

Unfassbare Präsentation einer real existierenden Heterogenität

# Fibromyalgie – wie erkennen, wie vorgehen?

**Gibt es sie oder gibt es sie nicht – die Fibromyalgie-PatientInnen? Und wenn es sie gibt – wie häufig ist dieses Erkrankungsbild? Heikle Fragen und kontroverse Antworten: Dieser Artikel möchte Ihnen einen Überblick geben, welche Relevanz diese „akademischen“ Fragestellungen für Ihre tägliche Praxis im Umgang mit einer Betroffenen haben.**



Prof. Dr. med. Haiko Sprott  
Basel

Der Autor hofft mit Ihnen einig zu sein, dass es Patientinnen gibt (die Erkrankung ist deutlich häufiger bei Frauen), die sich mit Ganzkörperschmerzen, sehr häufigen Schlafstörungen, einer weiteren „bunten“ Palette an vegetativen und funktionellen Symptomen und einer mehr oder weniger stark ausgeprägten depressiven Symptomatik in der Sprechstunde vorstellen. Der Somatiker wird in erster Linie die für den Erkrankungsverlauf relevanten und/oder für die Therapie zugänglichen Erkrankungen ausschliessen. Dabei handelt es sich sicherlich in erster Linie um Tumore, entzündliche Systemerkrankungen, endokrine oder metabolische Störungen.

Tabelle 1 enthält eine „Basis“ einer minimalen Labordiagnostik, um ein entsprechendes Screening der Schmerzsymptomatik zu veranlassen. Sollten alle diese Werte unauffällig sein, sind weitere differentialdiagnostische Überlegungen anzustellen, von denen in Tabelle 2 eine kleine Auswahl zu finden ist.

## Wie unterscheiden sich Fibromyalgie-Patientinnen von anderen chronischen Schmerzerkrankungen?

Einen spezifischen Labortest gibt es nicht [1]. Wechselwirkungen aus der Peripherie (ausserhalb des zentralen Nervensystems) und dem zentralen Nervensystem sind beschrieben worden (Abb. 1).

Die in Tabelle 3 und 4 aufgelisteten „Abnormalitäten“, die von unterschiedlichen Forschergruppen weltweit berichtet wurden, helfen in der Routinediagnostik nicht weiter. Zum einen sind die entsprechenden diagnostischen Verfahren sehr aufwendig, teilweise

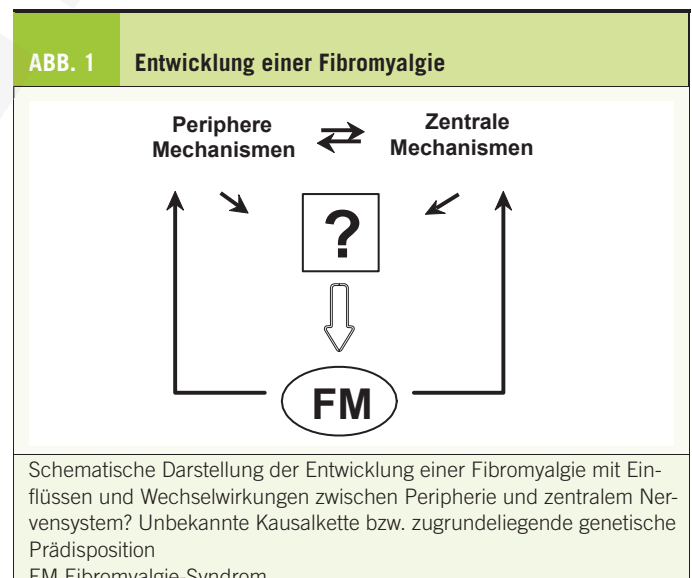
am Menschen nicht durchführbar (z.B. Gewebeuntersuchungen aus dem zentralen Nervensystem) und letztendlich nicht spezifisch für die Fibromyalgie. Es zeigt sich, dass sowohl bei alten Menschen bestimmte Muskelveränderungen nicht von den Gewebsuntersuchungen von Fibromyalgie-Patientinnen zu unterscheiden sind und zum anderen, dass andere chronische Schmerzerkrankungen z.B. „major depression“ gleiche oder ähnliche Phänomene im zentralen Nervensystem auslösen.

