

Fibromyalgie

Therapeutische Optionen

JOURNAL OF THE AMERICAN
MEDICAL ASSOCIATION

Das Fibromyalgie-Syndrom ist gekennzeichnet durch generalisierte Schmerzen der Muskulatur, des Bindegewebes und der Sehnen. In einem Review haben amerikanische Autoren Daten gesammelt, die eine grobe Beurteilung der Wirksamkeit verschiedener Behandlungen erlauben.

Nach einer amerikanischen Studie zu urteilen sollen etwa 2 Prozent der Bevölkerung am Fibromyalgie-Syndrom (FMS) leiden. Frauen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Männer (Verhältnis 9:1). Zu den Leitbefunden dieser immer noch etwas rätselhaften Erkrankung gehören Myalgien, die sich bis hin zu einem «Ganzkörperschmerz» auswachsen können, daneben ein Steifigkeitsgefühl und oft Abgeschlagenheit. Pathognomonisch sind druckschmerzhafte Sehnenansatzpunkte, die sogenannten «tender points». Nach einer Übereinkunft müssen 11 von 18 definierten tender-points druckschmerzhaft sein (*Abbildung auf der folgenden Seite*), um die Diagnose eines FMS stellen zu können.

Ursache unbekannt

Bis heute ist es nicht gelungen, die Ursache(n) der Erkrankung ausfindig zu machen oder dem Beschwerdebild ein eindeutiges pathophysiologisches Korrelat zuzuordnen. Sicher ist allerdings, dass es sich beim FMS nicht um eine entzündliche Erkrankung handelt. Etliche Forscher gehen davon aus, dass die Schmerzen nicht muskulären Ursprungs sind, sondern der Defekt im Nervensystem zu suchen ist. Auffällig ist, dass viele FMS-Patientinnen daneben weitere Störungen oder Erkrankungen aufweisen, wie etwa chronisches Müdigkeits-Syndrom, Reizdarm, Angst oder Polymyalgia rheumatica. Man nimmt deshalb an, dass neuroendokrine oder Stressreaktionsveränderungen eine Rolle im Krankheitsgeschehen spielen. Unabweisbar spielen psychosoziale Faktoren eine erhebliche Bedeutung im Krankheits-erleben der Betroffenen.

Schwierige Behandlung

Eine spezifische Behandlung des FMS gibt es nicht, allerdings lassen sich die Beschwerden durchaus lindern. Die Erkrankung selbst ist damit oft aber nicht vollständig zu besiegen. Die Erfahrungen zeigen, dass rund zwei Drittel der Patienten nach 10 bis 15 Jahren immer noch erkrankt sind, etwa ein Drittel weist das Vollbild nicht mehr auf, ist jedoch nicht ganz schmerzfrei.

Therapeutisch stehen eine Reihe von medikamentösen und nichtpharmakologischen Massnahmen zur Verfügung, die sich mehr oder weniger gut bewährt haben und in einem individuellen Behandlungskonzept zum Einsatz kommen können. Die JAMA-Autorengruppe hat nun systematisch Studien zusammenge-

Merksätze

- Das Fibromyalgie-Syndrom lässt sich anhand der Anamnese und körperlichem Befund stellen. Wegweisend sind druckschmerzhafte Sehnenansatzpunkte.
- Das Behandlungskonzept beinhaltet in erster Linie Medikamente, Bewegung und Verhaltenstherapie.

tragen, um wenigstens Anhaltspunkte für eine evidenzbasierte Therapie geben zu können. Allerdings stiess das Unterfangen auf Probleme, da für viele Einzeltherapien die Studienlage nicht befriedigend ist, etwa aufgrund recht kurzer Nachbeobachtungszeiten.

Immerhin fanden die Autoren eine starke Evidenz für den Nutzen einer eingehenden Patientenedukation, zu der die Erklärung der Krankheit im persönlichen Gespräch, in Gruppensitzungen mit Betroffenen und die Aushändigung von Informationsmaterialien gehört. Für einzelne Betroffene dürfte es eine gewisse beruhigende Wirkung haben, dass die Erkrankung keine organischen Schädigungen der Gelenke, Muskeln und Sehnen hervorruft. Bei neu diagnostiziertem FMS ist es zudem wichtig, auf die oben genannten Komorbiditäten zu achten und diese in das Behandlungskonzept einzubeziehen (z.B. Schlafstörungen).

In einem zweiten Schritt, empfehlen die Autoren, sollte ein medikamentöser Therapieversuch mit einem niedrig dosierten trizyklischen Antidepressivum, etwa

