Chronic Wide-spread Pain (CWP):
Fibromyalgiesyndrom - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

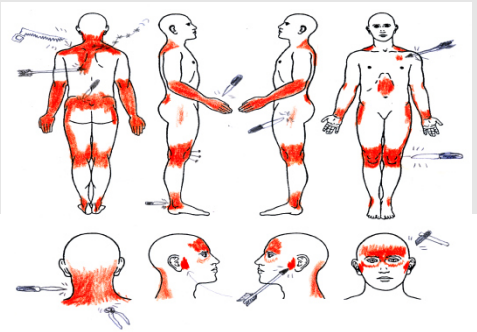
- Definition
- Symptome
- Diagnostik
- Therapie

AWMF-Register Nr.	041/004	Klasse:	S3

Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms

Diese **Kurzfassung** basiert auf der zitierbaren Langfassung (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/041-004.htm) der interdisziplinären Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“

R. Sittl



Universitätsklinikum Erlangen

Herr X: „Also alles Psycho oder was?“

Fibromyalgiesyndrom ?

Anhaltende Somatoforme Schmerzstörung ?

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ?

Dr. Y: „Jein!“

CWP – Unterschiedliche Diagnosen

1) Fibromyalgiesyndrom (ICD 10 M79.70)*

2) anhaltende somatoformen Schmerzstörung (F45.40) *

3) chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41)

*zum Teil überlappende, zum Teil unterschiedliche klinische Charakteristika von Personen mit chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen ohne spezifischen somatischen Krankheitsfaktor.

Das FMS kann mit depressiven Störungen assoziiert sein aber ist keine depressive Störung

Fibromyalgiesyndrom (CWP) ICD 10 M 79.0

Chronisch generalisierte Schmerzen im Bereich von Muskeln, Bändern, Knochen

in allen 4 Körperquadranten und WS

mindestens 3 Monate bestehend

klinisches Erscheinungsbild

(Druckschmerz an 11 von 18 festgelegten Druckpunkten, sog. Tenderpoints nicht notwendig)

fakultativ Zusatzbefunde wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Parästhesien, andere psychovegetative Symptome

Anamnese und Befunderhebung

- Ausfüllen einer Schmerzskizze oder der regionalen Schmerzskala durch den Patienten , Verwendung des WPI Index
- Gezielte Exploration weiterer Kernsymptome (Müdigkeit, Schlafstörungen)

- Vollständige medizinische Anamnese inkl. Medikamentenanamnese

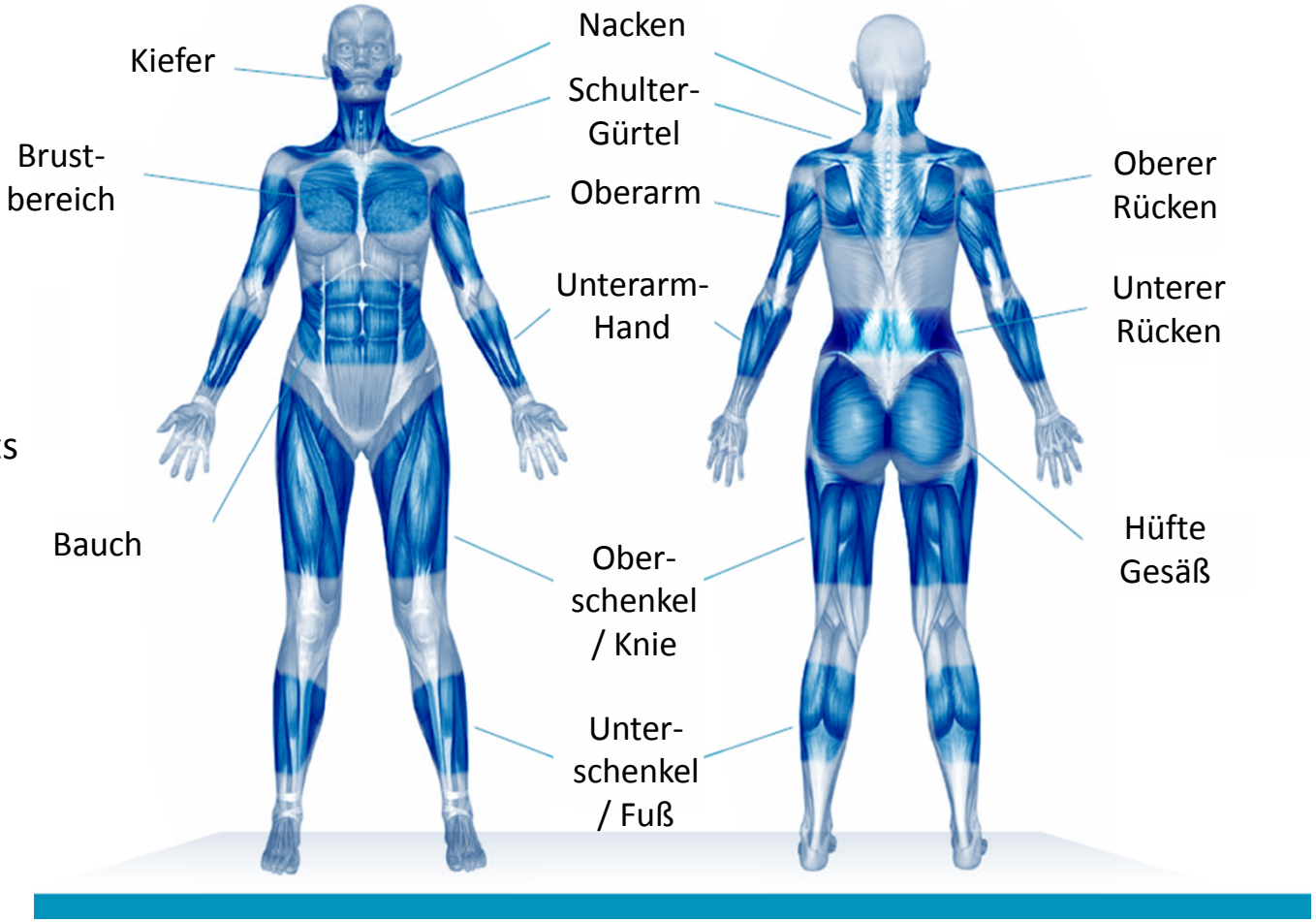
- Vollständige körperliche Untersuchung (inkl. Haut, neurologischer und orthopädischer Befund)
- Screening auf vermehrte seelische Symptombelastung (Angst und Depression, frühere seelische Belasungsfaktoren) -bei positivem Befund- fachspezifische Mitbehandlung