## Was macht die Fibromyalgie-Patientin uneindeutig eindeutig?

Die 1990 publizierten Fibromyalgie-Klassifikationskriterien zum Einschluss von Patientinnen in Studien haben den Versuch unternommen, dieses Klientel zu charakterisieren. Goldstandard für diese Kriterien waren „Experten-Meinungen“. Damit erreichten diese Kriterien eine Sensitivität und Spezifität von unter 90%. Vorteil war (aus Sicht des Autors), dass eine klinische Untersuchung des Patienten notwendig war, insbesondere eine Palpation der sogenannten „tender points“ [2]. Im weiteren Verlauf wurde versucht, insbesondere bei der Bestimmung der mechanischen Schmerzschwelle an spezifisch definierten anatomischen Strukturen („tender points“) im Vergleich zu Kontrollpunkten die Sensitivität und Spezifität zu erhöhen, was auch gelang [3]. Diese Kriterien zugrundeliegend, findet man

TAB. 1	Empfohlene Basis-Laborabklärungen bei Verdacht auf Fibromyalgie
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ BSR/CRP</li> <li>▶ CK</li> <li>▶ Blutbild</li> <li>▶ TSH (basal)</li> <li>▶ Blutglukose</li> </ul>

TAB. 2	Differentialdiagnostische Überlegungen bei Verdacht auf Fibromyalgie (nach Ausschluss anderer relevanter Pathologien)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Generalisiertes myofasiales Schmerzsyndrom</li> <li>▶ Somatoforme Schmerzstörung</li> <li>▶ Chronic Fatigue-Syndrome</li> <li>▶ Major Depression</li> </ul>



Fibromyalgie ist eine generalisierte nicht-entzündliche weichteilrheumatische Erkrankung mit einer biopsychosozialen Dimension.

eine Population mit der Prävalenz um 1%, die die entsprechenden Kriterien für die Klassifikation einer Fibromyalgie erfüllt.

Abbildung 2 zeigt die Verteilung der „tender points“ auf der linken Seite (vorn/hinten) und der Kontrollpunkte auf der rechten Seite (vorn/hinten).

Auffällig ist jedoch im Gesamtbild einer an Fibromyalgie erkrankten Person, dass die Ausprägungen der psychischen Alterationen bei den Patienten deutlich variiert [4], so dass man recht früh bereits von Subgruppen gesprochen hat, die bis heute nicht genau definiert sind.

Im Jahr 2010 wurde vom gleichen Autor wie bereits 1990 ein Versuch von diagnostischen Kriterien „vorläufiger Natur“ publiziert. Interessanterweise bedarf es dafür keiner ärztlichen Untersuchung mehr (schon gar keiner körperlichen), sondern die Betroffenen werden mittels eines Schmerzindex und eines Symptom-Schwere-Scores befragt, der bei der Erfüllung einer bestimmten Mindestanzahl dann auf die Diagnose hinweist [5]. Durch diese Publikation wurden in der Fachwelt intensive kontroverse Diskussionen ausgelöst, ob dies nun gut oder schlecht sei. Bereits 2011 kam es dann zu einer Modifikation dieser vorläufigen Diagnosekriterien dahingehend, dass die Schwere des Symptom-Schwere-Scores nicht mehr erfasst werden muss, dass „lediglich“ nach Bauchschmerzen, Depression und Kopfschmerzen gefragt wird und sich aus dem Schmerzindex (Abb. 3), dem modifizierten Symptom-Schwere-Index und dem Vorhandensein der genannten Symptome ein neuer Score ergibt [6]. Das Ergebnis ist, dass in eine sehr heterogene Gruppe von chronischen Schmerzpatienten zusätzliche Heterogenität hineingebracht wird, was weder der Forschung noch der Klinik von Nutzen sein kann.

Der systemische Einsatz von Glukokortikoiden, Benzodiazepinen und Opioiden (der Gruppe Mu-Agonist) sind nutzlos und sollten vermieden werden.

**Was sind die Behandlungsziele?**

Das Ziel der chronischen Schmerzpatienten selbst wird sein, mit weniger Schmerzen akzeptabel leben zu können. Von Seiten der Ärzte ist es ein primäres Anliegen, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern und die Funktion und das Funktionieren im täglichen Alltag zu optimieren. Nicht immer ist dieses Ziel durch eine Schmerzlinderung zu erreichen.

**Wie gehe ich vor?**

Tabelle 5 auf Seite 24 zeigt ein mögliches Vorgehen im Umgang mit den Betroffenen.

