

Udredning af monosymptomatisk hoste

Denne vejledning omfatter udredning af monosymptomatisk hoste. Hoste med et eller flere af følgende ledsagesymptomer kan tyde på alvorlig underliggende lidelse og bør føre til overvejelse omkring anden udredning og behandling.

- Hæmoptyse
- Dyspnø
- Feber
- Brystsmerter
- Vægttab
- Hæshed

Hos personer over 40 år med relevant tobaksanamnese bør lægen overveje at henvise til CT-skanning med kontrast af thorax og øvre abdomen ved hoste af mere end 4-6 ugers varighed hos en tidligere lungerask person eller ændringer i hostemønstret hos person med kronisk bronkitis.

Hos patienter, hvor der ikke er indikation for CT-skanning eller hvor hosten efter CT-skanning fortsat er uforklaret foregår den initiale udredning i almen praksis efter nedenstående algoritme.

1. Mistanke om post-infektøs hoste

Visse infektioner, kighoste og mycoplasmainfektion kan give måneders varende postinfektøs hoste. Såfremt anamnese, objektive fund eller nylig parakliniske undersøgelser giver mistanke om post-infektøs hoste kan inhalationssteroid i moderat til høj dosis forsøges i op til 6-8 uger. Effekten af behandlingen bør løbende evalueres med henblik på seponering. Recidiv efter behandlingsophør bør føre til overvejelse omkring udredning for underliggende astma.

2. Medicinliste

ACE-hæmmer især giver hoste hos 8-10 % af patienterne. Får patienten en ACE-hæmmer erstattes behandlingen med andet stof, f.eks. AT2-antagonist i 3 måneder. Er ændringen uden effekt på hosten kan behandling med ACE-hæmmer genoptages.

3. Tobak

Hos aktive rygere forsøges rygeophør med henblik på at fjerne eller mildne hostegener.

4. Videre udredning

Hos patienter, hvor hosten ikke er svundet ved gennemgang af relevante dele af trin 1-3 revurderes patienten med anamnese, objektiv undersøgelse og videre udredning, der som minimum består af

- Røntgen af thorax, hvis billeddiagnostik ikke allerede er foretaget
- Spirometri med reversibilitetstest
- Ekspektorat til D+R ved purulent opspyt

Hvis en mulig årsag til hosten er klarlagt, udredes og behandles i henhold til denne mistanke.

Er hosten fortsat uafklaret, vil der med ligelig hyppighed være tale om årsag som anført i trin 5-7. Disse trin kan afvikles i den rækkefølge, som findes mest relevant. Fælles for alle 3 er at hoste kan være det eneste eller det væsentligste symptom og at tilstanden derfor ofte først afklares efter et behandlingsforsøg.

5. Astma (hoste-variant)

Lang reversibilitetstest med inhalationssteroid i moderat til høj dosis i 6-8 uger. Montelukast 10 mg dagligt kan overvejes. Peakflow-monitorering i starten og slutningen af behandlingsforsøget. Supplerende udredning i form af eosinofiltal og IgE for inhalationspanel. Hosten vil ofte recidivere ved behandlingsophør, hvorfor receptindløsningsmønsteret på FMK bør undersøges ved recidiv.

6. Reflukssygdom

Syreneutraliserende behandling og syrepumpehæmmer i høj dosis i 8 uger. Hosten vil ofte recidivere ved behandlingsophør, hvorfor compliance bør undersøges ved recidiv.

7. Rhinitis og postnasalt dryp

Nasalsteroid i høj dosis i 6-8 uger. Ved inkomplet respons overvejes ØNH-vurdering med henblik på CT-bihuler og evt. kirurgi

Har ovenstående ikke afhjulpet patientens hoste kan henvisning til lungeklinikken overvejes med kort skitsering af resultatet af ovenstående punkter.

Referencer

<https://ugeskriftet.dk/videnskab/udredning-og-behandling-af-hoste>

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/symptomer-og-tegn/hoste/>