

>> Fibromyalgie

Wie oft diagnostizieren Sie eine Fibromyalgie?

Eine kleine Umfrage im Kollegenkreis¹ ergab ein sehr heterogenes Bild: Der eine Praktiker sieht drei Neuerkrankungen im Jahr, der andere gar keine. Der Internist gesteht, er diagnostiziere Fibromyalgie fallweise als „Verlegenheitsdiagnose“; die Neurologin ist fest davon überzeugt, dass es ein „schwachsinniges Konstrukt“ sei. Auch der befragte Rheumatologe hat Zweifel, ob es die Krankheit wirklich gibt, wenn, dann nennt er sie lieber „myofaszielles Syndrom“.

Gibt es die Fibromyalgie also?

In der Geschichte der Medizin haben sich zahlreiche Diagnosen später als nicht haltbar herausgestellt. **„Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, so dass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können“**, meint das Themenheft „Fibromyalgiesyndrom – Eine interdisziplinäre S3-Leitlinie. Hintergründe und Ziele – Methodenreport – Klassifikation – Pathophysiologie – Behandlungsgrundsätze und verschiedene Therapieverfahren“ (Der Schmerz 2012; 26:).

Menschen mit chronischen Schmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit sind seit biblischen Zeiten beschrieben. Bekannte Persönlichkeiten sind z. B. Florence Nightingale und Charles Darwin. Der Begriff Fibromyalgie (engl.: Fibromyalgia) wurde erstmals 1976 von Hench² gebraucht.

Inzwischen hat sich die Bezeichnung „Fibromyalgie-Syndrom“ durchgesetzt. Von Syndromen wird häufig dann gesprochen, wenn es sich um zumindest in gewisser Hinsicht einheitliche und in vergleichbaren Fällen ähnliche Krankheitszeichen handelt. Das FMS wird in Leitlinien als funktionelles somatisches Syndrom klassifiziert. Funktionelle somatische Syndrome sind durch einen typischen klinischen Komplex körperlicher Symptome, eine definierte Zeitdauer und durch das Fehlen eines die Symptome ursächlich erklärenden somatischen Krankheitsfaktors (z. B. strukturelle Gewebsschädigung, biochemische Störung, spezifische Laborbefunde) definiert.

Das Fibromyalgie-Syndrom ist eine Sonderform der somatoformen Schmerzstörung. Als Nachlese des letzten Kurstages „Akademische Lehrpraxis“ haben wir die interdisziplinäre S3-Leitlinie zum Thema Chronic Widespread Pain (CWP) und FMS zusammengefasst. Nicht ohne zuvor noch einen Artikel der ZFA³ zu Entwicklung und Qualität dieser Leitlinie, an der auch die DEGAM mitwirkte, zu zitieren: „Eine Leitlinie, die sich einem Krankheitsbild (FMS) widmet, für das es keine einheitliche und verbindliche Definition gibt, objektive Diagnosekriterien nicht vorliegen und es keine oder unterschiedliche und unverbindbare ätiologische Vorstellungen nur gibt, muss einen hohen Grad von Unpraktikabilität im Alltag der Versorgung behalten. Auch dürfte bei einer breiten Implementierung der Leitlinie es zu einer Ausweitung der als krank definierten Bevölkerung führen (Disease-Mongering) – zumal Public Health und sozialmedizinischer Dienst in der Gruppe nicht vertreten waren.“

Chronic Widespread Pain (CWP) und Fibromyalgie-Syndrom (FMS)⁴

11 % der Menschen leiden an chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen ohne spezifische körperliche Krankheitsursachen. Bei geringer körperlicher und keiner seelischen Symptombelastung wird dies als Chronic Widespread Pain (CWP) bezeichnet.

Das Fibromyalgie-Syndrom ist durch chronische Schmerzen (CWP) und belastende seelische Symptome gekennzeichnet. 2–3 % der Frauen und 1 % der Männer leiden daran. In klinischen Einrichtungen liegt das Verhältnis von Frauen zu Männern bei 8–12:1.