**Welche medikamentöse Therapie steht mir zur Verfügung?**

Es gibt kein in Europa/Schweiz zugelassenes Medikament für die Behandlung der Fibromyalgie. Somit sind die medikamentösen Massnahmen individuell den Symptomen der Betroffenen anzupassen. Niedrig-dosiert trizyklische Antidepressiva (Evidenz gut dokumentiert) helfen im Hinblick auf eine Schlafvermittlung und Schmerzdistanzierung. Paracetamol/Tramadol in der Kombinati-

**TAB. 3 Periphere Abnormalitäten bei Fibromyalgie [7]**

- ▶ Verlust von Mitochondrien
- ▶ Anhäufung von Glykogen und Lipid in der Muskulatur
- ▶ Gestörte Mikrozirkulation
- ▶ Lokale Hypoxie
- ▶ Gestörter NO-Metabolismus
- ▶ Verminderter ATP-Spiegel
- ▶ Degeneration von Muskelfasern

**TAB. 4 Zentrale Abnormalitäten bei Fibromyalgie**

- ▶ Wind-up
- ▶ Periphere und zentrale Sensibilisierung
- ▶ Gestörte descendierende Inhibition

**ABB. 2 Darstellung der 24 zu testenden „tender points“ von vorne und hinten (oben) und der definierten Kontrollpunkte (unten) [3]**

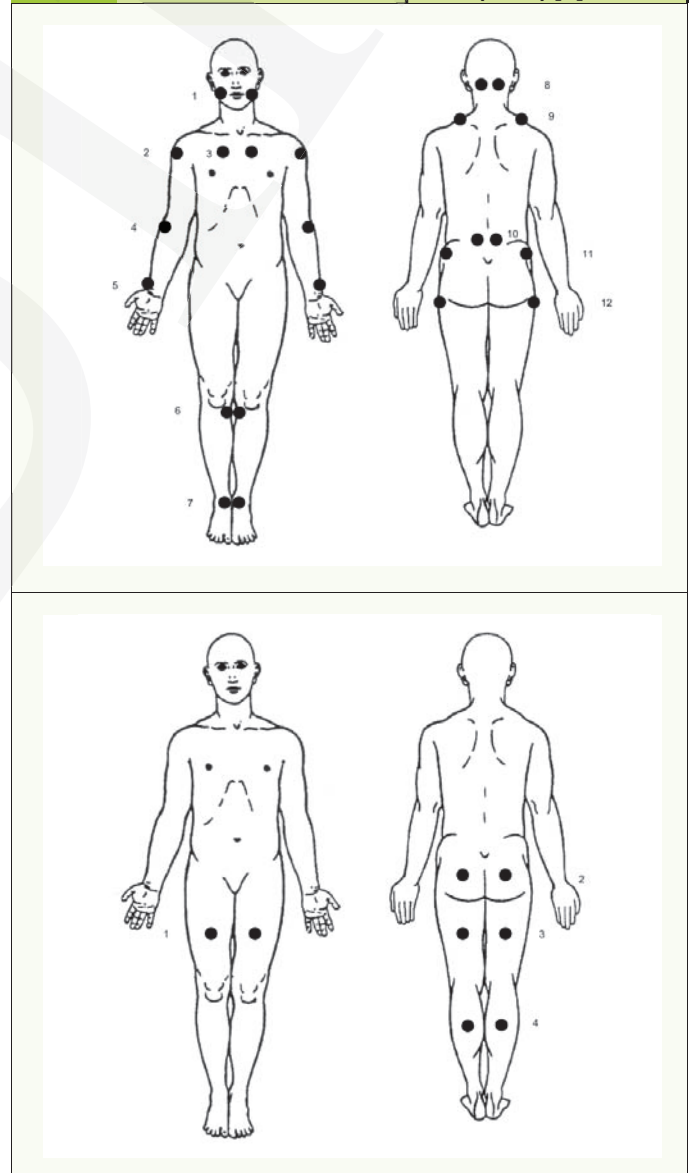
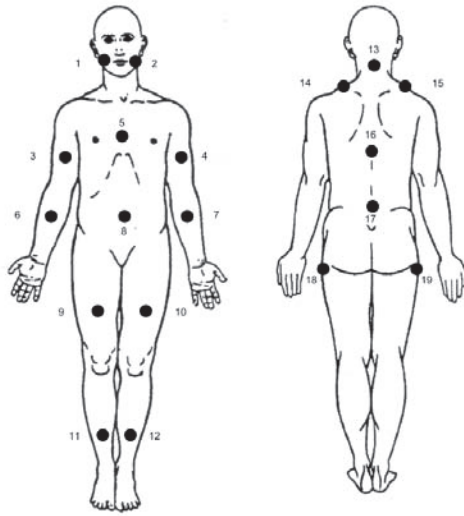


