

Prof. Dr. H.-Chr. Benöhr

Das Fibromyalgie-Syndrom

Die Fibromyalgie ist ein chronisches Schmerzsyndrom, das an Sehnenansätzen und Muskeln des ganzen Körpers lokalisiert ist (generalisierte Tendopathie): an Armen, Beinen, Schulter- und Hüftregionen, an der ganzen Wirbelsäule und im Brustkorbbereich. Die Schmerzen sind auslösbar bei Bewegung und auf Druck, sie können aber auch spontan bestehen, nachts verstärkt sein und mit ausgeprägter Steifheit am ganzen Körper einhergehen. Begleitet wird das Syndrom von **vielfältigen vegetativen und funktionellen Störungen** mit Leistungseinschränkung, rascher Ermüdbarkeit, Schweißneigung, Kälteempfindlichkeit, Migräne, Schlafstörungen, erhöhter Wetterfühligkeit, Gefühlsstörungen an Händen und Füßen. Häufig sind auch psychische Störungen mit Angstgefühlen, Konzentrations- und Merkstörungen und Depressionen.

Organbeschwerden des Herzens mit Herzrasen, Druck über dem Herzen, Arrhythmien oder von Magen und Darm mit Magenempfindlichkeit, Blähungen, Wechsel von Verstopfung und Durchfall oder Unterbauchschmerzen können ebenfalls unangenehme Begleiterscheinungen sein. Das ganze Krankheitsbild kann durch Stress-Situationen, aber auch bei Infektionen verstärkt werden. Frauen sind sechs- bis achtmal häufiger betroffen als Männer, der Krankheitsgipfel liegt im mittleren Lebensalter; Kinder und Patienten über 80 Jahre können auch erkranken. Über eine familiäre Häufung der Fibromyalgie ist immer wieder berichtet worden.

Bei der Fibromyalgie handelt es sich um überwiegend subjektiv bestimmte Beschwerden mit wenigen objektiven Befunden als Nachweis für das Krankheitsbild, da die Gelenke bei der passiven ärztlichen Untersuchung fast immer frei beweglich sind, und weil entzündliche Veränderungen durch Labor-, Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen nicht nachweisbar sind. Deshalb sind von der amerikanischen Rheumagesellschaft Kriterien eingeführt worden, mit deren Hilfe die Diagnose ermöglicht werden soll. Zu diesen Kriterien gehören Schmerzhaftigkeit über mindestens drei Monate an den Extremitäten und am Stamm, Schmerzangaben an 40-60 Prozent der 18 Tender-Points und mindestens drei weitere Symptome vegetativer Störungen. Tender Points sind **schmerzhafte Druckpunkte** am Bewegungsapparat, insbesondere an Sehnenansätzen, Sehnenübergängen und der Muskulatur auf Grund einer deutlich erhöhten Schmerzempfindlichkeit. Einzelne schmerzhafte Druckpunkte sind nicht spezifisch für eine Fibromyalgie. Vielmehr ergibt sich die Diagnose erst aus der Vielzahl der spezifischen Druckpunkte und Symptome. Davon zu unterscheiden sind Triggerpunkte, die in Muskeln als Myogelosen tastbar sind und auch vom Druckpunkt entfernt schmerzhaft empfunden werden. Sie sind kein verwertbares Merkmal für eine Fibromyalgie.

Die Diagnose der Fibromyalgie lässt sich nur durch eingehende Erhebung der Krankenvorgeschichte, durch umfassenden körperlichen Untersuchungsbefund und nach Ausschluss zahlreicher anderer Erkrankungen festlegen, die erst nach einer umfassenden Untersuchung auf orthopädischem, neurologischem und internistischem Gebiet erkannt werden können. Man unterscheidet eine **primäre Fibromyalgie von sekundären Formen** mit Beschwerdebildern, die im

Zusammenhang mit anderen Erkrankungen aufgetreten sind. Zu ihnen gehören entzündlich rheumatische Krankheiten, schwere Verletzungen, aber auch andere Erkrankungen unterschiedlicher Ursache und Lokalisation wie Muskelkrankheiten durch Virus-Infektionen oder Stoffwechseleränderungen, Krankheiten der Wirbelsäule, des Nervensystems oder endogene Depressionen. Hinsichtlich Verlauf und Ansprechen auf Behandlungsmaßnahmen unterscheiden sich primäre und sekundäre Erscheinungsformen aber nicht.

