

# Fibromyalgie

Prof. Dr. med. Wolfgang Müller

Hochrheininstitut für Rehabilitationsforschung Bad Säckingen

**Die Fibromyalgie (generalisierte Tendomyopathie) ist ein generalisiertes Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates. Ätiologie und Pathogenese sind unklar und eine scharfe Trennung zwischen somatopsychischen und psychosomatischen Ausprägungen ist kaum möglich. Die Einschätzung der Wertigkeit somatischer und psychischer Faktoren ist wichtig für die Wahl des individuell besten Therapieansatzes.**

Leider wird die sozialmedizinisch und sozialökonomisch bedeutende Erkrankung (Prävalenz ca. 2%) häufig über Jahre fehldiagnostiziert. Klinisch ist die Fibromyalgie neben den meist generalisierten, zumindest aber in drei Körperregionen vorhandenen Schmerzen des Muskelsehnenapparates durch eine vermehrte Druckschmerzhaftigkeit der sogenannten «tender points» charakterisiert. Bei diesen handelt es sich vorwiegend um Sehneninsertionsstellen oder um Übergänge zwischen Muskeln und Sehnen.

Fehlhaltungen der Wirbelsäule (vor allem mässige Skoliosen) sind häufig. Damit einher geht eine verminderte Beweglichkeit des Achsenorgans sowie oft lokalisierte Funktionsstörungen besonders im Lendenwirbelsäulenbereich (wie bei unspezifischer chronischer Lumbalgie).

Daneben sieht man viele funktionelle und vegetative Symptome, wie es sie in dieser Häufung nur bei wenigen Erkrankungen gibt. Schlafstörungen sind meist stark ausgeprägt. Hinzu kommen Kopfschmerzen (vor allem Spannungstyp-Kopfweh, seltener Migräne), Mundtrockenheit, Schluckstörungen, Herzjagen und Extrasystolen, Atembeschwerden, Colon irritabile, Dysmenorrhoe, Dysurie, Parästhesien, Tremor, leichte Schwellungen (insbesondere der Hände am Morgen), nicht selten auch ein Karpaltunnelsyndrom und orthostatische Störungen. Hinzu kommen nicht selten depressive Verstimmungen oder neurotische Störungen.

Die Diagnose nach den ACR-Kriterien (American College of Rheumatology) erübrigt meist eine aufwendige Diagnostik.

Differentialdiagnostisch wichtige Erkrankungen sind verschiedene entzündlich-rheumatische Erkrankungen, Infektionen (besonders Borreliose und Virusinfekte), Endokrinopathien, das «chronic fatigue-Syndrom», medikamentös bedingte Myopathien sowie lokalisierte Schmerzsyndrome, die eine «sekundäre» Fibromyalgie verursachen können.

## Klassifikation

**Ausgedehnte Schmerzen in mindestens drei Körperregionen seit mehr als drei Monaten:** in beiden Körperhälften, oberhalb und unterhalb der Taille, in einer Wirbelsäulenregion oder der vorderen Brustwand; Schulter- und Gesässschmerz gilt als Schmerz auf jeder der betroffenen Seiten **2. Mindestens 11 der im folgenden genannten 18 Punkte sind druckschmerzhaft bei digitaler Palpation** («tender points»; siehe die Abbildung auf Seite 1): okzipitale Ansatzstellen des Musculus trapezius, anteriorer Anteil der Querfortsätze der Halswirbelsäule in Höhe von C5-C7, Mitte des Oberrandes des Musculus trapezius, Musculus supraspinatus über der Mitte der Spina scapulae, Osteochondralverbindung der zweiten Rippe im oberen Anteil, zwei Zentimeter

unterhalb der lateralen Epikondylen, unterhalb des Ansatzes des Musculus gluteus maximus an der Spina iliaca posterior superior, hinterer Anteil des Trochanter major, proximal des medialen Kniegelenkspaltes im Bereich des Fettpolsters. Alle Punkte beidseits mit einem Druck von zirka 4 kg palpieren.

(Tip: Auf der Waage ausprobieren, wieviel Kraft es dazu braucht)

## **Labor**

Die üblicherweise erhobenen Laborbefunde sowie einige Autoantikörper (Rheumafaktoren u.a.) ergeben in der Regel ein normales Bild. Sie sind dennoch wichtig, um die sich im Rahmen anderer Erkrankungen entwickelnden Fibromyalgien von der «primären» Fibromyalgie abzugrenzen.

Die Serumspiegel verschiedener Neuromodulatoren sind wie auch bei anderen chronischen Schmerzerkrankungen verändert (vermindert: Serotonin, Calcitonin, Somatomedin C u.a.; erhöht: Substanz P im Liquor). Deren Messung könnte für die Objektivierung solcher, oft als Simulation angesehener Erkrankungen nützlich sein. Sie ist jedoch keine Routinediagnostik und bleibt klinischen Forschungsprojekten vorbehalten.

## **Ursachen und Therapie**

Ätiologie und Pathogenese der Fibromyalgie sind bisher ungeklärt und entsprechend unbefriedigend sind auch die Therapieoptionen. Wahrscheinlich ist sie eine Reaktion auf Reize, die erst durch ihr Zusammenwirken zur Auslösung der Fibromyalgie führen.

Dazu gehören somatische Faktoren (entzündliche/degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, Traumen, Infektionen wie Borreliose, Fehlhaltungen der Wirbelsäule, evtl. auch endokrine Störungen).