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)[1,2]

Teil 1:
Schmerzorte

- ☐ Schultergürtel links
- ☐ Schultergürtel rechts
- ☐ Oberarm links
- ☐ Oberarm rechts
- ☐ Unterarm rechts
- ☐ Unterarm links
- ☐ Hüfte-Gesäß rechts
- ☐ Hüfte-Gesäß links
- ☐ Oberschenkel/Knie rechts
- ☐ Oberschenkel/Knie links
- ☐ Unterschenkel / Fuß rechts
- ☐ Unterschenkel / Fuß links
- ☐ Kiefer rechts
- ☐ Kiefer links
- ☐ Brustkorb
- ☐ Bauchbereich
- ☐ Nacken
- ☐ Oberer Rücken
- ☐ Unterer Rücken

Kreuzen Sie an, wo Sie in der letzten Woche Schmerzen hatten, und tragen Sie die Anzahl in das Kästchen „Summenwert Teil 1“ ein.

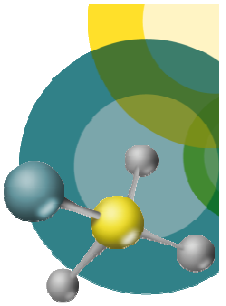


☐ **Summenwert Teil 1**

1) WPI= widespread pain index

2) R.Sittl, P.Mattenklodt übersetzt nach:
Wolfe F, et al. Arthritis Care Res 62(5):600-610, 2010
und www.fmnetnews.com

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index)



Symptom-Score Teil 2a:
Häufigkeit von Erschöpfung, Schlaf und Gedächtnisproblemen

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie in der letzten Woche an folgenden Symptomen litten.

	nie	selten	häufig	fast immer
Erschöpfungszustand, verminderte Leistungsfähigkeit	0	1	2	3
Nichterholsamer Schlaf	0	1	2	3
Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme	0	1	2	3

Summen-wert 2a

Symptom-Score Teil 2b: Begleitsymptome – zusätzlich zu den Hauptschmerzen

Kreuzen Sie bitte die Symptome an, die Sie in der letzten Woche hatten.

- ☐ Muskelschmerz
- ☐ Darmbeschwerden
- ☐ Erschöpfung / Müdigkeit
- ☐ Denk- und Gedächtnisprobleme
- ☐ Muskelschwäche
- ☐ Kopfschmerz
- ☐ Bauchschmerz / -krämpfe
- ☐ Taubheit / Kribbeln
- ☐ Schwindel
- ☐ Schlaflosigkeit
- ☐ Niedergeschlagenheit
- ☐ Verstopfung
- ☐ Schmerz im Oberbauch
- ☐ Übelkeit
- ☐ Nervosität
- ☐ Brustschmerz
- ☐ Sehstörungen
- ☐ Fieber
- ☐ Durchfall
- ☐ Trockener Mund
- ☐ Juckreiz
- ☐ Stöhnen
- ☐ Kalte Hände / Füße
- ☐ Hautausschlag
- ☐ Ohrgeräusche
- ☐ Erbrechen
- ☐ Sodbrennen
- ☐ Offene Stellen im Mund
- ☐ Geschmacksveränderung
- ☐ Krampfanfälle
- ☐ Trockene Augen
- ☐ Kurzatmigkeit
- ☐ Appetitverlust
- ☐ Hautrötungen
- ☐ Sonnenallergie
- ☐ Hörprobleme
- ☐ Blaue Flecken
- ☐ Haarausfall
- ☐ Häufiges Wasserlassen
- ☐ Schmerzen beim Wasserlassen
- ☐ Blasenkrämpfe
- ☐ _____

Symptom-anzahl	Score
0	0
1-10	1
11-24	2
>24	3

Summen-wert 2b

Summenwert 2a + 2b

Diagnostik-Score: Chronischer Schmerz (WPI – Index) - Auswertung

Sittl & Mattenklodt; übersetzt nach Wolfe F, *et al.* Arthritis Care Res 62(5):600-610, 2010.