Das Krankheitsbild der Fibromyalgie beginnt meist im Nacken oder Schulterbereich, weniger häufig in der Hüftregion. Erste Beschwerden können bereits im Kindesalter bzw. in der Pubertät auftreten. Jahrelange schmerzfreie Intervalle sind möglich, bis das Schmerzsyndrom wieder beginnt und sich innerhalb von Jahren über den ganzen Bewegungsapparat ausdehnt. Dabei können ausstrahlende Schmerzen in den Hinterkopf, in das Gesicht, in Brustkorb und Rippen manchmal bestimmend sein. Die vielfachen und sehr unterschiedlichen vegetativen Erscheinungen neben den chronischen Schmerzen hinterlassen bei den Patienten das Gefühl schwerkrank oder behindert zu sein. Häufig werden die Beschwerden von Ärzten, im privaten oder beruflichen Umfeld **missverstanden oder nicht ernst genommen**, so dass nach längerem Krankheitsverlauf psychische Probleme mit Gefühlen von Angst, Alleinsein, Depression, beruflicher Beeinträchtigung und Hoffnungslosigkeit manifest werden. Nicht selten wird durch die organbetonten funktionellen Störungen des Herzens, des Magens, des Darms, aber auch durch psychische Störungen das Krankheitsbild der Fibromyalgie überlagert, so dass wichtige Behandlungsmaßnahmen unterbleiben.

Die Prognose der Fibromyalgie wird unterschiedlich beurteilt und ist sicher abhängig vom Kenntnisstand des Patienten über das Wesen der Erkrankung und von seiner Möglichkeit, das Beschwerdebild aktiv zu beeinflussen. Von besonderer Bedeutung sind aufklärende Gespräche und intensive Schulungsprogramme, mit deren Hilfe Motivation, Selbstverantwortung und aktive Mitarbeit gefördert werden. Für eine erfolgreiche Behandlung des Fibromyalgie-Syndroms ist ein **umfassendes Konzept** notwendig, das einen hohen zeitlichen Aufwand und eine kontinuierliche persönliche Zuwendung von Arzt und Therapeuten erfordert. Auf eine Kombination der verschiedenen Therapieansätze sprechen die Patienten am besten an. Voraussetzung ist die gezielte Information des Patienten über Krankheitsbild und die verschiedenen Erscheinungsformen; bereits die ersten einführenden Gespräche, bei denen sich der Patient mit seinen Krankheitsbeschwerden ernst genommen fühlt, können erste Besserungen der Symptomatik herbeiführen. Eine umfassende Patientenschulung informiert über mögliche Ursachen, Begleiterscheinungen, Komplikationen, über die lange Zeitdauer der Therapie und die möglicherweise immer wieder auftretenden Rezidive.

Die Behandlung kann in Einzeltherapien, aber auch in einer gemeinsam mit anderen Patienten gestalteten Gruppentherapie bestehen. Wichtig ist die **aktive Mitarbeit des Patienten**, der täglich gymnastische Übungen, Wärme und entspannende Maßnahmen durchführt. Unter krankengymnastischer Anleitung und Überwachung werden Bewegung, Muskeldehnung und -kräftigung vorsichtig begonnen und langsam gesteigert. Die meisten Patienten empfinden Wärme in Form von Bädern, Packungen, Wärmflaschen oder Bestrahlung zusätzlich sehr hilfreich, zumal diese Maßnahmen jederzeit zu Hause durchgeführt werden können. Auch Massagen werden gerne genommen, haben aber langfristig keine Bedeutung. Elektrotherapie, Ultraschall, auch Akupunktur können in Einzelfällen und für eine begrenzte Zeitdauer zur Besserung der Schmerzen beitragen. Von besonderer Bedeutung sind

Entspannungstechniken wie autogenes Training, Verfahren nach Jakobsen, Yoga, Meditation oder Qigong. Gesprächskreise, die von geschulten Moderatoren geleitet werden, können einem Teil der Patienten Erleichterung geben. Bei ungenügendem Ansprechen sollte ein Psychotherapeut, der Erfahrung im Umgang mit Fibromyalgie-Patienten hat, zugezogen werden, der in Einzelgesprächen oder in einer Gruppe behandeln kann.

