

Fibromyalgie-Syndrom: neue Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie

Teil 2: Praktisches Vorgehen bei Abklärung und Behandlung

André G. Aeschlimann^a, Stefan Bachmann^b, Christine Cedraschi^c, Michele Curatolo^d, Niklaus Egloff^e, Peter J. Keel^f, Petra Thomas^g

Quintessenz

- Die Diagnose wird mit einer vollständigen körperlichen Untersuchung, einer Medikamentenanamnese, Laboruntersuchungen und gezielter weiterer Diagnostik bei Hinweisen auf somatische Ursachen gestellt.
- Die therapeutischen Ansätze umfassen Aufklärung, Verbesserung von Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer, Erlernen von Copingstrategien, Medikamente sowie Beratung und Begleitung bei sozialen Auswirkungen.
- Bei der medikamentösen Therapie bestehen verschiedene Optionen. Allerdings ist keines dieser Präparate in der Schweiz explizit für die Indikation FMS zugelassen.

- Aufklärung zum Grundleiden
- Verbesserung von Beweglichkeit, Kraft und Ausdauer
- Erlernen von Copingstrategien
- Medikamente
- Beratung zu und Begleitung bei sozialen Auswirkungen.

Aufklärung

Erfahrungsgemäss erleichtern die Information über Symptomatik und Hintergründe des FMS (physiologische Zusammenhänge zwischen somatischer und psychologischer Symptomatologie) den Einstieg in den Therapieprozess und helfen, Angst und Katastrophisierungstendenzen abzubauen.

Verbesserung von Kraft und Ausdauer unter physiotherapeutischer Anleitung

FMS-Patienten sind wegen der chronischen Schmerzen körperlich wenig belastbar. Mit den Jahren kommt es zu einer Dekonditionierung mit verminderter Kraft und Ausdauer. Aktivierende, dosierte Bewegungstherapie, im Trockenen und im Wasser, am besten in der Gruppe, wird grundsätzlich als sinnvoll anerkannt [7, 8]. So gibt es Studienresultate, die unter anderem positive Resultate für Nordic Walking oder Tai Chi aufzeigen [41]. Entscheidend ist wohl weniger die Art der gewählten Bewegungsart, als dass eine Bewegung ausgeübt wird, welche physisch nicht überfordert und auch den persönlichen Bedürfnissen entspricht. Selbst die Gartentherapie zeigt in diesem Sinne Wirksamkeit in Bezug auf Schmerzreduktion, verminderten Analgetika-Gebrauch wie auch gesteigerte Lebensqualität [40]. Entsprechend unterhält die Rheumaliga Schweiz ein breites Kursangebot mit geeigneten Bewegungstherapien für Patienten (www.rheumaliga.ch).

Diagnosestellung

Die Diagnose wird gemäss den neuen Kriterien symptom-basiert gestellt (Tab. 1 ↩, Teil 1). Es wird empfohlen, die Lokalisation und Ausdehnung der Schmerzen mit Hilfe einer Schmerzskizze zu erfassen, die vom Patienten auszufüllen ist. Die Arbeitsgruppe empfiehlt, gestützt auf die aktuelle AWMF-Leitlinie (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Netzwerk der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland) [22], als weitere Untersuchungen:

- Vollständige körperliche Untersuchung (Erfassung des Ganzkörperstatus)
- Vollständige Medikamentenanamnese
- Laboruntersuchungen (Tab. 4 ↩, Teil 1)
- Gezielte weitere Diagnostik wie bildgebende Verfahren, Biopsien etc. bei Hinweisen auf somatische (Mit-) Ursachen der Symptomatik.



Peter Keel

Da die Beeinträchtigung für den Patienten im Alltag erheblich ist, muss die Anamnese durch eine sorgfältige Sozialanamnese und Suche nach entsprechenden Stressfaktoren (Unzufriedenheit oder emotionale Belastungen am Arbeitsplatz, Haushalt, Freizeit, Partnerbeziehung) ergänzt werden. Wie bei allen chronischen Schmerzpatienten muss nach subjektiven Krankheitstheorien, Ressourcen und Bewältigungsstrategien gefragt werden, damit diese in einem individuellen, dem Patienten angepassten Informations- und Behandlungskonzept berücksichtigt werden können [10, 22, 33].

