LMU KLINIKUM
Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

Information zum Fibromyalgiesyndrom

Fibromyalgiebetroffene & Interessierte

München | 2020

Dr. Andreas Winkelmann

Leiter Tagesklinik für Fibromyalgie,
Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation
LMU Klinikum

In Kooperation mit der ArGe München,
Landesverband Bayern, Deutsche Rheuma Liga e.V.

LMU KLINIKUM

Information zum Fibromyalgiesyndrom

Für Funktion und Lebensqualität

STRATEGIEN ENTDECKEN

"Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen." Aristoteles 384-322 v. Chr.

Information zum Fibromyalgiesyndrom (FMS)

Tagesklinik für Fibromyalgie

LMU KLINIKUM
WINKELMANN

1. **Epidemiologie**
2. **Symptome**
3. **Begleiterkrankungen**
4. **Pathophysiologie, Risikofaktoren**
5. **Diagnosestellung**
6. **Therapie**

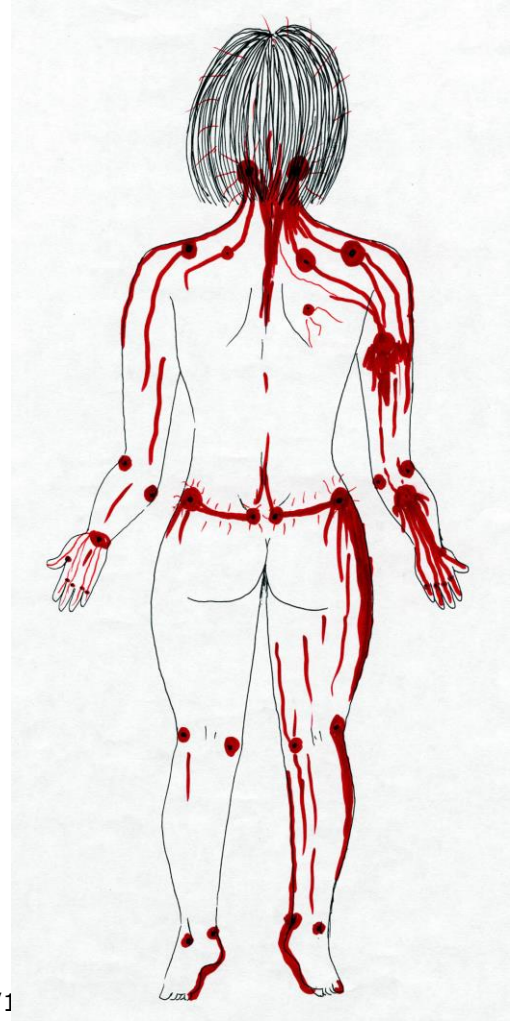
Fibromyalgiesyndrom FMS

Epidemiologie

Prävalenz FM

in D 2-4 (2,1 - 3,8)%
der Bevölkerung (80 Mio.)
ca. 1,6-3,2 Mio. FM-Betroffene

in EU 2-4 (1,4 – 5,9)% Bev. (500Mio)
ca. 10-20 Mio. FM-Betroffene



Frauen : Männer = (6-12) : 1

(1,2 : 1 Häuser 2009)

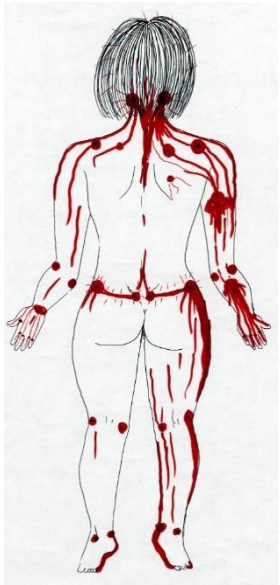
Erkrankungsbeginn meist
mittleres Alter (30 - 60 Jahre)

Marques AP, et al. Prevalence of fibromyalgia:
literature review update. Rev Bras Reumatol. 2017. http://dx.doi.org/1