1 Gugel B: Diagnose FMS, Referat Universitätskurs „Akademische Lehrpraxis“, Juni 2016

2 Hench PK, Mitler MM (1986): Fibromyalgia. 1. Review of a common rheumatologic syndrome. Postgrad Med 15; 80(7): 47-56

3 Herrmann M, Klement A: Grenzen der Umsetzbarkeit von Evidenz in Leitlinien – Analyse am Beispiel der interdisziplinären S3-Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom. Z Allg Med 2008; 84(10): 436-443

4 Themenheft „Fibromyalgiesyndrom – Eine interdisziplinäre S3-Leitlinie. Hintergründe und Ziele – Methodenreport – Klassifikation – Pathophysiologie – Behandlungsgrundsätze und verschiedene Therapieverfahren. Schmerz 2012; 26:

Diagnosestellung CWP

› 3 Monate bestehende Schmerzen in:

- Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule)
- rechte Körperhälfte und linke Körperhälfte und
- oberhalb der Taille und unterhalb der Taille⁵

Es gibt noch andere Erkrankungen, die Schmerzen in mehreren Körperregionen verursachen, z. B. entzündlich rheumatische Erkrankung und diffuse Knochenmetastasen – diese werden bei der Diagnosestellung durch eine Basisuntersuchung ausgeschlossen.

Fibromyalgie-Syndrom (FMS)

Definition

Das FMS ist kein entzündlich rheumatisches Krankheitsbild der Weichteile, sondern ein funktionelles somatisches Krankheitsbild.

Kernsymptome des FMS

Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen

Schlafstörungen bzw. nicht-erholsamer Schlaf und Müdigkeit

Erschöpfungsneigung (körperlich und/oder geistig)

Die deutsche FMS-Leitlinie nennt noch Schwellungsgefühl in Händen oder Füßen oder Gesicht als diagnostisches Kriterium.

Mehr als 97 % der Betroffenen geben zudem eines oder mehrere folgender Symptome an: Muskelschmerzen wechselnder Lokalisation, Rückenschmerzen, Müdigkeit, Gelenkschmerzen wechselnder Lokalisation, Gefühl, schlecht geschlafen zu haben, Morgensteifigkeit, Zerschlagenheit am Morgen, Konzentrationsschwäche, Antriebsschwäche, geringe Leistungsfähigkeit und Vergesslichkeit⁶.

Das Fibromyalgie-Syndrom wird oft von anderen somatoformen Krankheiten, wie Reizdarm und funktioneller Dyspepsie, begleitet⁷.

Diagnosestellung Fibromyalgie-Syndrom

Die klinische Diagnose beruht auf der Anamnese des typischen Symptomkomplexes, klinischer Untersuchung und dem Ausschluss körperlicher Erkrankungen, welche diesen Beschwerden ausreichend erklären könnten.

Basislabor

- Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (zum Ausschluss von Polymyalgia rheumatica, rheumatoider Arthritis)
- Kreatinkinase (z. B. Muskelerkrankungen)
- Kalzium (z. B. Hyperkalzämie)
- Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH) basal (zum Ausschluss von Schilddrüsenunterfunktion)

Unterscheidung von anderen Ursachen

Muskel- und Gelenkschmerzen in mehreren Körperregionen ohne Nachweis einer Nerven- oder Muskelerkrankung können durch zahlreiche Arzneimittel hervorgerufen werden. Von der Verschreibungshäufigkeit führend sind **Statine**: 10–15 % der Patienten unter einer Statintherapie entwickeln Myalgien unterschiedlicher Schweregrade mit und ohne CK-Erhöhung. Gelenks- und Muskelschmerzen sind Nebenwirkungen von Aromatasehemmern und Interferonen.

⁵ Schmerzen in mehreren Körperregionen können auch durch die Angabe von mindestens 7 von 19 vorgegebenen Schmerzorten im Widespread Pain Index WPI (deutsch: regionale Schmerzskala) erfasst werden, ist aber nicht mehr Teil der Definition. Die Verwendung der Tender Point-Untersuchung zur klinischen Diagnose wurde wegen ihrer mangelnden Akzeptanz durch Nicht-Rheumatologen, unzureichender Objektivität der Durchführung, fehlenden Daten zur Reliabilität außerhalb des rheumatologischen Settings sowie mangelnder Validität kritisiert (Männern werden dabei unterdiagnostiziert, es finden sich seltener schmerzhafte Tender-Points).