Fibromyalgie

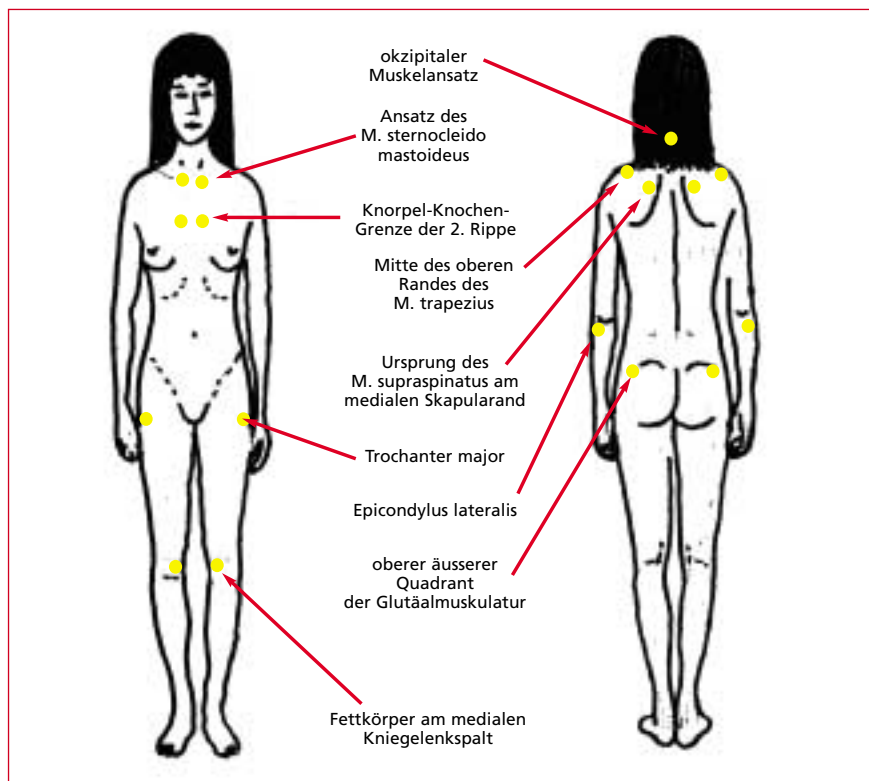


Abbildung: 11 der 18 «Tender-points» müssen druckschmerzhaft sein, um die FMS-Diagnose zu stellen

Amitriptylin (z.B. Saroten®), gemacht werden. Das Trizyklikum sollte zur Nacht verabreicht werden, weil es nicht nur schmerzdistanzierend, sondern auch schlafanstossend wirkt. Man geht davon aus, dass mindestens jeder dritte Patient von dieser Behandlung profitiert.

Doch ist es mit Medikamenten allein nicht getan. Eine hohe Wirksamkeit ist von Bewegungsübungen und der kognitiven Verhaltenstherapie zu erwarten. Zum Bewegungsprogramm gehören Betätigungen wie Schwimmen, Aerobic und Spaziergänge; Jogging wird zumeist nicht empfohlen. Die Verhaltenstherapie vermag – anders als manche andere Massnahme – auch auf längere Sicht einen guten Beitrag zu leisten, die Schmerz zu verringern und die Funktionstüchtigkeit der Patienten zu steigern. Die Verhaltenstherapie kann mit den Fitnessübungen kombiniert werden, ist aber auch für sich wirksam.

Weitere, nichtmedikamentöse Therapieverfahren werden mit einer mittleren Wirksamkeitsevidenz beurteilt und kommen in der Praxis oft zur Anwendung.

Hierzu zählen Autogenes Training, die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen und die Gesprächstherapie. Physiotherapeutisch kommen Dehnübungen und Ganzkörper-Wärmetherapie (z.B. Infrarot-Wärmekabine), aber bei einem Teil auch die Kältetherapie in Betracht. Feuchte Kälte- und Wärmeanwendung lindern die Beschwerden hingegen nicht.

Wenn all diese Massnahmen nicht genügend Erfolg beschern, ist in einem dritten Schritt eine Überweisung an einen Spezialisten zu erwägen, etwa an einen Psychiater, Rheumatologen oder Schmerztherapeuten. Die Fachärzte werden dann auch einen Versuch mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) oder dem Analgetikum Tramadol (z.B. Dolotra-min®) in Betracht ziehen. Für SSRI ist die Datenlage noch etwas widersprüchlich, während Tramadol seine Wirksamkeit unter Beweis gestellt hat, wengleich hinter dem längerfristigen Nutzen und der Verträglichkeit noch ein Fragezeichen steht. In einer aktuellen Studie erwies sich Tramadol in Kombination mit Paracetamol

gegenüber Plazebo als eindeutig überlegen. Hingegen sind NSAR in Monotherapie weitgehend unwirksam, allenfalls in Kombination mit Trizyklika kann gelegentlich ein Versuch gerechtfertigt sein. Opiode sind nur dann zu erwägen, wenn alle anderen pharmakologischen und nichtpharakologischen Therapien erfolglos ausgeschöpft wurden.

Eine neue Option ist die Gabe der Antikonvulsiva Gabapentin (Neurontin®) oder Pregabalin, für das die Wirksamkeit in einer randomisierten Doppelblindstudie ermittelt wurde – in Hinsicht auf die Schmerzreduktion, aber auch bezüglich Schlaf- und Lebensqualität. Einen Behandlungsversuch wert sein kann im Einzelfall die Gabe des 5-HT₃-Antagonisten Tropisetron (z.B. Navoban®).

Neben den erwähnten gibt es eine Reihe weiterer pharmakologischer und nicht-pharmakologischer Massnahmen. Es gibt recht gute Hinweise auf eine Wirksamkeit von Biofeedback und Hypnose. Etwas schwächer wird der Nutzen der Akupunktur eingeschätzt, die womöglich besonders bei vorhandenen Verspannungen hilft. Eine Studie mit Elektroakupunktur, welche die Autoren als qualitativ hochwertig bezeichnen, fand Veränderungen in der Schmerzperzeption und Schlafqualität bei 70 Prozent der behandelten Patientinnen. Unter Sham-Akupunktur waren es nur 4 Prozent. Eine weitere Studie konnte das Ergebnis insofern nicht bestätigen, als traditionelle und Sham-Akupunktur ähnliche Effekte aufwiesen. Chiropraktische Eingriffe an der Wirbelsäule und Bindegewebsmassagen können ebenfalls hilfreich sein, was auch für bestimmte Bäder zu gelten scheint. ●

Don L. Goldenberg: *Management of fibromyalgia syndrome. JAMA 2004; 292: 2388–2395.*

Uwe Beise

Interessenlage: Diese Arbeit wurde von der American Pain Society unterstützt.