ABB. 3

**Zu testende Regionen des neu definierten Schmerz-Index [5]**



Das Management von Fibromyalgie-Patienten ist aufgrund der Komplexität häufig sehr aufwendig und grösstenteils interdisziplinärer Natur. Es bietet sich eine individualisierte Behandlung des Betroffenen mit jeweils niedrig-dosierten Analgetika/Antidepressiva/Antiepileptika in Kombination mit einer moderaten aktiven Physiotherapie und einer unterstützenden Psychotherapie an. Eindeutige diagnostische Kriterien fehlen nach wie vor. Dies kann leider nicht darüber hinwegtäuschen, dass diese Erkrankung für die Betroffenen real existiert.

**Prof. Dr. med. Haiko Sprott**

Chefarzt  
Schmerzlinik Basel  
Hirschgässlein 11–15, 4010 Basel  
haiko.sprott@schmerzlinik.ch

**Literatur:**

- 1 Jaschko G, Hepp U, Berkhoff M, Schmet M, Michel BA, Gay S, Sprott H. Serum serotonin levels are not useful in diagnosing fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1267-8.
- 2 Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multi-center Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.
- 3 Heim U, Stebler RS, Simmen BR, Trüeb RM, Jung HH, Kopp G, Sprott H. Extra-artikuläre weichteilrheumatische Erkrankungen (Weichteilrheumatismus) und Rückenschmerzen. In: Manger B ed): *Therapie-Handbuch*. 5. Auflage, Urban & Fischer München, 2011, Kapitel O15
- 4 Oswald J, Salemi S, Michel BA, Sprott H. Use of the Short-Form-36 Health Survey to detect a subgroup of fibromyalgia patients with psychological dysfunction. *Clin Rheumatol* 2008;27:919-21.
- 5 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB, Yunus MB. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010;62:600-10.
- 6 Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RS, Mease P, Russell AS, Russell IJ, Winfield JB. Fibromyalgia criteria and severity scales for clinical and epidemiological studies: a modification of the ACR Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *J Rheumatol* 2011;38:1113-22.
- 7 Sprott H. Muscles and peripheral abnormalities in fibromyalgia. In: Wallace DJ, Clauw DJ (eds): *Fibromyalgia & other central pain syndromes*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia Baltimore New York London Buenos Aires Hong Kong Sydney Tokyo, 2005, 101-113

TAB. 5

**Vorgeschlagener Algorithmus in der Therapie eines Fibromyalgie-Patienten**

- ▶ Natur der Erkrankung erklären
- ▶ Mögliche Ursachen behandeln (sofern auffindbar)
- ▶ Symptomatische Analgesie (individuell anpassen!)
- ▶ Moderate individuell angepasste aktive Physiotherapie
- ▶ adjuvante Psychotherapie
- ▶ Interdisziplinäres Setting

on, ggf. in Verbindung mit einem Myorelaxans, wirkt analgetisch und über den serotonin-wiederaufnahme-hemmenden Mechanismus (Tramadol) schmerzdistanzierend. Antidepressiva aus der Gruppe der SSRI und SNRI kommen je nach Stärke der depressiven Symptomatik zum Einsatz. Bei Vorliegen von neuropathischen Schmerzen kann Pregabalin eingesetzt werden.

**Nützlicher Link**

Für forschungs-interessierte Kolleginnen und Kollegen möchte ich Sie auf eine spannende Studie, die vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wird, aufmerksam machen: „Dopaminaktivität, Schmerzwahrnehmung und Belohnungsprozesse bei Patienten mit Fibromyalgie“. Um Aufschluss über dopaminerge Prozesse im Gehirn zu erhalten, wird eine Positronen-Emissions-Tomographie (PET) durchgeführt.

Nähere Hinweise finden Sie bitte unter diesem Link: [www.fibromyalgieforum.ch/pdf\\_files/Patienteninformation\\_patienten\\_FMS.pdf](http://www.fibromyalgieforum.ch/pdf_files/Patienteninformation_patienten_FMS.pdf) oder direkt beim Autor.

Momentan werden für diese Studie Patientinnen als auch gesunde Kontroll-Personen rekrutiert.

**Take-Home Message**

- ◆ Trizyklika, Antiepileptika
- ◆ Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer
- ◆ Tramadol/Paracetamol
- ◆ Adjuvante medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapie (individuell angepasst)
- ◆ Körperliche Aktivierung
- ◆ Schmerzaufklärung und Erlernen von Coping-Strategien