Therapie

Die therapeutischen Ansätze sind patientenorientiert und bevorzugt pluridisziplinär [22, 33]. Sie umfassen:

Empfehlungen der Arbeitsgruppe «Special Interest Group Fibromyalgia and Central Sensitivity Syndromes» der Schweizer Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS) unter Leitung von Peter Keel

^a CMO und Ärztlicher Direktor Rheumatologie, RehaClinic, Bad Zurzach

^b Chefarzt Klinik für Rheumatologie und internistische Rehabilitation, Rehabilitationszentrum Valens

^c Psychologin, Service de Médecine Interne de Réhabilitation & Centre de la douleur, Service de Pharmacologie et Toxicologie cliniques, Hôpitaux Universitaires, Genève

^d Leitender Arzt, Universitätsklinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Inselspital, Bern

^e Oberarzt, Psychosomatik, Inselspital, Bern

^f Chefarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

^g Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, Bethesda-Spital, Basel

Die Autoren haben keine finanzielle Unterstützung und keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Erlernen von Copingstrategien

Das FMS als funktionelle Störung weist auf eine körperliche und/oder psychische Stressbelastung hin. Entsprechend sind Behandlungsansätze sinnvoll, die den


Umgang mit diesen Belastungen verbessern, wie das Erlernen von Copingstrategien. In einer Diagnostikphase, die auch dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung dient, soll nach solchen Belastungsfaktoren gesucht werden. Eine Einsicht in psychosoziale Belastungen (Beziehungs- und Arbeitssituation) und entsprechende Motivation, diese Probleme psychotherapeutisch anzugehen, sind oft nicht a priori vorhanden, sondern müssen erst entwickelt werden. Die Wirksamkeit von Patientenschulungsprogrammen gilt als erwiesen [16], wenn diese im Rahmen einer multimodalen Therapie (Kombination von Information, Psycho- und Physiotherapie) stattfinden [3, 7, 8, 17, 26]. Ziele solcher Schulungsprogramme sind:

- Informationen über Symptomatik und Hintergründe des FMS
- Erkennen von Zusammenhängen zwischen Symptomen und Belastungen
- Erlernen von Techniken der Schmerz- und Stressbewältigung
- Abbauen von Belastungen durch Anleitung zu Verhaltensänderung
- Körperliche Funktions- bzw. Leistungsfähigkeit (Belastbarkeit) erhalten oder verbessern (mit Hilfe von physiotherapeutischen Übungen)
- Lebensqualität (Genussfähigkeit, Lebensfreude, Entspannung) erhalten oder verbessern.

In der Praxis sind die Schulungsprogramme modular aufgebaut (Tab. 5 )

Generell wird Psychotherapie – wie erwähnt – im Rahmen einer multimodalen Gruppentherapie im ambulanten Setting empfohlen. Dennoch kann eine gezielte Einzelberatung sinnvoll sein (vor allem, da Gruppenangebote oft fehlen) und in wenigen Stunden erstaunliche Fortschritte bringen. Dank einer besseren Bewältigung des Alltags und der Alltagsprobleme gelingt im Idealfall eine Adaptation an die Beschwerden, das heisst ein zufriedenes Leben mit bzw. trotz fortbestehender Beschwerden. Für psychotherapeutische Verfahren liegt eine Vielzahl von Studien vor, einschliesslich Metaanalysen [16]. Die bezüglich Wirksamkeit gut evaluierten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren kommen meist in Gruppen und kombiniert mit anderen Behandlungselementen zur Anwendung. Die positiven Studienergebnisse überwiegen, wenn auch eine im Jahr 2000 veröffentlichte Metaanalyse der Cochrane Library die Bedeutung der kognitiven Verhaltenstherapie zurückhaltend beurteilte [25].

Medikamente

Analgetika oder schmerzmodulierende Antidepressiva stehen bei Schmerzen im Vordergrund (Tab. 6 )

Für Paracetamol, das in einer Dosis von 1000 mg maximal viermal täglich oft eine gute Wirkung gegen die Schmerzen hat, liegt beim FMS kein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis vor (nicht besser als Placebo). Das Gleiche gilt für die nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), von deren Gebrauch wegen des erhöhten Risikos für gastrointestinale und kardiovaskuläre Nebenwirkungen zusehends abgeraten wird. Ein zeitlich begrenzter Einsatz eines vom Patienten gut vertragenen NSAR bei allenfalls gleichzeitiger Gabe eines Protonenpumpen-

Tabelle 5

Inhalte von Schulungsprogrammen.