Weitere infos: www.fmnetnews.com

Kriterien für chronischen Schmerz (z.B. Fibromyalgiesyndrom) sind erfüllt, wenn der Patient…

- **≥ 7 Punkte im Teil 1** (Schmerzorte)
  und ≥ 5 Punkte in Teil 2 (Summen-Wert 2a+2b) erreicht

  oder:

  3 - 6 Punkte im Teil 1 (Schmerzareale)
  und ≥ 9 Punkte in Teil 2 (Symptom-Score 2a+2b) erreicht

- die Symptome so oder ähnlich seit mindestens drei Monaten bestehen

- keine andere Krankheit oder Störung vorliegt, welche die Schmerzen erklärt

[1] WPI= wide spread pain index

Zeichnungen

Universitätsklinikum
Erlangen

WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Über die Hälfte der Zeit	Weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeit-punkt
	5	4	3	2	1	0
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	~~0~~
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	~~1~~	0
... habe ich mich energetisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	~~0~~
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	~~0~~
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	~~0~~

Auswertung: Zählen Sie die Punkte zusammen, z. B. „Die ganze Zeit" mit **5 Punkten** belegt wird, „Meistens" mit **4 Punkten** usw. „zu keinem Zeitpunkt" wird mit **guten 0 Punkten** gewertet. **Bei „vollständigem Wohlbefinden" kann man 25 Punkte erreichen, im ungünstigsten Fall ergeben sich 0 Punkte.** Als deutlich reduziertes Wohlbefinden gilt eine **Summe kleiner als 13 Punkten**. Geringe „Wohlfühl-Werte" rechtfertigen natürlich noch keine Diagnose. Sie sind jedoch ein ausreichender Grund, eine gezielte Diagnostik mit spezifischeren Instrumenten durchführen zu lassen. **Hinweis: Erhöhte Werte können auf eine seelische Problematik wie Depression oder eine "Stresskrankheit" (wie Burnout) sein.**

Das klinische Erscheinungsbild des FMS

Müdigkeit	98%	Depressivität	72%
Muskelverspannung	95%	Kopfschmerzen	66%
Schlafstörungen	90%	Kältegefühl	63%
Ausgedehnte Schmerzen	88%	Nachtschweiß	54%
Gelenkschmerzen	85%	Augentrockenheit	54%
Morgensteifigkeit	80%	Magenprobleme	53%
Parästhesien	76%	Kieferschmerzen	51%
Ängstlichkeit	74%		(N = 434)

Okifuji & Turk; Pain clinical updates. 2003; 11 (3):1-4.

Anamnese und Befunderhebung Basislabor

- Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (zum Ausschluss von z.B. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis)
- Kreatininkinase (z. B. Muskelerkrankungen)
- Kalzium (z. B. Hyperkalziämie)
- Thyreoidea-stimulierendes Hormon basal (z. B. Hypothyreose)

- Bei Hinweisen auf somatische (Mit-)Ursachen der Symptomatik: Weitere Diagnostik in Abhängigkeit von den Verdachtsdiagnosen

Labordiagnostik bei unterschiedlichen muskuloskeletalen Erkrankungen

	Blutbild	BSK	CRP	RF	ANA	HLA-B27
Arthrose	0	1	1	0	0	0
Rheumatoide Arthritis	3	3	1	3	2	0
Kollagenose	3	3	1	2	4	0
M. Bechterew	2	1	1	0	0	2
Polymyalgia rheumatica	4	4	1	1	0	0
Bakterielle Arthritis	4	3	3	0	0	0
Fibromyalgie-Syndrom	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

0: nicht hilfreich, 1: selten hilfreich, 2: manchmal hilfreich
3: oft hilfreich, 4: immer hilfreich in der Diagnosestellung

Fibromyalgie: Laborbefunde II

- Labor-Routineparameter unauffällig
- Serotonin ↓
  - Körpereigene Schmerzhemmung und Schlaf ↓
- Substanz-P ↑
  - Empfindlichkeit der Rückenmarksneurone gegenüber nozizeptiven Reize ↑
- Neuroendokrine Stressreaktion verändert

Diagnostik der Fibromyalgie

- Keine objektivierbaren Befunde (*„Illness without disease"*)
- Keine Hinweise auf entzündlich-rheumatisches Geschehen
- Diagnose alleine über ACR-Kriterien (*wide spread pain* und *tender points*)
- Dennoch Diagnose durchschnittlich erst 6-7 Jahre nach der Entwicklung des Vollbildes der Erkrankung

Universitätsklinikum Erlangen

Kritik des Fibromyalgie-Konzeptes

- Generalisiertes Schmerz ist ein verbreitetes Phänomen.
- Seelische Aspekte und vegetative Beschwerden nicht berücksichtigt.
- Ein einziger Terminus wird der sehr großen und heterogenen Patientengruppe nicht gerecht.
- Multiple Ursachen wahrscheinlich (posttraumatisch, infektiös, psychisch, genetisch).
- Abgrenzung zur Somatisierungsstörung unklar.

Weiss, Psychotherapie im Dialog (2005) 6: 59-65.