⁶ Alle Angehörige einer deutschen FMS-Selbsthilfeorganisation berichteten in einem selbstentwickelten Symptomfragebogen diese als Hauptsymptome angeführten körperlichen und seelischen Beschwerden.

⁷ Bachler H, Fischer C. „Leitfaden Allgemeinmedizin“ 2016, S. 157

Weiterführende apparative Diagnostik

Bei typischem Beschwerdekomples und fehlendem klinischen Hinweis auf internistische, orthopädische oder neurologische Erkrankungen (Anamnese und klinische Untersuchung ohne Hinweis auf andere Erkrankungen als Ursachen von Schmerzen und Müdigkeit, unauffälliges Basislabor) wird empfohlen, keine weitere technische Diagnostik (weiterführendes Labor, Neurophysiologie, Bildgebung) durchzuführen (Starker Konsens).

Screening auf seelische Symptombelastung

Im Falle der Erstevaluation eines chronischen Schmerzes in mehreren Körperregionen wird ein Screening auf vermehrte seelische Symptombelastung (Angst und Depression) empfohlen, z. B. mit dem Gesundheitsfragebogen PHQ-4.

„Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?“

	<i>überhaupt nicht</i>	<i>an einzelnen Tagen</i>	<i>an mehr als der Hälfte der Tage</i>	<i>beinahe jeden Tag</i>
01 Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
02 Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
03 Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
04 Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

Werte von ≥ 3 sind der Grenzwert für eine mögliche depressive Störung (Fragen 01–02) bzw. eine mögliche generalisierte Angststörung, Panikstörung oder posttraumatische Belastungsstörung (Fragen 03–04).

Ursachen des FMS

Genetische Faktoren sind wahrscheinlich, da das FMS familiär gehäuft vorkommt (Genpolymorphismen des 5HT₂-Rezeptors). Statistisch finden sich Zusammenhänge des FMS mit einer rheumatoiden Arthritis (RR für Frauen 4,5 [95% CI 3,6–5,5]; RR für Männer 6,1 [95% CI 4,2–8,8]) und mit einem systemischen Lupus erythematodes (RR für Frauen 5,8 [95% CI 4,2–8,0]).

Mobbing: Eine prospektive Beobachtungsstudie mit 4.791 Krankenhausmitarbeitern (4.250 Frauen, 541 Männer) fand einen Zusammenhang mit Mobbing am Arbeitsplatz [OR 4.1 (2.0–9.6)], geringem Handlungsspielraum und hoher Arbeitslast.

Psychische Faktoren: Körperliche Misshandlung und sexueller Missbrauch in Kindheit und Erwachsenenalter, Stress am Arbeitsplatz (s. Mobbing oben)

Krankheitsmechanismus

Man vermutet eine veränderte zentrale Schmerzverarbeitung im Gehirn durch eine Fehlfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse; liegt diese vor, tritt FMS mehr als 8x häufiger auf; OR 8.5 (1.5– 479).

Eine mangelnde Suppression im Dexamethason-Hemmttest geht 3,5x häufiger mit FMS einher (OR 3.53, 95 % CI 1.17–10.65).

Lernmechanismen führen zu einem „Schmerzgedächtnis“ und zur Chronifizierung des Fibromyalgie-Syndroms.

Es gibt keine Beweise für einen Zusammenhang zwischen dem FMS und

- Störungen des Schilddrüsenhormonsystems
- Störungen der weiblichen Sexualhormone
- Störungen des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems
- Vitamin-D-Mangel
- Infektionskrankheiten
- Unfällen
- Strukturellen Muskelveränderungen
- Kosmetischen Brustimplantaten

Therapie

Anmerkung: Das FMS ist schwer behandelbar, Kranke suchen oft viele Behandler auf und es werden ihnen die unterschiedlichsten Behandlungen verordnet, zum Teil auch Therapienformen, die entsprechend der beweisgestützten Medizin auf keinen Fall angewendet werden sollen. Zur Orientierung werden in diesem Abschnitt zu Beginn die empfohlenen Therapien angegeben, anschließend Behandlungen, die auf keinen Fall angewendet werden sollen, sowie jene, die nicht empfohlen werden und solche, für die es keine ausreichende Daten gibt.

