

# Das Fibromyalgie - Syndrom

Oktober 2007

Letzte Aktualisierung Februar 2008

Das Fibromyalgie &ndash; Syndrom  
Aus der Sicht von

Priv. Doz. Dr. med. Rolf Haaker

Chefarzt Orthopädische Klinik

St. Vincenz Hospital in Brakel

(Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster

im Lehrkrankenhaus-Verbund Paderborn)

Unter dem Fibromyalgiesyndrom versteht man eine generalisierte Erkrankung mit polytopen Insertions-Tendomyopathien, die eine symmetrische Verteilung am Bewegungsapparat aufweisen. Zu deutsch handelt es sich um eine polytope Schmerzhaftigkeit des Bewegungsapparates, vorzugsweise im Bereich der Sehnenansätze sowie der dazugehörigen Muskulatur, im Zusammenhang mit multiplen vegetativen funktionellen Störungen sowie teilweise psychischen Auffälligkeiten. Das klinische Substrat der Muskelschmerzen liegt in einer erniedrigten Schmerzschwelle (erhöhte Druckschmerzhaftigkeit, sekundäre vermehrte Schmerzhaftigkeit), überprüfbar an einer Vielzahl anatomisch definierter Schmerzpunkte (&bdquo;Tender-Points&ldquo;).

Zur Entwicklung und Entstehung des Krankheitsbildes ist folgendes Bekannt:

Die wichtigsten, wenn auch sicherlich noch nicht komplette pathogenetischen Faktoren für das Zustandekommen eines Fibromyalgiesyndroms (FMS) leiten sich aus neueren biochemischen Untersuchungen von Serum und Liquor, ersten Ergebnissen moderner bildgebender Verfahren (Phosphor-<sup>31</sup>P-Kernspin, -Spektroskopie, Positronen Emissionstomographie) sowie Muskelbiopsieuntersuchungen ab, wenn gleich endgültige und damit unbestrittene Daten zur Ätiologie der FMS noch ausstehen, besteht patho-biochemisch kaum mehr Zweifel an einer Erniedrigung von Tryptophan und Serotonin im Serum (Neeck und Riedel 1994, Russell 1989, Russell & Mitarbeiter 1992, Stratz & Mitarbeiter 1993).

Zusätzlich kann eine Erhöhung der Substanz P im Liquor nachgewiesen werden (Mainberg & Yaksh 1992, Vaeroy & Mitarbeiter 1988) sowie eine Dysregulation der Hypothalamus, Hypophysen-Nebennierenachse im Sinne einer chronischen neuroendokrinen Stressreaktion (Kroffort & Mitarbeiter 1996, Neeck & Riedel 1994).

In ersten Resultaten bildgebender Untersuchungen ließen sich in der Phosphorkernspin-Spektroskopie eine relativ und spezifische leichte Erhöhung des anorganischen Phosphates und eine Erniedrigung von Phosphorkreatin bei reduziertem Gewebs-PH nachweisen. In der positronen Emissionstomographie zeigte sich eine leicht reduzierte Glukoseaufnahme des Muskels. Morphologisch fanden sich insbesondere in länger dauernden Krankheitsstadien mit konventionellen muskelbiopsischen Methoden überwiegend unspezifische Befunde wie eine Typ II-Faseratrophie, eine Mikroangiopathie und eine leichte (anpassungsbedingte) Neutralfett- sowie Mitochondrienerhöhung.

Zur Klassifikation der Erkrankung gibt es einerseits den Ansatz der sogenannten ACR-Klassifikation aus Wolfe & Mitarbeiter, Arthritis und Rheumatismen 33 1990, hier ist die Krankheitswahrscheinlichkeit gegeben, wenn in der Anamnese generalisierte Schmerzen angegeben werden. Zur Definition wird in dieser Klassifikation folgendes aufgeführt: Schmerzen mit der Lokalisation in der linken und rechten Körperhälfte, im Ober- und Unterkörper und im Bereich des Achsenskeletts (Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule und tiefsitzender Kreuzschmerz) werden als generalisiert bezeichnet. Bei dieser Definition wird der Schulter- und Beckengürtel als Schmerz der jeweiligen Körperhälfte betrachtet. Schmerzen an 11 von 18 definierten sogenannten Tenderpoints &bdquo;auf Fingdruck&ldquo;.