Therapie des CWP (Fibromyalgie-Syndroms) nach Leitlinie)

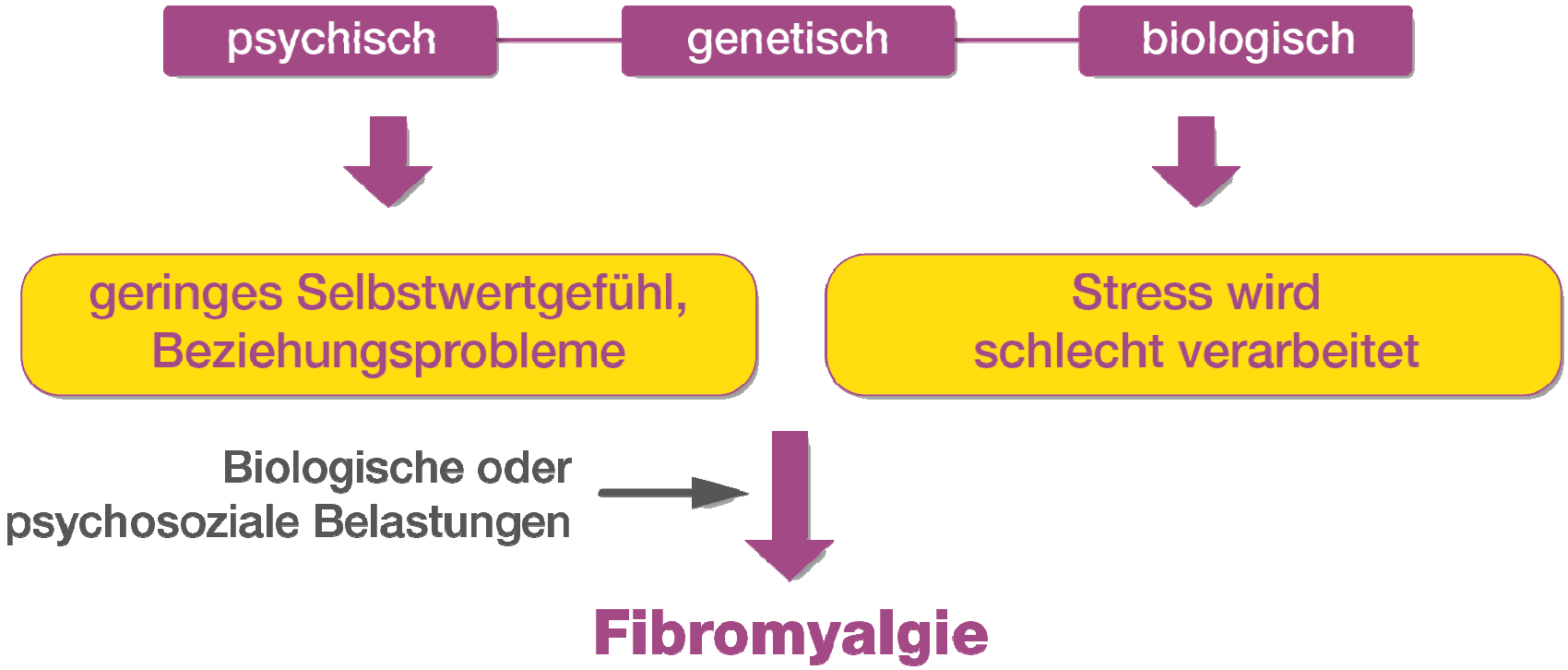
- Diagnostik und Behandlung komorbider körperlicher Erkrankungen und seelischer Störungen
- Patientenschulung (ent-ängstigende Beratung, Ungefährlichkeit, Eigentherapie möglich)
- Angepasstes aerobes Ausdauertraining (2-3x Wo, mind. 30 min) und Funktionstraining (Trocken- oder Wassergymnastik, (2-3x Wo, mind. 30 min)
- Meditative Bewegungstherapie (Tai Chi, Qi-Gong, Yoga)
- Entspannungstraining/kognitive Verhaltenstherapie/ aerobes Training (multimodale Therapie) im Gruppensetting
- Antidepressivum: Amitriptylin (10-50 mg/d). Duloxetin zeitlich befristet wenn depressive Störungen oder Angststörungen vorliegen
- Keine NSAR, keine starken Opioide

Patientenedukation

Fibromyalgie

- Ursachen -

Ursachen sind meist ungeklärt. Störungen der individuellen Schmerzverarbeitung scheinen eine wichtige Rolle zu spielen.