Empfohlene Behandlungsformen

Patienten mit Fibromyalgie-Syndrom sollen über die Diagnose eines FMS und über empfohlene/nicht-empfohlene Therapiemaßnahmen informiert werden. Eine Information über die Ungefährlichkeit der Beschwerden soll erfolgen. Die Möglichkeiten des Patienten, durch eigene Aktivitäten die Beschwerden zu lindern, soll betont werden. Aus Sicht der Betroffenen kann die diagnostische Etikettierung eines Beschwerdekompleses, der teilweise zu langwieriger und ergebnisloser ärztlicher Diagnostik und Therapie geführt hat, psychisch entlastend und Grundlage einer angemesseneren Behandlung sein. Eine kanadische Studie zeigte eine größere Zufriedenheit der Patienten mit ihrem Gesundheitszustand und eine geringere Angabe von Symptomen 18 Monate nach eingehender Aufklärung über die Diagnose FMS.

Behandlungsstufen nach Schweregrad

- Bei leichten Formen soll der Patient zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung ermutigt werden.
- Bei schweren Verläufen sollen mit dem Patienten körperbezogene Therapien, eine zeitliche befristete medikamentöse Therapie sowie multimodale Therapien⁸ besprochen werden.
- Patienten mit schweren Verläufen, die auf die genannten Maßnahmen nicht ausreichend ansprechen, sollen im Rahmen einer stationären Behandlung in einem dafür spezialisierten Krankenhaus eine multimodale Schmerztherapie von mindestens 100 Stunden und mindestens 25 Stunden psychosomatisch-psychotherapeutische Therapie erhalten.

Klinische Charakteristika leichter und schwerer Verlaufsformen des FMS⁹:

Kriterium	Leichter Verlauf	Schwerer Verlauf
Körperliche Beschwerden	Überwiegend muskuloskelettale Beschwerden	Zahlreiche Beschwerden (muskuloskelettale als auch andere Organsysteme)
Dauer körperliche Beschwerden	Rezidivierend, beschwerdefreie oder beschwerdearme Intervalle	Anhaltend, keine oder seltene beschwerdefreie oder -arme Intervalle
Seelische Beschwerden	Gering	Ausgeprägt
Subjektive Krankheitsannahmen	Angemessen (z. B. Abhängigkeit von Stress oder Temperatur)	Unangemessen (z. B. anhaltende Ängste vor schwerwiegender Krankheit trotz erfolgter Ausschlussdiagnostik)
Subjektive Beeinträchtigung (Beruf, Familie, Freizeit)	Fehlend oder gering	Hoch
Inanspruchnahme medizinischer Leistungen	Gering	Hoch (doctor hopping)
Psychosoziale Belastung	Wenige bzw. leichtgradige Stressoren (Familie, Beruf)	Zahlreiche und/oder schwerwiegende Stressoren (Familie, Beruf)
Behandler-Patient-Beziehung	Kooperativ	„Schwierig“, frustrierend

Körperliche Aktivierung

Ausdauertraining mit geringer bis mittlerer Intensität zeigt gute Wirksamkeit, wird leider nur von 3/4 der Erkrankten angenommen (z. B. schnelles Spazierengehen, Walking, Fahrradfahren bzw. Ergometertraining, Tanzen, Schwimmen); soll dauerhaft

⁸ „multimodal“ = mindestens ein körperlich aktivierendes Verfahren mit mindestens einem psychotherapeutischen Verfahren

⁹ fließende Übergänge, keine zwingenden Kriterien, modifiziert nach AWMF-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“

2–3x pro Woche über mindestens 30 Minuten durchgeführt werden. Dabei soll die Herzfrequenz 50–85 % der maximalen Herzfrequenz erreichen. (max. HF = 220 minus Lebensalter; +/- 10). Eine längerfristige (> 3 Monate) Wirksamkeit bei Nachuntersuchungen konnte in Studien festgestellt werden, in denen die Patienten das Ausdauertraining regelmäßig fortführten.

Krafttraining (leichte bis mittelstarke Intensität) zeigt in Untersuchungen nur eine mäßige Wirksamkeit.

Thermalbäder werden von 95 % der Untersuchten geschätzt, zeigen aber nur geringe Wirkung.

Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga) werden von der deutschen LL empfohlen.¹⁰

Psychotherapie

Eine psychotherapeutische Behandlung des FMS wird bei folgenden Situationen empfohlen:

- **Katastrophisieren**
- **Unangemessenes körperliches Vermeidungsverhalten**
- **Dysfunktionale Durchhaltestrategien**
- **Verstärkung der Beschwerden durch Alltagsstress und/oder interpersonelle Probleme**
- **Zugleich bestehende psychische Erkrankungen (Depression ...)**

Empfohlen: kognitive Verhaltenstherapie oder Entspannungstraining (nicht als alleinige Maßnahme, sondern in Kombination mit körperlicher Aktivierung = multimodale Therapie, s. nächster Absatz)

Multimodale Therapie

Multimodale Therapien sind bei schweren Verlaufsformen notwendig und bestehen aus gleichzeitiger Anwendung eines Psychotherapie-Verfahrens und körperlicher Aktivierung. Multimodale Therapie war in Studien hochwirksam. Analysen zeigten einen eindeutigen Effekt auf Schmerz, Müdigkeit und Lebensqualität, aber erst bei Therapieprogrammen > 24 Stunden Dauer (höchste Therapiedauer der analysierten Studien: 64 Stunden). Die Akzeptanz war mäßig (Abbruchrate 107/712=12 %), unterschied sich aber nicht von Kontrollen. Die Therapiedauer multimodaler Schmerztherapie soll daher bei mindestens 24 Stunden liegen. Ergänzend sollte je nach Schweregrad zeitgleich eine medikamentöse Behandlung erwogen werden.

Medikamentöse Therapie

- Medikamentöse Behandlung soll nur bei schweren Verläufen eingesetzt werden.
- Medikamente sollten nur eingesetzt werden, wenn sie tatsächlich die Beschwerden lindern, sonst sollen sie sofort wieder abgesetzt werden.
- Ausschließlich medikamentös behandelte Patienten – ohne gleichzeitige körperliche Aktivierung – haben die schlechtesten Aussichten auf ein erträgliches Leben!
- Medikamente wirken nur bei einem Teil der Patienten und haben auch bei diesen nur eine begrenzte Wirksamkeit.
- Die Dauer der medikamentösen Behandlung sollte 6 Monate auf keinen Fall übersteigen; keine der genannten Substanzen wurde länger als 9 Monate klinisch geprüft, es besteht ein erhebliches Abhängigkeitsrisiko!
- Überdies verliert sich der Effekt dieser Medikamente nach einigen Monaten (Tachyphylaxie), durch 2–4 Wochen „drug holiday“ lässt er sich jedoch zurückgewinnen, mit dieser Strategie reduziert sich auch das Abhängigkeitsrisiko.

Das Medikament der 1. Wahl ist **Amitriptylin** 10–25 mg einmalig abends. Amitriptylin ist zwar nicht zur Therapie des FMS, aber zur Therapie chronischer Schmerzen im Rahmen eines Gesamttherapiekonzeptes zugelassen. Amitriptylin allein – ohne gleichzeitige körperliche Aktivierung – wirkt nur gering schmerzlindernd¹¹, verbessert aber die Schlafqualität.

In der Cochrane Library findet sich zu **Gabapentin**: „Gabapentin hilft manchen Menschen, die an chronischen neuropathischen Schmerzen oder Fibromyalgie leiden. Es ist aber nicht möglich, vorherzusagen, bei wem das Medikament helfen wird und bei wem nicht. Um das herauszufinden, sollte nach heutigem Kenntnisstand am besten ein kurzer Therapieversuch durchgeführt werden.“ Mit Gabapentin müssen 6 von 10 Personen mit Nebenwirkungen rechnen.¹²

Stationäre Behandlung

Die Behandlung des FMS erfolgt in der Regel ambulant. Patienten mit schweren Verläufen, die auf die genannten Maßnahmen

¹⁰ Die Qualität der Evidenz war mäßig. Die Wirksamkeit war mäßig. Körperbezogene Therapien waren Kontrollgruppen in der Reduktion von Schmerz, Müdigkeit und Schlafstörungen am Therapieende

Überlegen, Sie sind im multimodalen Programm einiger stationärer Einrichtungen enthalten und werden von Volkshochschulen angeboten.