Alle diese Faktoren können als Triggermechanismen für ein meist lokalisiertes Schmerzsyndrom wirken, aus dem sich oft erst im Laufe von Monaten und Jahren vor allem unter dem Einfluss psychosozialer Stresszustände das Vollbild der Fibromyalgie entwickelt. Selten entsteht dieses Vollbild akut oder subakut. Ausgeprägte psychopathologische Befunde oder Konfliktsituationen sind häufig. Inwieweit assoziierte Depressionen Ursache oder Folge der Erkrankung sind, ist offen. Frauen erkranken aus bisher unbekanntem Gründen häufiger an Fibromyalgie als Männer (3:1 bis 10:1).

Obwohl eine scharfe Trennung in somatopsychische und psychosomatische Ausprägungen kaum möglich ist, muss man eine Einteilung in Untergruppen angestreben, um die Therapie gemäss der Wertigkeit somatischer und/oder psychischer Faktoren auszurichten. Hilfreich sind hierbei neben anamnestischen, klinischen und psychopathologischen Befunden Fragebögen [1] sowie multidisziplinäre Konsultationen.

## **Mögliche Ursachen für Fibromyalgie-ähnliche Schmerzsyndrome**

**Chronische muskuloskeletale Schmerzsyndrome:** myofasziale Schmerzsyndrome, chronische regionale Schmerzsyndrome, chronisches Müdigkeitssyndrom - **Rheumatische Erkrankungen:** Frühstadium der chronischen Polyarthrit, Prodromalstadium des Sjögren-Syndroms, systemischer

Lupus erythematoses, Polymyalgia rheumatica, Osteoporose, Hydroxyapatitkrankheit - **Endokrine Erkrankungen:** Hypo-/Hyperthyreose, Morbus Cushing, Hyperthyreoidismus, Morbus Addison - **Myositiden - Myopathien:** Polymyositis, Dermatomyositis, mitochondriale Myopathie, McArdle's Syndrom, Vitamin D-Mangel, Carnitin-Palmitoyltransferase-Mangel) - **Infektionen:** Virus-Hepatitis, Influenza, Aids, Epstein-Barr-Virus, Borreliose o **Nebenwirkungen von Arzneimitteln:** Allopurinol, Anästhetika, AZT, Carbimazol, Chloroquin, Ciclosporin, Clofibrate, D-Penicillinamin, e-Aminocapron-Säure, Emetin, Kortikosteroide, L-Tryptophan, Phenytoin, Silikon (Brust-Implantate?), Vincristin - **Tumore:** paraneoplastische Syndrome, Primärtumore/Metastasen - **Psychiatrische Erkrankungen:** Depressionen, Angstzustände

## Medikamente

Analgetika und nichtsteroidale Antiphlogistika beeinflussen die Schmerzzustände nur unzureichend. Möglicherweise sind sie aber besonders nützlich, falls Störungen im Bewegungsapparat die Trigger-Mechanismen der Fibromyalgie darstellen.

Muskelrelaxantien haben ihre Wirkung in Doppelblindversuchen ebenfalls noch nicht beweisen können. Auch hier mag die ungenügende Selektion der verschiedenen Formen der Fibromyalgie eine Rolle spielen.

Von Kortikosteroiden erwartet man aufgrund des nicht-entzündlichen Charakters der Erkrankung keine Wirksamkeit. Trotzdem gibt es positive Einzelfälle. Diese entpuppen sich meist nachträglich als Begleitfibromyalgien rheumatisch-entzündlicher Erkrankungen.

Tri- und tetrazyklische Antidepressiva sind etablierte Medikamente zur Behandlung der Fibromyalgie. Sie helfen etwa einem Drittel der Patientinnen und Patienten über begrenzte Zeiträume. Serotoninrezeptorantagonisten werden von uns z.Zt. klinisch getestet.

Der Wert psychotherapeutischer Massnahmen ist noch unklar. Er ist sicher am höchsten, wenn es gelingt, Konfliktsituationen zu entschärfen, bevor das Krankheitsbild vollständig chronifiziert ist.

## Physikalische Therapie

Auch hier zeigen sich deutliche Erfolgsunterschiede bei verschiedenen Patientengruppen, ohne dass bisher klar ist, worin sich dies begründet. So sprechen etwa 60% der Patienten zumindest temporär auf eine kurzfristige Ganzkörperkältetherapie (-100°C), 40% hingegen auf Wärme an. Für die aktive physikalische Behandlung (Konditionstraining, Dehnungsübungen etc.) liegen keine Zahlen vor. Wir wissen jedoch aus Erfahrung, dass körperlich zuvor aktive Personen viel eher auf die aktive Krankengymnastik ansprechen als solche, für die Sport ein Fremdwort ist.

## Operationen schaden eher

Operationen (häufig aufgrund lokaler Schmerzzustände) sind nur bei strengster Indikationsstellung angebracht. In der Regel ist keine Verbesserung, sondern häufiger eine Verschlechterung der Schmerzzustände zu konstatieren.

## **Literatur**

1. Turck DC et al., J Rheumatol 23: 1255-1262, 1996
2. Müller W (Hrsg): Generalisierte Tendomyopathie (Fibromyalgie). Steinkopff Verlag Darmstadt, 1991
3. Rachlin ES (ed): Myofascial pain and fibromyalgia. Mosby St. Louis, 1994
4. Wolfe F et al., Arthritis Rheum 33:160-172, 1990