Module	Inhalte
Biopsychosoziales Modell	Aktuelle Forschungsergebnisse bzgl. Ursachen und Pathophysiologie Wechselwirkung zwischen körperlichem und psychischem Befinden Akuter vs. chronischer Schmerz, Unterschied läSIONSbedingter Schmerz und Hyperalgesie
Symptome des FMS	Hauptsymptome Mögliche zusätzliche Störungen (muskuloskeletale Erkrankungen, andere funktionelle Syndrome, typische psychische Verhaltensmuster oder Störungen) Erkrankungen mit ähnlichen Beschwerden, die vom FMS abzugrenzen sind Modulierende Faktoren (Umwelteinflüsse, Verhalten) Sozialmedizinische Aspekte Familien- und psychodynamische Aspekte
Therapieoptionen, deren Wirksamkeit als gesichert gilt	Selbstmanagement: körperliches Ausdauertraining und psychotherapeutische Verfahren sowie deren Umsetzung im Alltag Medikamente: Wirkungsweise und Gebrauch Komplementäre Verfahren inklusive Entspannungsmethoden (progressive Muskelrelaxation, autogenes Training)
Sonstige Hinweise	Selbsthilfegruppen: www.fibromyalgieforum.ch (Mitglied der Rheumaliga Schweiz, www.rheumaliga.ch) Therapieoptionen, deren Wirksamkeit als nicht gesichert gilt

Tabelle 6

Medikamentöse Therapieoptionen beim FMS (modifiziert nach [36]).

– **Keines dieser Präparate ist in der Schweiz für die Indikation FMS explizit zugelassen!**

– **Betreffend Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung, Kontraindikationen u.a. der einzelnen Präparate wird auf die Packungsbeilage hingewiesen.**

Medikament	Kommentar
Amitriptylin 10–50 mg/d	Wirksamkeit gut belegt. Mit Vorteil als unretardiertes Präparat, Retard-Präparate führen zu mehr Tagesmüdigkeit*
Fluoxetin 20–60 mg/d	Geringer Einfluss auf Schmerz. Vorteile sind die fehlende Sedierung und gute Verträglichkeit (Tab. 7)
Paroxetin 20 mg/d	Wie Fluoxetin
Duloxetin 60–120 mg/d (Venlafaxin 150–300 mg/d)	Wegen initialer Nebenwirkungen einschleichend dosieren (30 mg resp. 37,5 mg mit Abendessen); wegen eventuell starker Absetzphänomene bei Behandlungsende ausschleichen
Tramadol 50–400 mg/d oder in Kombination mit Paracetamol (1300 mg/d)	Tramadol hat zusätzlich eine SNRI-Wirkung; zeitlich befristeter Einsatz nicht klar empfohlen wegen zu wenig nachgewiesener Wirksamkeit; Vorsicht: Interaktion mit Venlafaxin
Pregabalin 25–450 mg/d p.o.	Wirksamkeit ist noch umstritten, doch können selbst geringe abendliche Dosen positive Effekte auf Schmerz und Schlafqualität erzielen; langsames Einschleichen wichtig zur besseren Verträglichkeit, empfohlen, wenn Amitriptylin nicht vertragen wird

* Tryptizol ist in der Schweiz nicht mehr im Handel, ein Ersatz ist Nortriptylin (Nortrilen), der aktive Hauptmetabolit von Amitriptylin.


Tabelle 7

Wirksamkeit von Antidepressiva bei der Behandlung von FMS [35].

	Schmerz	Müdigkeit	Schlafstörung	Depression	Lebensqualität	Bemerkungen
Trizyklika (TCA) (Amitriptylin u.a.)	+++	++	+++	+/0	+	Viele (gute) Studien mit kleinen Stichproben
SSRI: v.a. Fluoxetin, Paroxetin	+	0	0	++	++	Wenige gute Studien
SNRI: Duloxetin (Venlafaxin)	++	0	++	++	++	Wenige Studien mit grossen Stichproben
Selektive MAO-Hemmer (Moclobemid)	+	0	+/0	0	(nicht untersucht)	Wirksamkeit angezweifelt in AWMF-Leitlinie

blockers ist individuell bei früheren positiven Erfahrungen sinnvoll.