Fibromyalgie

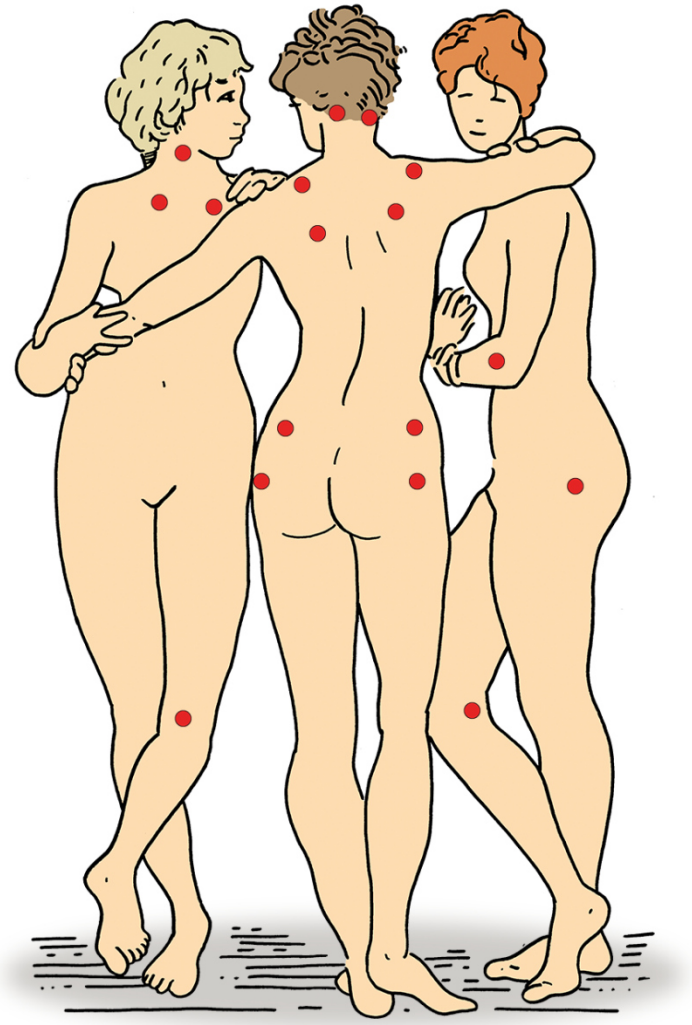
- Schmerzen und Krankheitszeichen -

Zu Beginn: Unspezifische Beschwerden wie Abgeschlagenheit oder Schlafstörungen

Später: Schmerz im Bereich der Hals- oder Lendenwirbelsäule, der Muskeln und Weichteile

Dauerschmerz in mehreren Körperregionen (rechts und links, ober- und unterhalb der Taille)

Druckschmerzen in zahlreichen definierten Druckpunkten (Tender points)



Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD 10 F 45.41

seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben

Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn.

Folge: klinisch bedeutsames Leiden sowie soziale und berufliche Beeinträchtigung
(keine Absicht oder Vortäuschung)

Hintergrund der Erkrankung

Somatoforme Schmerzstörung

- Bei einer **somatoformen Schmerzstörung** (auch **Psychalgie**) handelt es sich um eine Form der somatoformen Störung, die sich durch einen subjektiv empfundenen, mindestens 6 Monate andauernden, intensiven und quälenden Schmerz in einem Körperteil, der nicht ausreichend durch eine körperliche Störung oder ein physiologisches Geschehen erklärt werden kann, äußert. Das Auftreten dieses Schmerzes ist gekoppelt mit schwerwiegenden emotionalen und/oder psychosozialen Belastungen beziehungsweise Konflikten, die in einem entscheidenden ursächlichen Zusammenhang zu dessen Genese stehen

Bedeutsamkeit somatoformer Schmerzen

- **Lebenszeitprävalenz**: ca. 12%
- **Häufigkeit in Schmerzambulanzen**: ca. 28%
- **Hohe Kosten**
  - Langwierige Krankheitsverläufe
  - Gesteigerte und dysfunktionale Inanspruchnahme des Gesundheitssystems
  - Krankschreibungen
  - Berentungen
- Häufige **Komorbidität** mit anderen psychischen Erkrankungen

Somatoforme Schmerzstörung: Was ist das?

Einteilung Somatoformer Störungen nach ICD-10

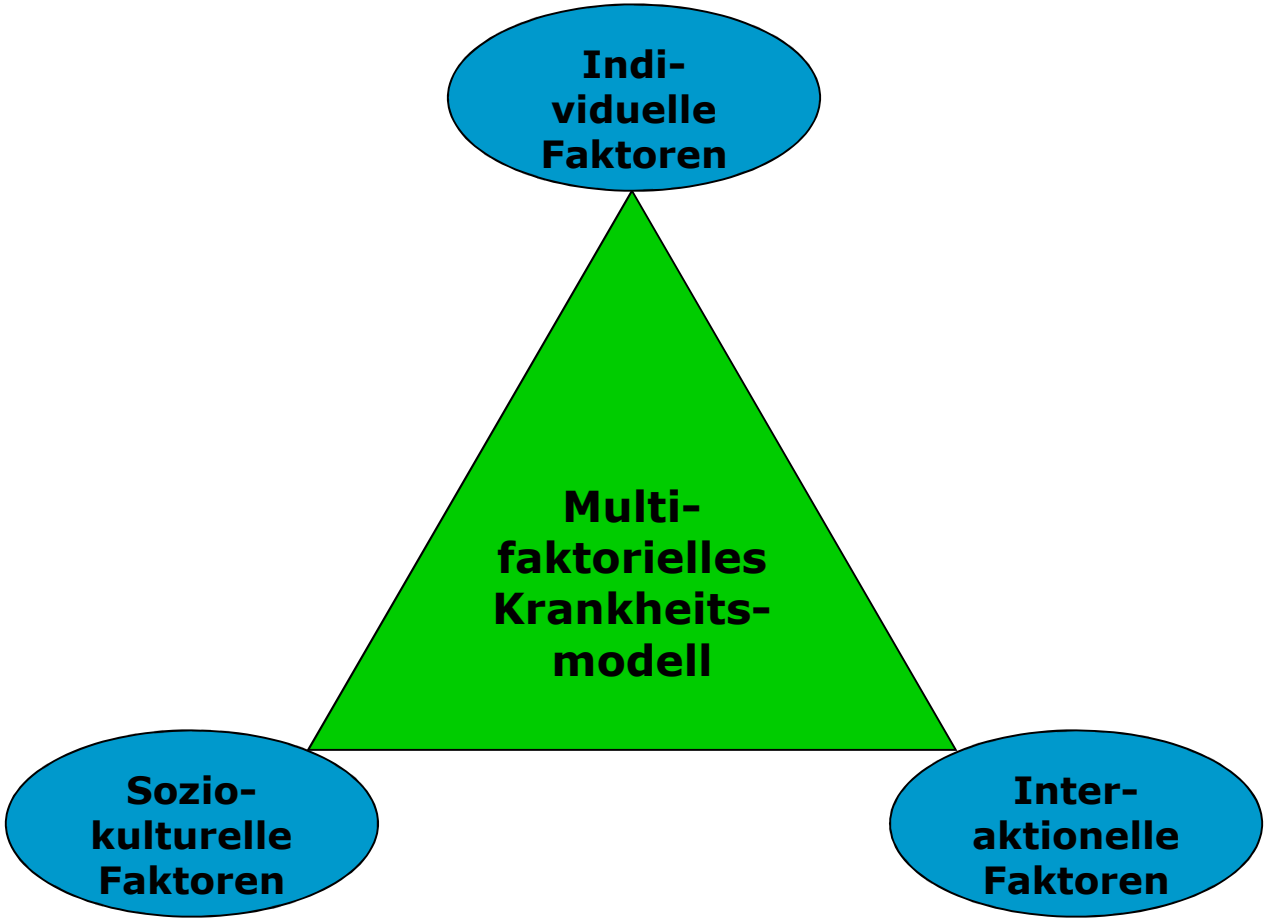
Somatisierungsstörung	F 45.0
Undifferenzierte Somatisierungsstörung	F 45.1
Hypochondrische Störung	F 45.2
Somatoforme autonome Funktionsstörung	F 45.3
Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	**F 45.4**
Sonstige somatoforme Störungen	F 45.8
Somatoforme Störung NNB	F 45.9