¹¹ Vgl. dazu auch Cochrane Database of Systematic Reviews, Moore RA et al. Amitriptyline for fibromyalgia in adults, Juli 2015: „Die wichtigste Botschaft besteht darin, dass Amitriptylin bei einigen Patienten mit Fibromyalgie vermutlich eine sehr gute schmerzstillende Wirkung hat, dies betrifft jedoch nur einen Bruchteil; bei den meisten Menschen ist Amitriptylin nicht wirksam.“

¹² Moore RA et al. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD007938

nicht ausreichend ansprechen, sollen nicht sinnlosen weiteren Therapieversuchen ausgesetzt werden; Lernmechanismen führen zu einem „Schmerzgedächtnis“ und führen zur Chronifizierung des Fibromyalgie-Syndroms. Diese Patienten sollen deshalb so bald als möglich in einem spezialisierten Krankenhaus eine multimodale Schmerztherapie von mindestens 100 Stunden körperlicher Aktivierung und mindestens 25 Stunden psychosomatisch-psychotherapeutischer Therapie erhalten.

Behandlungen, die auf keinen Fall angewendet werden sollen

- **Kortikosteroide**
- **Morphiumpräparate**, wie Buprenorphin, Fentanyl, Hydromorphon, Oxycodon – sie bewirken keine Reduktion von Schmerz, alle Patienten gaben Nebenwirkungen an (Verwirrtheit, Übelkeit, Erbrechen)
- **Schlaf und Beruhigungsmittel**
- **Neuroleptika**
- **Mittel gegen Restless Legs**, z. B. Pramiprexol
- **Antidepressiva vom Typ SSRI**
- **Massage soll nicht verwendet werden**
- **Mikrochirurgische Lösung der „Verklebungen“** nach Bauer, Begründung der LL: „Bewahrung des Patienten vor körperlichem und finanziellem Schaden“

Behandlungen, die nicht empfohlen werden

- **Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)**: Diclofenac, Naproxen, Ibuprofen – eine Wirksamkeit zur Schmerzreduktion konnte nicht nachgewiesen werden, Flupirtin, Milnacipran (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)
- **Monoaminooxidasehemmer, Muskelrelaxantien**: Cyclobenzaprin, Chlormezanon
- **Homöopathie**, die Qualität der Evidenz war mäßig, es ergaben sich keine konsistenten Hinweise für die Wirksamkeit; **Kältekammertherapie, chiropraktische Therapie, TENS, hyperbare Sauerstofftherapie, Lasertherapie, transkranielle Magnetstimulation, therapeutisches Schreiben, Nahrungsergänzungsprodukte**
- **Reiki, Cannabinoide**: Die Wirksamkeit war gering. In einer Cross-over-Studie wurden 32 Patienten je 2 Wochen mit 0,5 mg Nabilon oder 10 mg Amitriptylin behandelt. Nabilon war Amitriptylin in der Verbesserung der Schlafqualität signifikant überlegen. In einer 4-wöchigen RCT erhielten 20 Patienten Nabilon 0,5 auf 1 mg/d und 20 Patienten Placebo. Nach 4 Wochen war Nabilon Placebo in der Schmerzreduktion und der Verbesserung der Lebensqualität überlegen. Häufige Nebenwirkungen waren Schwindel (47 % Nabilon, 6 % Placebo) bzw. Benommenheit (35 % Nabilon, 14 % AMT) und Übelkeit (31 % Nabilon, 14 % AMT). Missbräuchliche Verwendung von Nabilon ist sehr selten. Nabilon ist weder zur Therapie des FMS, noch zur Therapie häufiger komorbider seelischer Störungen zugelassen.

