heuschnupfen oft als solcher identifiziert werden. Ist die Anamnese zweideutig, hilft im Zweifel die allergologische Diagnostik. Dr. Katja Linke, Hausärztin aus Viernheim, betonte, dass in der Entscheidungssituation mitunter eine probatorische Therapie mit einem Antihistaminikum sinnvoll sein kann: „In der Allergiesaison geben wir gerne eine Tablette Dimetinden über Nacht, bevor wir entscheiden, in welche Richtung wir die Therapie final leiten.“

Bei klinischer Untersuchung auf Lokalbefunde achten

Bei der typischen akuten Bronchitis mit dominierendem Husten besteht generell keine Indikation für ein Antibiotikum. Allerdings kann akuter Husten nicht nur auf eine akute Bronchitis, sondern auch auf eine bakterielle Pneumonie hinweisen, die wiederum eine klare Indikation für eine Antibiotikatherapie darstellt. Auch kann es bei prolongiertem Verlauf der Erkrankung zu bakteriellen Superinfektionen kommen, die dann erkannt und ggf. antibiotisch behandelt werden sollten, um Komplikationen zu vermeiden.

Entscheidend für die Identifikation von Risikopatienten ist dabei der klinische Befund. „Bei Patienten, die ein starkes Krankheitsgefühl haben, die blutiges Sputum aufweisen oder irgendeinen herausragenden Lokalbefund an Zunge, Rachen oder Ohr zeigen, gehe ich in Habachtstellung“, betonte Dr. Margrit Hollenz, Hausärztin aus Rödental. Das bedeute aber nicht, dass diese Patienten eine bakterielle Infektion haben und sofort ein Antibiotikum bekommen. Sie werden aber genauer beobachtet und engmaschiger wieder einbestellt, erläuterte

Hollenz. Und auch die Schwelle zu Labordiagnostik und ggf. zu einem Röntgenbild der Lunge sei niedriger.

Labordiagnostisch nützlich kann bei Patienten mit ausgeprägteren Krankheitssymptomen unter anderem der Wert des C-reaktiven Proteins (CRP) sein – und zwar weniger, weil er hilft, eine bakterielle von einer viralen Infektion abzugrenzen. Vielmehr ermöglicht er, den Krankheitsverlauf zu beurteilen und den Schweregrad abzuschätzen. Ein nur leicht erhöhter (<20 mg/l) oder im Verlauf rückläufiger CRP-Wert kann als Argumentationshilfe im Gespräch mit dem Patienten dienen, wenn es darum geht, zu erläutern, warum kein Antibiotikum erforderlich ist.

Trotzdem gibt es auch bei Patienten mit akuter Bronchitis Situationen, in denen letztlich ein Antibiotikum eingesetzt werden muss. Dies gelte insbesondere für komplizierte Verläufe bei Patienten mit Grunderkrankungen, betonte Kardos. So sei der Anteil der bakteriellen Bronchitiden bei Patienten mit exazerbierter chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) höher, sodass in diesem Fall eine Therapie mit Antibiotika oft indiziert ist. Auch bei Patienten, bei denen Komplikationen rascher zu gefährlichen Situationen führen können, greift Kardos eher zum Antibiotikum. Dies trifft auf ältere Patienten zu, außerdem auf Patienten mit schweren chronischen Begleiterkrankungen.

Fieber allein ist kein Kriterium für ein Antibiotikum

Klinische Faktoren spielen bei der Frage, ob ein Antibiotikum eingesetzt wird oder nicht, ebenso eine Rolle. „Ein Pneumonietypischer Lungenbefund und mittelhohes Fieber wären ein Grund für ein Antibiotikum“, betonte Dr. Rudolf Tille, Allgemeinmediziner aus Garching an der Alz. Auch bei Patienten in sehr schlechtem klinischem Zustand ist der Griff zum Antibiotikum oft der sichere Weg. Die Höhe des Fiebers ist dabei nicht so entscheidend wie der Allgemeinzustand. „Bei hohem Fieber geben wir nicht sofort ein Antibiotikum. Wenn es dem Patienten klinisch schlecht geht, dagegen schon“, so Tille.

Rationale Therapie bei Bronchitis

Anamnese & Basis-Diagnostik

- Symptombdauer und -ausprägung (u.a. Auswurf, Dyspnoe, Schmerzen)
- Sonstige Erkrankungen (z.B. Diabetes mellitus, Immunsuppression, Tumor, etc.)
- Körperliche Untersuchung (u.a. Fieber, Blässe, Zyanose)
- DD: Ausschluss Pneumonie, Fremdkörperaspiration

Weiterführende Diagnostik

- (bei länger als acht Wochen anhaltendem Husten oder bei Red Flags)
- Röntgen-Thorax in zwei Ebenen bei Pneumonie-Verdacht (feuchte Rasselgeräusche in Peripherie, Fieber)
 - Blutbild
 - CRP (unter 20 mg/l meist viral, 20–30 mg/l Graubereich, ab 30 mg/l wahrscheinlich bakteriell, wenn Klinik dazu passt)

Red Flags (Anamnese und Diagnostik)

- Starke Beschwerden (z.B. Keuchhusten, Bluthusten)
- Schwere Grunderkrankungen (z.B. COPD)
- Immundefizienz oder -suppression
- Deutliche Verschlechterung im Laufe der Erkrankung/Komplikationen
- Lebensumstände (z.B. Obdachlosigkeit, Tuberkulose-Kontakt)
- Hypotonie
- Stark reduzierter Allgemeinzustand
- Auskultatorische Hinweise auf eine Pneumonie plus Fieber

Häufigkeit

Viral bedingte Bronchitis
(90 %)