Somatoforme Schmerzstörung: Was ist das?

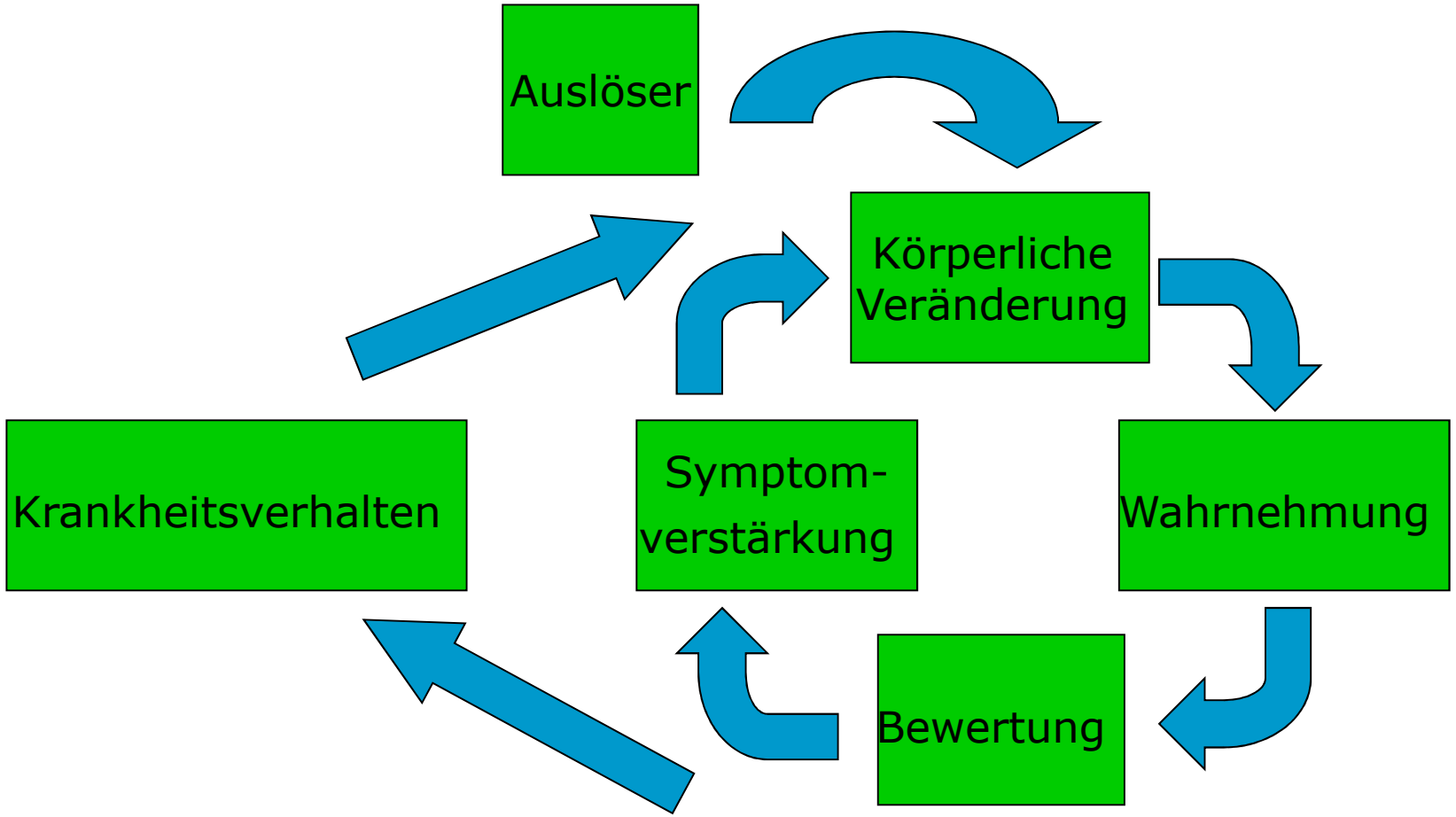
Definition der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F 45.4) nach ICD-10:

- Andauernder, schwerer und quälender **Schmerz**
- **Keine vollständige Erklärung** durch physiologischen Prozess oder körperliche Störung
- Auftreten in Verbindung mit **emotionalen Konflikten** oder **psychosozialen Belastungen**
- **Beträchtlich gesteigerte** persönliche oder medizinische **Unterstützung**

Ätiologische Faktoren



Ätiologische Faktoren



Ätiologische Faktoren

Dysfunktionales Krankheitsverhalten:

- Schon- und Vermeidungsverhalten
- Checking Behaviour
- Doctor hopping
- Rückversicherungen

-> Kurzfristige Beruhigung, jedoch langfristige Aufrechterhaltung der Symptome!

Behandlungsansätze

Therapiebeginn:

- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Diagnostik / Informationssammlung
- Vereinbaren therapeutischer Ziele

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung“

Patientenängste:

- Ich werde fabrikmäßig abgefertigt!
- Man schiebt mich auf die Psycho-Schiene!
- Wieder mal wird keine Ursache der Schmerzen gefunden!
- Man nimmt mich nicht ernst und hält mich für einen Simulanten!
- Keiner kann mir helfen und mir sagen, wie es weiter gehen soll!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung“

Arztverhalten:

- Achte auf eine **empathische Gesprächsatmosphäre**!
- Informiere über den **Ablauf und den zeitlichen Rahmen** des Gesprächs!
- Thematisiere **Ängste und Erwartungen**!
- **Exploriere ausführlich** alle körperlichen Beschwerden, **veranlasse fehlende Untersuchungen**!
- Betone die **Realität der Beschwerden**!
- Etabliere ein **bio-psycho-soziales Erklärungsmodell**
- Erarbeite einen Behandlungsplan mit **realistischen Zielen**!
- Liefere **Informationen** zu noch offenen Fragen!

Zusatz: Umgang mit schwierigen Patienten

- Daniela?????

Universitätsklinikum
Erlangen

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient beharrt auf somatischem Krankheitsbild

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

- Exploriere ausführlich alle körperlichen Beschwerden!
- Sichte Vorbefunde!
- Betone die Realität der Beschwerden!
- Stelle keine zu frühe Verbindung zur Psyche her!
- Rücke die Schmerzen erst bei tragfähiger therapeutischer Beziehung zunehmend in psychosoziale Kontexte!
- Etabliere ein bio-psycho-soziales Schmerzmodell („sowohl als auch“ statt „entweder oder“)!
- Achte auf eine Zusammenarbeit im interdisziplinären Team!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient drängt auf körperliche Untersuchungen

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

- Veranlasse fehlende Untersuchungen!
- Vermeide überflüssige und wiederholte Untersuchungen!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient generalisiert negative Erfahrungen im bisherigen Behandlungsverlauf auf bevorstehende Behandlung

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

Thematisiere gezielt Ängste und Erwartungen des Patienten!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient hat unrealistische Erwartungen an die Therapie

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

Definiere kurz-, mittel- und langfristige Therapieziele!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient sprengt den Rahmen durch weitschweifige und erschöpfende Klagen über körperliche Beschwerden

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

- Achte auf eine sachlich-distanzierte, gelassene, interessierte, authentische und empathische Gesprächsatmosphäre!
- Zeige Verständnis, indem Du die „Sprache der Schmerzen“ als die einzig mögliche Ausdrucksweise des Patienten verstehst!
- Strukturiere das Gespräch durch aktives Nachfragen!
- Halte einen vorher angekündigten zeitlichen Rahmen ein!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient lehnt Psychotherapie ab

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

- Thematisiere Ängste und Erwartungen!
- Wäge gemeinsam mit dem Patienten Chancen und Risiken einer Psychotherapie ab!
- Liefere Informationen zu noch offenen Fragen!
- Vereinbare eine Probezeit!

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Stolperstein:

Patient strebt Rente an

„Der schwierige Patient“: Arzt-Patient-Beziehung

Handlungsempfehlungen:

- Thematisiere den negativen Einfluss eines Rentenwunsches auf den Therapieerfolg!
- Wäge zwischen Therapieversuch und Verschieben des Therapiebeginns bis zu einem geeigneteren Zeitpunkt ab!