Behandlungen, die für die es keine ausreichenden Daten gibt und für die daher weder dafür, noch dagegen eine Empfehlung abgegeben werden kann

- | | |
|--|--------------------------------|
| • Physiotherapie | • Tramadol |
| • Duloxetine | • ASS |
| • Pregabalin | • Paracetamol (Mexalen) |
| • Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer | • Metamizol (Novalgin) |

Physiotherapie (Krankengymnastik) besteht aus einer Kombination aktiver und passiver Maßnahmen. *Anmerkung:* Für körperliche Aktivierung durch Ausdauertraining oder Krankengymnastik in Gruppen unter physiotherapeutischer Anleitung gibt es einen Nachweis der Wirksamkeit, dieser existiert für klassische Physiotherapie als Kombination von aktiven und passiven Bewegungen jedoch nicht! Bemerkenswert ist auch die Unterlegenheit von Physiotherapie zur Schmerzlinderung im Vergleich zur Behandlung mit einem Antidepressivum.

- **Stretching, kraniosakrale Therapie, manuelle Lymphdrainage, hydrogalvanische (Stanger) Bäder, Akupunktur, Ganzkörperwärmetherapie mit wassergefilterter Infrarot-A-Strahlung, EMG-Biofeedback, EEG-Biofeedback, Hypnose, vegetarische Ernährung, Eliminationsdiät, Heilfasten, Melatonin, kognitive Verhaltenstherapie alleine (ohne körperliches Training)**

Bei fehlender Datenlage ist weder eine positive, noch eine negative Empfehlung zu Psychotherapieverfahren, wie **Gesprächstherapie nach Rogers, Paar- und Familientherapie, humanistische Therapien, systemische Therapie, tiefenpsychologische, psychodynamische bzw. interpersonelle Therapie** möglich.

Achtsamkeitsbasierte Stressreduktion sollte als **Monotherapie** nicht eingesetzt werden; MBSR ist im multimodalen Programm einiger stationärer Einrichtungen enthalten.

Die interdisziplinäre S3-Leitlinie FMS 2012 nennt weiters **Duloxetin**¹³ und **Pregabalin**¹⁴ nur bei Kontraindikationen oder Unverträglichkeit von Amitriptylin; da das Mittel der 1. Wahl nur eine geringe Schmerzlinderung bewirkt, wollen Erkrankte diese Mittel auch versuchen. Duloxetin ist nicht zur Therapie des FMS, jedoch zur Therapie von depressiven Störungen und generalisierter Angststörung zugelassen.

Tramadol: Zu schwachen Opioiden ist aufgrund der eingeschränkten Studienlage (Tramadol) bzw. fehlenden Studienlage (andere schwache Opiode) weder eine positive, noch negative Empfehlung möglich.

© TGAM 2016

13 Duloxetin ist ein Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer. Im Vergleich zu NSMRI nicht effektiver, aber wesentlich teurer. Relativ häufig NW: wegen kardiovaskulärer Probleme für Venlafaxin Anwendungsbeschränkungen empfohlen, häufig Blutdruckanstieg, Pulsanstieg, EKG-Veränderungen bei 1 %, Hyponatriämie, insbesondere in Kombination mit Diuretika, Aggressivität, Auslösung einer manischen Phase bei unipolarer Depression, neben Paroxetin besonders häufig (30 %) Entzugssymptome nach Absetzen, schwere Symptome bei 12 % (sog. Absetzsyndrom), bei suizidaler Überdosierung traten in 14 % Krampfanfälle auf, kann möglicherweise RLS auslösen. Bei Jugendlichen traten vermehrt Feindseligkeit, Wut und suizidales Verhalten auf.

14 Ein Vorteil gegenüber Amitriptylin ist nicht belegt, direkte Vergleiche fehlen. Im Januar 2011 berichtete die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) über Abhängigkeit von Pregabalin. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte überblickt (Stand Juli 2012) 202 Verdachtsberichte zu Abhängigkeit, Missbrauch oder Entzugerscheinungen unter Pregabalin aus der BRD sowie 379 aus dem Ausland. Das arznei-telegramm (8/2012) meldet Krampfanfälle nach dem Absetzen, die Europäische Arzneimittelbehörde EMA überblickt in Verbindung mit Pregabalin mindestens 31 Verdachtsberichte über Hepatitis sowie wenigstens 17 über Lebersversagen (Stand 2/2014).



Dieser Newsletter wurde erstellt mit freundlicher Unterstützung
durch das Hotel **Ramada Innsbruck Tivoli**
... Ihr Hotel im Herzen der Alpen, die beste Adresse für Geschäfts- und Städtereisende!