Definition:

Bei digitaler Palpation muss Schmerz in mindestens 11 von 18 der folgenden Tenderpoints (9 auf jeder Körperhälfte) vorhanden sein:

1. Ansätze der suboccipitalen Muskeln.
2. Querfortsätze der Halswirbelsäule C5 bis C6.

3. Muskulus trapezius (Mittelpunkt der Achse).
4. Muskulus supraspinatus.
5. Knochenknorpelgrenzwert II. Rippe.
6. Epicondylus lateralis (2 cm distal).
7. Regio glutealis lateralis (oberer äußerer Quadrant).
8. Trochanter major.
9. Fettpolster des Kniegelenks medial proximal der Gelenklinie.

Zur Bewertung der Klassifikation einer Fibromyalgie müssen beide Kriterien erfüllt sein. Der Nachweis einer weiteren klinischen Erkrankung darf die Diagnose einer Fibromyalgie nicht ausschließen. Darüber hinaus gibt es die diagnostischen Kriterien aus einer Publikation Müller, W. J. Lautenschläger, Zeitschrift für Rheumatologie Band 49 in 1990. Hier wird das Krankheitsbild beschrieben mit spontanen Schmerzen in der Muskulatur im Verlauf von Sehnen- und Sehnenansätzen mit typischer stammnaher Lokalisation, die über mindestens drei Monate in drei verschiedenen Regionen vorhanden sind.

- Druckschmerzhaftigkeit an mindestens der Hälfte der typischen Schmerzpunkte.
- Kontrollpunkte ohne solche Schmerzreaktionen.
- Begleitende vegetative und funktionelle Symptome inklusive Schlafstörungen.
- Psychopathologische Befunde (seelische und Verhaltensauffälligkeiten).
- Normale Befunde der gängigen Laboruntersuchungen.

Hier heißt es für die Diagnose der FMS, dass mindestens 3 der folgenden vegetativen Symptome und funktionellen Störungen nachweisbar sein sollen:

#### Vegetative Symptome

- kalte Akren (Hände)
- trockener Mund
- Hyperhidrose (Schweißneigung insbesondere im Bereich der Hände)
- Dermographismus (Rotfärbung der Haut nach Druckbelastung)
- Orthostatische Beschwerden (Lage und Lagewechsel abhängiger Schwindel)
- respiratorische Arrhythmie
- Tremor (insbesondere im Bereich der Hände)

#### Funktionelle Störungen

- Schlafstörungen
- gastrointestinale Beschwerden (Verstopfung, Durchfall)
- Globusgefühl
- Funktionelle Atembeschwerden
- Missempfindungen
- Funktionelle cardiale Beschwerden
- Harnhaltestörungen
- Schmerzen bei der Menstruation

Eine Abgrenzung von entzündlichen rheumatischen Systemerkrankungen erfolgt am ehesten durch die bekannten Serumparameter wie BSG, c-reaktives Protein und die HLA-Antigene insbesondere das HLA B 27-Antigen (hinweisend für Bechterew, Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn).

Zur Therapie des Fibromyalgie-Syndroms etablieren sich lediglich drei Substanzen in einigen Studie, die ihre Wirksamkeit bei einem Teil der FMS-Patienten zeigen konnten. Hier handelt es sich um Analgetika, Muskelrelaxantien und trizyklischen Antidepressiva. Ein guter Erfolg wurde darüber hinaus durch Behandlung in der Kältekammer erzielt.

Im Unterschied zu systemisch entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates führen Fibromyalgie-Syndrome meist nicht zu lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbs-unfähigkeit, sondern haben eine positive Prognose und sollten zu keiner überschießenden therapeutischen Reaktion Anlass geben.

Neben einer Reduktion der multilokulären Schmerzen wird die Linderung der häufigen Begleitphänomene im Rahmen eines Reizdarmsyndroms, eines Restless-Leg-Syndroms in Zusammenhang mit Kopfschmerzen vom Spannungstyp, Migräne, Schlafstörungen, Depressionen und Ängsten angestrebt.

Dabei kommt bedauerlicherweise erschwerend die mangelnde Akzeptanz der Krankheit durch das soziale Umfeld hinzu.

(Chefarzt Priv. Doz. Dr. med. Rolf Haaker)