Die medikamentöse Therapie enttäuscht häufig, da sie allein meist keine Besserung der Schmerzen bringt. Das Ansprechen der Patienten auf Medikamente ist aber individuell sehr unterschiedlich, so dass zur Schmerzreduzierung und zur Ermöglichung gymnastischer Übungen ein Stufenschema für **Schmerzmedikamente** zu empfehlen ist. Dafür kommen nicht-cortisonhaltige Antirheumatika, bei Magenbeschwerden auch Cox-II-Hemmer, Paracetamol und Novalgin in Frage; bei regelmäßiger Einnahme sollte vor allem auf mögliche Nebenwirkungen geachtet werden (Beipackzettel beachten). Zentral wirksame Schmerzmittel wie Tramadol oder Tilidin kommen als nächstes in Frage, verursachen aber vermehrte Müdigkeit und sind deshalb wie auch Opioide nur begrenzt einsetzbar. Eine besondere Bedeutung haben trizyklische Antidepressiva (z.B. Amitriptylin) bei depressiven Zuständen und in niedriger Dosierung insbesondere bei Schlafstörungen. Bei einem Teil der Patienten wurde eine Störung im Serotonin-Stoffwechsel beobachtet; die medikamentöse Beeinflussung dieser Veränderung durch 5-HT₃-Rezeptorantagonisten (z.B. Tropicidon) hat nur wenigen Patienten nachhaltig geholfen.

Je nach Krankheitsschwere kann vor allem zum Zeitpunkt der Diagnosestellung eine **stationäre Rehabilitation** in einer Rheumaklinik in Frage kommen, in der das gesamte Therapiekonzept durchgeführt wird, und in der der Patient die einzelnen Therapiemaßnahmen für die häusliche Nutzung erlernen kann. Gleichzeitig kann er Unterweisungen für eine zweckmäßige Ernährung bekommen, die vor allem für Übergewichtige in einer Gewichtsreduktion besteht. Grundsätzlich wird eine Reduktion von Fleisch und Fett zugunsten von Gemüse und Obst empfohlen.

Die Fibromyalgie hat infolge der meist dauerhaften körperlichen und psychischen Einschränkung eine hohe sozialmedizinische Bedeutung und ist bei vielen Patienten mit Schwerbehinderung bis zur Invalidität verbunden. Bei beruflichen Problemen ist eine fachspezifische Beratung, eine Umsetzung auf einen anderen (leichteren) Arbeitsplatz oder eine Umschulung ratsam. Für eine **Berentung** ist nicht die Diagnose, sondern ausschließlich das Ausmaß der objektivierbaren Funktionseinschränkung maßgeblich, die nur von einem im Umgang mit der Fibromyalgie erfahrenen Arzt durch umfassende Untersuchung unter Berücksichtigung vegetativer Störungen durchgeführt werden sollte. Zusammenfassend ist das Fibromyalgie-Syndrom ein sehr komplexes, individuell bestimmtes Krankheitsbild, das von den Patienten sehr unterschiedlich empfunden wird und neben den dauerhaften Schmerzen durch zahlreiche weitere Symptome, vor allem psychischer Natur, bestimmt sein kann. Für eine erfolgreiche Therapie ist die Einsicht in das Wesen der Erkrankung und die Motivation für eigene aktive Behandlungsmaßnahmen von besonderer Bedeutung.

Tender Points bei Fibromyalgie

- Ansatz der Nackenmuskulatur am Schädel
- Untere Halswirbelsäule seitlich beidseitig
- Schultermuskulatur bds.= M. Trapezius-Ansatz
- Kiefergelenk und Kaumuskel-Ansatz
- Knorpel-Knochengrenze der 2. Rippe vorne
- Lange Biceps-Sehne am Oberarm
- Strecksehnenansatz am Epicondylus radialis des Unterarms
- Streck- und Abspreizsehnen am Daumen
- Großer Rollhügel (trochanter major) des Oberschenkels
- Pes anserinus (Sehnenplatte innen seitlich der Kniescheibe)
- Paravertebrale Muskulatur der Lendenwirbelsäule
- Sehnenplatte am hinteren Beckenrand
- Umgebung der Darmbein-Kreuzbeingelenke

Prof. Dr. Chr. Benöhr, Ärztlicher Berater der Gesprächsgruppenleiter-Zeitung