Psychosomatischer „Kurzcheck“ Chronischer Schmerz

Fragen an den Patienten (begleitend zur allgemeinen Anamnese):

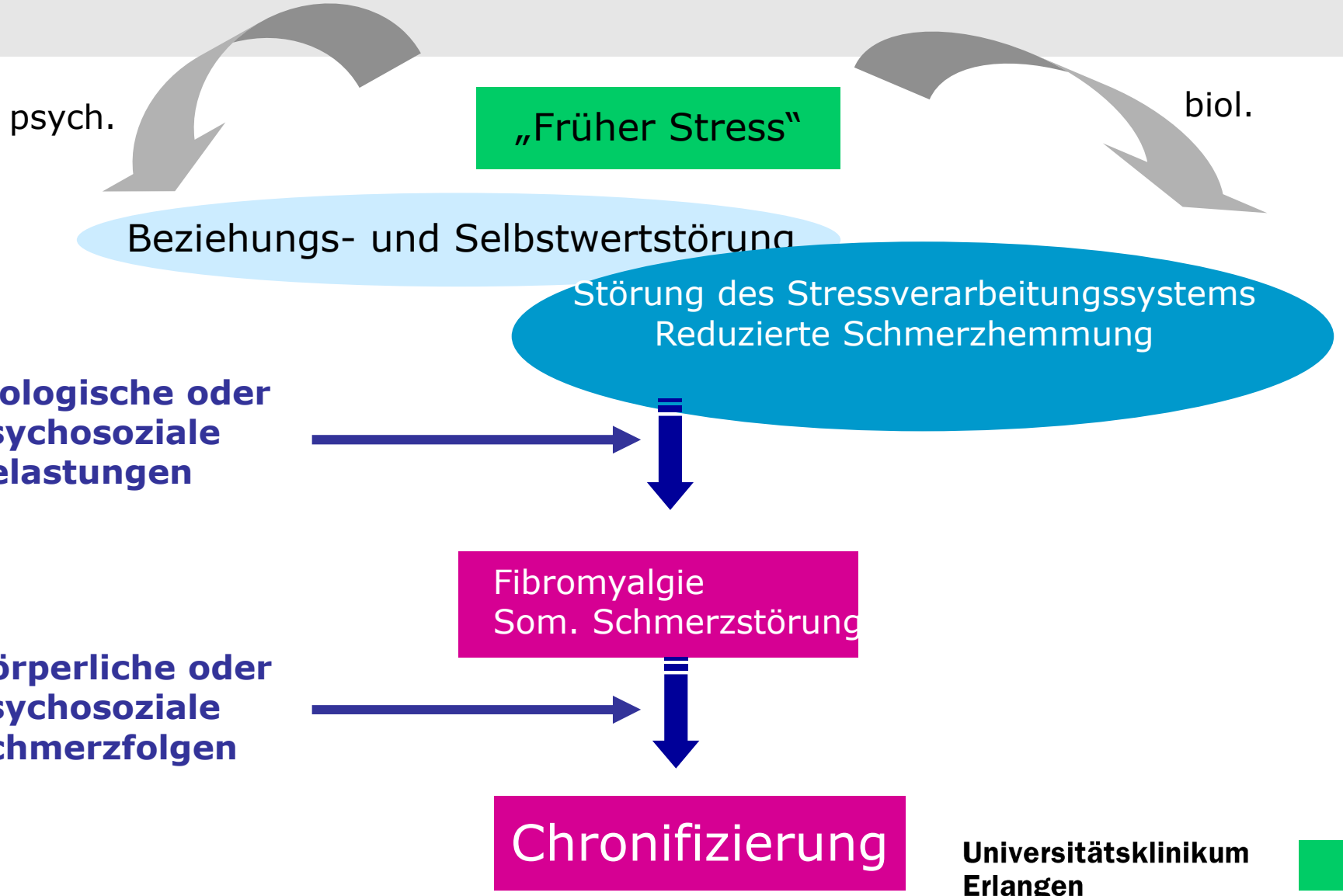
1. Leben ihre **Eltern** noch? Gesundheitliche Probleme? Alter? Ehe? Kontakt?
2. Haben Sie **Geschwister**? (Gesundheitliche) Probleme? Geschwisterreihenfolge mit Alter? Kontakt?
3. Wie sind sie mit Ihrer **aktuellen Lebenssituation** zufrieden (außer Gesundheit): Beruf, Familiensituation bzw. Partnerschaft, Kinder, Freunde, Freizeit?
4. **Schönstes** bisher im Leben?
5. **Schlimmstes** bisher im Leben?
6. **Wo** stehen Sie innerhalb der erlebten Spannbreite **jetzt?**
7. Wie reagieren/reagierten Sie bisher auf **Stress** körperlich und psychisch?
8. Wie war die **Lebenssituation zum Zeitpunkt des Schmerzbeginns**, der Schmerzverstärkung?
9. Was sind für Sie **typische Sorgen** auf der einen, **typische Wünsche und Träume** auf der anderen Seite?

Psychosomatischer „Kurzcheck“

Fragen an den Therapeuten (am Ende des Erstgespräches)

1. Habe ich ein **Bild vom Leben des Patienten**: Herkunftsfamilie, schulische berufliche und private/soziale Situation betreffend?
2. Was hat der Patient für ein **Bild von sich** (Selbstwert) und **von anderen** (Beziehung)?
3. Was hat der Schmerz für eine **Funktion**?
4. **Passten die Affekte** des Patienten zum Inhalt des Gesagten?
5. Empfinde ich diesen Patienten als **überdurchschnittlich pessimistisch oder ängstlich**?
6. Habe ich Hinweise auf **prädisponierende, auslösende oder chronifizierende** Faktoren **nach dem bio-psycho-sozialen Modell** gefunden?
7. Wenn ja, was braucht der Patient dann evtl. noch an **Information**, damit er **versteht** und **akzeptiert**, dass eine „andere“ **(Be)-Handlung** nun ansteht ?

Biopsychosoziale Krankheitsmodell



 Egle et al., Psychother Psych Med (2004) 54: 137-147.