Bronchitis mit möglicher
bakterieller Beteiligung

Bakteriell bedingte Bronchitis
(10 %)

Therapie:

Grünes Rezept: Phytotherapie

Grünes Rezept: Phytotherapie
Rotes Bedarfsrezept: Antibiotikum

Rotes Rezept: Antibiotikum
Grünes Rezept: Phytotherapie

PRAXISLEITFADEN

Festgemacht werden kann das unter anderem an einer ausgeprägten Tachypnoe und nicht zuletzt am Blutdruck. „Hypotonie, Tachypnoe, Zyanose und Verwirrtheit würde ich als möglichen Hinweis auf eine Pneumonie deuten. Dann ist eine sofortige Antibiotikatherapie indiziert und eine Krankenseinweisung ist je nach Ausprägung der Symptomatik zu erwägen“, so Kardos.

Keine Hilfe bei der Einschätzung des klinischen Schweregrads und auch kein Mittel für die Differenzierung zwischen bakterieller und viraler Genese eines akuten Hustens ist dagegen die Sputumfarbe. Kardos berichtete von einer deutschen Studie in 42 Allgemeinarztpraxen, bei der sich nicht einmal bei jedem zweiten Patienten mit akutem Husten und grünlich-gelbem Sputum eine bakterielle Beteiligung nachweisen ließ (Altiner A et al., Scand J Prim Health Care 2009, 27:70–73).

Phytotherapeutika erleichtern das Abhusten auch bei Kindern

Was die Therapie bei Kindern angeht, so gelten dort im Kontext der akuten Bronchitis in weiten Teilen ähnliche Überlegungen und Vorgehensweisen wie bei Erwachsenen, erläuterte der Pädiater Dr. Daniel Seng aus Unterschleißheim. Auch bei Kindern sind mehr als 90 Prozent der Bronchitiden viral bedingt. Der klinische Verlauf sei ähnlich, allerdings träten besonders bei Säuglingen und Kleinkindern häufiger schleimbedingte Obstruktionen auf, die wegen einer noch nicht optimal ausgeprägten Atem- und Atemhilfsmuskulatur weniger gut abgehustet werden können als bei Erwachsenen.

Auch bei Kindern werde der natürliche Verlauf der Bronchitis oft unterschätzt. „Die durchschnittliche Hustendauer beträgt 17 Tage“, so Seng: Antibiotika sind bei Kindern mit Bronchitis nur selten indiziert. Nötig seien vielmehr Medikamente wie Phytotherapeutika, die antiinflammatorisch, hustenlindernd, sekretolytisch und sekretomotorisch wirken.

Dies sei Eltern auch gut zu vermitteln, wenn man sich als Arzt entsprechend Zeit für ein aufklärendes Gespräch nimmt. „Der Ruf nach einem Antibiotikum erfolgt meist nur aus Verzweiflung wegen

vermeintlich fehlender Besserung“, so die Erfahrung des Pädiaters. Gelingen es jedoch, den natürlichen Verlauf der Bronchitis darzustellen und die Möglichkeiten der nicht antibiotischen Therapien zu vermitteln, ließen sich auch sehr besorgte Eltern in der Regel von einer Therapiestrategie überzeugen, bei der nicht Antibiotika, sondern die Phytotherapeutika im Vordergrund stehen.

Quelle:

Experten-Workshop „Evidenzbasierte Phytotherapie im Praxisalltag“, Frankfurt am Main, 1. Juni 2016, mit Unterstützung von Bionorica SE

Teilnehmer:

- Dr. Margrit Hollenz, Fachärztin für Allgemeinmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in Rödental
- Dr. Peter Kardos, Facharzt für Innere Medizin in einer Gemeinschaftspraxis für Allergologie, Pneumologie und Schlafmedizin in Frankfurt am Main
- Prof. Dr. Ludger Klimek, Facharzt für HNO-Heilkunde am Zentrum für Rhinologie und Allergologie in Wiesbaden
- Dr. Katja Linke, Hausärztin mit Praxis in Viernheim
- Dr. Daniel Seng, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Pneumologie mit Praxis in Unterschleißheim bei München
- Dr. Rudolf Tille, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Praxis in Garching

Interviews mit vier der Teilnehmer gibt es als Video unter: <http://tinyurl.com/zcmz6kj>

Dieser Praxisleitfaden wurde entnommen aus „Forschung & Praxis“ Nummer 540 vom Oktober 2016 und geringfügig modifiziert. Die genannte „Forschung & Praxis“ Nr. wurde von Bionorica SE, Neumarkt, gesponsert.

F&P

FORSCHUNG UND PRAXIS

Verlag:

Springer Medizin
Verlag GmbH, Berlin

Redaktion:

Springer Medizin Verlag GmbH,
Neu-Isenburg
Telefon: 06102 / 5060
Telefax: 06102 / 506203
E-Mail: info@aerztezeitung.de
Ein Unternehmen der
Fachverlagsgruppe Springer Nature

Ladungsfähige Anschrift für Verlag und Redaktion:

Am Forsthaus Gravenbruch 5–7,
63263 Neu-Isenburg
ISSN 0935-2899

Geschäftsführung

Joachim Krieger, Fabian Kaufmann

Corporate Publishing

Ulrike Hafner (verantwortlich)
Ann Köbler, Dr. Ulrike Maronde,
Dr. Petra Stawinski
Titel
© Bionorica SE, Neumarkt

Herstellung

Ulrike Drechsler (verantwortlich),
Arnulf Illing (Layout/Produktion)

Druck

Stürtz
Alfred-Nobel-Straße 33
97080 Würzburg