

EDITORIAL

Die Bronchitis

Wolfgang T. Ulmer

Die Bronchitis gilt allgemein als harmlose Krankheit mit guter Prognose und guter Ausheilungstendenz. Neuere Erkenntnisse zur Chronifizierung und zur Prophylaxe lassen es geraten sein, im Rahmen eines derartigen Editorials diese weit verbreitete Auffassung zu überdenken.

Die Bronchitis ist nach dem Medical Research Report (1965) wie nach dem E.S.C.R.P.-Report von 1978 durch Husten und Auswurf gekennzeichnet.

Diese Krankheitsdefinition muß als unzureichend gelten. Die „trockene Bronchitis“, ein guter klinischer Begriff (*Wetengel*, 1981), dürfte dann den Namen Bronchitis – da der Auswurf fehlt – nicht tragen. Die trockene Bronchitis beruht auf einem Reizzustand der Hustenrezeptoren bei meist atrophischer oder degenerativ narbiger Bronchialschleimhaut.

Adjektivische Ergänzungen sollten die Diagnose präzisieren (*Ulmer*, 1981):

Begleitbronchitis bei Infektionskrankheiten, Stauungsbronchitis bei Linksherzinsuffizienz, tuberkulöse Bronchitis, pneumonische, infarkt-pneumonische Bronchitis, Bronchitis bei Bronchiektasie, Emphysembronchitis, Bronchitis bei Immundefekt (z. B. Gamma-Globulinmangel), chemisch irritative Bronchitis, Staub-, Raucherbronchitis.

Diese Ergänzungen sind unerlässlich, da die Therapie gege-

benenfalls auf die Grundkrankheit ausgerichtet sein muß.

Von dem bronchitischen Prozeß befallen sein können der gesamte Bronchialbaum, nur die Trachea (Tracheitis) oder nur die peripheren Atemwege (Bronchiolitis).

Die Diagnose läßt sich meist auskultatorisch durch den Nachweis entsprechender Rasselgeräusche stellen, wobei das Auftreten von Giemen, Pfeifen und Brummen (trockene Nebengeräusche) auf eine Atemwegsobstruktion hinweist.

In den meisten Fällen ist der Anhusterversuch, der bei keiner klinischen Untersuchung vergessen werden sollte, zuverlässiger. Er erlaubt immer, die Qualität des Hustens und weitgehend die Art der Bronchitis zu erkennen.

Schon die makroskopische Betrachtung des *Sputums* ermöglicht eine grobe Einteilung in purulentes, weiß-schaumiges oder gallertig zähes Sputum. Das „Nachgrünen“ ist für den Pyozyaneus typisch.

Die bakteriologische Untersuchung – mikroskopisch, Kultur und Tierversuch – ist für die Abgrenzung einer Tuberkulose erforderlich. Für die Therapie der einfachen Bronchitis ist die Bakteriologie für die ersten zu treffenden Entscheidungen nicht notwendig.

Ein kleiner Prozentsatz der Bronchitiden geht in einen chronischen Verlauf über, wobei die Bronchitis dann entsprechend der Definition der WHO (1961) als chronisch zu bezeichnen ist, wenn in mindestens zwei aufeinander folgenden Jahren in jedem Jahr länger als drei Monate Husten und

Auswurf bestanden. Klinisch bedeutsamer ist, daß die chronische Bronchitis, trotz aller Therapie, nicht mehr ausheilt und und daß sie damit die Ursache eines lebenslangen, die Lebensqualität bis hin zu einer der häufigsten Ursachen der Frühinvalidität beeinträchtigenden Leidens wird.

Damit ist das *Problem der einfachen Bronchitis* umrissen. Es ist ihr nicht anzusehen, ob sie chronisch wird. Im allgemeinen gilt, daß bei älteren Patienten die Gefahr der Chronifizierung größer ist.

Die erhebliche Gefahr, die mit der Chronifizierung droht, muß unser Augenmerk auf diese Entwicklungsansätze richten. Die rechtzeitige Therapie einer akuten Bronchitis kann in vielen Fällen die Chronifizierung verhüten oder diese wenigstens um längere Zeit hinausschieben. Es sollte deshalb bei der weitgehend nebenwirkungsfreien Therapie diese angesetzt werden.

Eine *entscheidende Komplikation* der Bronchitis stellt immer das Auftreten einer *Atemwegsobstruktion* dar, da diese mit der damit verbundenen Atemnot und den Rückwirkungen auf Atemarbeit, Gasaustausch und Kreislauf sowohl subjektiv auch objektiv die Situation wesentlich verschärft.

Wann und ob eine einfache Bronchitis zur obstruktiven Bronchitis wird, läßt sich aber ebenso wie das Chronischwerden meist schwer voraussagen. Bei den geringsten Obstruktionsanzeichen ist deshalb ebenso intensiv mit allen zu Gebote stehenden Möglichkeiten zu therapieren, da obstruktive Bronchitiden eine erhebliche Chronifizierungstendenz be-

inhalten. Auch für die obstruktive Bronchitis gilt abzuklären, ob nichts anderes vorliegt als eine „einfache“ Atemwegsobstruktion. Auch hier sind die Allergie- wie die Emphysembildung (Entspannungsobstruktion) und eine Linksherzobstruktion neben einigen anderen seltenen Obstruktionsformen abzugrenzen.