Bei den Analgetika ist nur die Wirksamkeit von Tramadol (allenfalls in fixer Kombination mit Paracetamol) in plazebokontrollierten Studien nachgewiesen. Deren Aussagekraft wird allerdings durch hohe Drop-out-Raten eingeschränkt, weshalb in den neuen AWMF-Leitlinien [22] keine klare Empfehlung abgegeben wird im Gegensatz zu den EULAR-Leitlinien [10].

Bezüglich Wirksamkeit der Antidepressiva liegt eine umfassende Metaanalyse vor, deren Ergebnisse in Tabelle 7  zusammengefasst sind [36]. Antidepressiva wirken beim FMS oft nicht nur antidepressiv, sondern auch, bereits in niedrigen Dosierungen, schmerzmodulierend, anxiolytisch und schlafregulierend. Am besten untersucht sind die trizyklischen Antidepressiva (v.a. Amitriptylin) sowie Duloxetin (selektiver Noradrenalin- und Serotoninwiederaufnahmehemmer, ein dual wirkendes selektives Antidepressivum). Zu Venlafaxin, das ein ähnliches Wirkungsspektrum hat, liegen keine kontrollierten, sondern nur offene Studien vor. Keines dieser Mittel ist allerdings in der Schweiz für diese Indikation zugelassen.

Komplementäre und alternative Verfahren

Zu diesen sehr unterschiedlichen Behandlungsverfahren liegen wenige qualitativ hochstehende Studien vor, da die Stichproben oft klein sind oder Verlaufs- und vor allem Replikationsstudien fehlen. Meist sind die Verfahren (z.B. Akupunktur) Placebo kaum oder nur leicht überlegen. Aktivierende Verfahren wie etwa Tai Chi oder Qi Gong scheinen wirksam zu sein [41, 19]. Entspannungsverfahren bilden einen wichtigen Bestandteil multimodaler Programme, sind allein eingesetzt aber nicht

wirksam [22]. Diätmassnahmen (z.B. Verzicht auf lakto- oder glutenhaltige Produkte) werden aufgrund von positiven Einzelerfahrungen oft empfohlen, sind aber in ihrer Wirksamkeit nicht belegt. Zur Homöopathie bei verschiedenen psychischen Störungen (inkl. Fibromyalgie) liegt eine neuere, ebenfalls kritische Metaanalyse vor [12].

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Peter Keel
Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Bethesda-Spital
CH-4020 Basel
[peter.keel\[at\]unibas.ch](mailto:peter.keel[at]unibas.ch)

Weiterführende Literatur

- AWMF-Leitlinie: www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/041-004.html.
- Aeschlimann A, Witte S. Fibromyalgie. Broschüre der Rheumaliga Schweiz, 2012.
- Bachmann S. Neue Diagnosekriterien für die Fibromyalgie. Rheuma-Schweiz. 2011;1:16–9.
- Cathébras P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexplicables, Paris, Masson, 2006.
- Eich W, Hauser W, Arnold B, et al. Das Fibromyalgiesyndrom: Definition, Klassifikation, klinische Diagnose und Prognose. Schmerz. 2012; 26(3):247–58.
- Häuser W, Thieme K, Turk DC. Guidelines on the management of fibromyalgia syndrome – a systematic review. Eur J Pain. 2010;14:5–10.
- Jäckel WH, Genth E. Fibromyalgie. Z Rheumatol. 2007;66:579–90.
- Perocheau D, Perrot S. Éducation thérapeutique et fibromyalgie. Douleur Analg. 2011;24:189–96.
- Sommer C, Häuser W, Alten R, et al. Medikamentöse Therapie des Fibromyalgiesyndroms. Systematische Übersicht und Metaanalyse. Schmerz. 2012;26(3):297–310.
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. Arthritis Care Res. 2010;62: 600–10.

Das vollständige Literaturverzeichnis steht unter www.medicalforum.ch zur Verfügung.