Die Therapie der akuten einfachen Bronchitis kommt zunächst mit einfachen Maßnahmen aus:

► Flüssigkeitszufuhr, am besten in Form von sekretolytischen Hustentees. Sonstige Sekretolytika können bei Schwierigkeiten des Abhustens angezeigt sein: Mucosolvan®, Ozothin®, Fluimucil® und andere.

Aber auch Hustendämmer können Nutzen bringen, um ein überstarkes Husten nicht zu sehr sich verselbständigen zu lassen: Kodein, Remedacen®, bei leichteren Fällen Noleptan®.

Bestehen erhöhte Temperaturen (Bronchopneumonie?) oder wird das Sputum deutlich purulent, dann sind Antibiotika notwendig.

In der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle wirken alle Breitbandantibiotika, wobei wir Tetracycline (Doxycyclin) wegen verschiedener Vorteile als Mittel der ersten Wahl seit vielen Jahren verwenden. Reicht diese Therapie nicht aus, oder werden Symptome der Chronifizierung erkennbar, dann sind Nebennierenrindenhormone angezeigt. Die erforderlichen Dosen, die den sich verselbständigenden entzündlichen Prozeß zurückdrängen, liegen zwischen 3 mal 2 Hüben aus dem Beclometason-Dosieraerosol (Sanasthmyl®, Viarox®)

bis zu oral 10 mg Prednisolon (oder Prednisolonäquivalent). Diese Therapie ist hoch effektiv und praktisch nebenwirkungsfrei. Ulcusanamnese und Diabetes mellitus müssen bei entsprechender Anamnese im Therapieplan berücksichtigt werden. Die Therapie kann 5 bis 14 Tage notwendig sein und sollte dann über 6 Tage mit halber Steroid-Dosis ausschleichen.

Bestehen Zeichen der Chronifizierung einer akuten Bronchitis ohne Zeichen bakterieller Entzündung, so führt die angegebene Glukokortikosteroid-Therapie auch ohne Antibiotika zu einer entscheidenden Besserung.

Die Chronifizierung entsteht durch ständigen Zelluntergang von Entzündungszellen, deren Mediatoren unter anderem durch chemotaktische Faktoren und Proteasen wie durch die Diffusion verstärkende Faktoren die entscheidenden biochemischen Regulatoren des Circulus vitiosus sind. Im Anfangsstadium läßt sich dieser Circulus vitiosus durch Antibiotika, vor allem aber durch kleine Dosen von Glukokortikosteroiden durchbrechen und ausheilen. Beim Wiederaufflackern genügen oft kleine Dosen (3 mal täglich ein Hub aus dem Dosieraerosol), um die geschädigte Bronchialschleimhaut wieder zu beruhigen.

Gefährdete Patienten müssen ihr Bronchialsystem schonen. Das Bronchialsystem, das mit jedem Atemzug mit vielen Staubpartikeln und Bakterien belastet wird, verfügt nur über begrenzte Abwehrmöglichkeiten. Diese Abwehr ist andererseits hoch differenziert und vielschichtig: Mechanisch, zellulär und vielfältig immunologisch.

Vielleicht müssen wir lernen, auch unser Bronchialsystem besser zu schützen, so, wie wir unsere sonstige viel robustere Körperoberfläche in vielfältiger Art gegen Wittereinfüsse abschirmen. In anderen Kulturbereichen (Japan und China) finden sich hierzu schon gute Ansätze.

Diese prophylaktischen Maßnahmen gegen die Chronifizierung der einfachen Bronchitis, aber auch wirksam für eine schnellere Ausheilung, sind vor dem Hintergrund der vielen Arbeitsunfähigkeitszeiten und vor allem des langen Siechtums bei der Chronifizierung, besonders der chronisch obstruktiven Bronchitis, voll gerechtfertigt. Jede „einfache“ Bronchitis kann diesen Verlauf nehmen. Wir sollten mit ärztlicher Kunst die heute gegebenen schon recht effektiven Maßnahmen voll nützen und die erkennbaren prophylaktischen Möglichkeiten weiter ausbauen.

Literatur

European Society for Clinical Respiratory Physiology: Klinische Physiologie der Atmung. Abkürzungen, Symbole, Einheiten, Definitionen. *Litterae Medicinales Thomae*, Biberach/Riß (1978) – Medical Research Council on Aetiology of Chronic Bronchitis: Definition on classifications of chronic bronchitis for clinical and epidemiological purposes, *Lancet* 1, 775 (1965) – Ulmer, W. T.: Definition: Bronchitis, Asthma, Emphysem, small airways diseases; *Bochumer Treff* 169 (1981), München: Gedon & Reuss (1982) – Wettengel, R.: Bisherige Definition: Bronchitis, Emphysem, Asthma, Atemwegsobstruktion, small airways diseases, überempfindliches Bronchialsystem; *Bochumer Treff* 128 (1981), München: Gedon & Reuss (1982)

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. med. W. T. Ulmer
Chefarzt der Medizinischen
Universitäts- und Poliklinik der
Berufsgenossenschaftlichen
Krankenanstalten
„Bergmannsheil Bochum“
Hunscheidtstraße 1
4630 Bochum 1