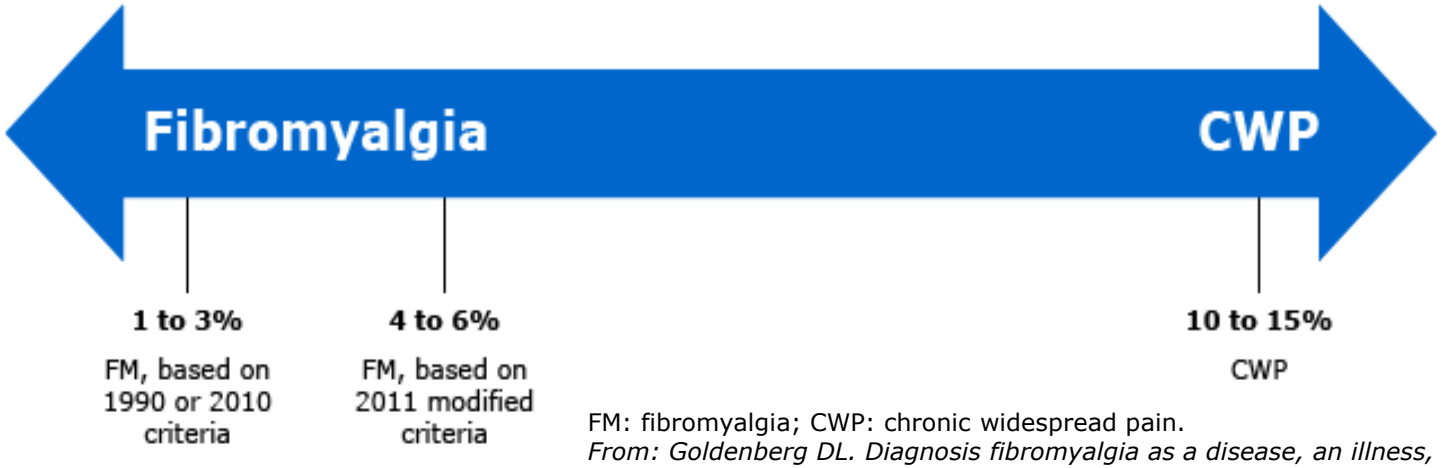
Fibromyalgia FM
Prevalenz

LMU KLINIKUM
WINKELMANN

Chronisch weitverbreiter Schmerz
+ Schlafstörungen
+ Nicht-erholsamer Schlaf, Müdigk.
+ Erschöpfungsneigung,
körperlich/geistig
- Keine pathologischen Befunde



Prevalenz von Fibromyalgia (FM) und chronic widespread pain (CWP) in der Allgemeinbevölkerung
Studienergebnisse abhängig von Diagnosekriterien



FM: fibromyalgia; CWP: chronic widespread pain.
From: Goldenberg DL. Diagnosis fibromyalgia as a disease, an illness, a state, or a trait? Arthritis Care Res (Hoboken) 2019; 71(3):334-336.

Die ACR 2010/2011 führten zu einer Misklassifikation, wenn regionale Schmerzsyndrome nicht ausgeschlossen wurden,
nachdem 2016 ein modifiziertes **CWP-Kriterium** ("generalisiertes Schmerzkriterium") hinzugefügt wurde, wurde eine Misklassifikation eleminiert.

Fibromyalgiesyndrom FMS

Symptome

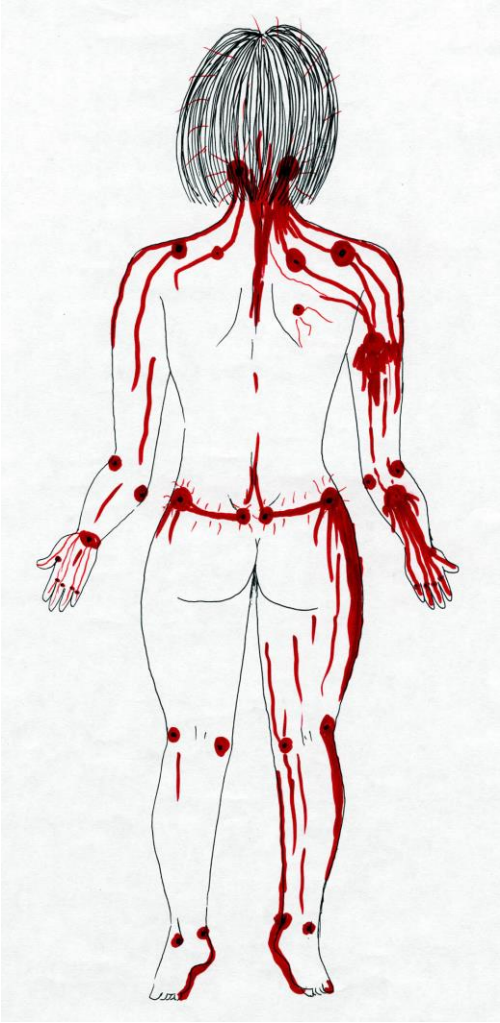
Kernsymptome

(> 97% der Pat.)

Chronischer Schmerz

Schlafstörungen bzw.

Müdigkeit



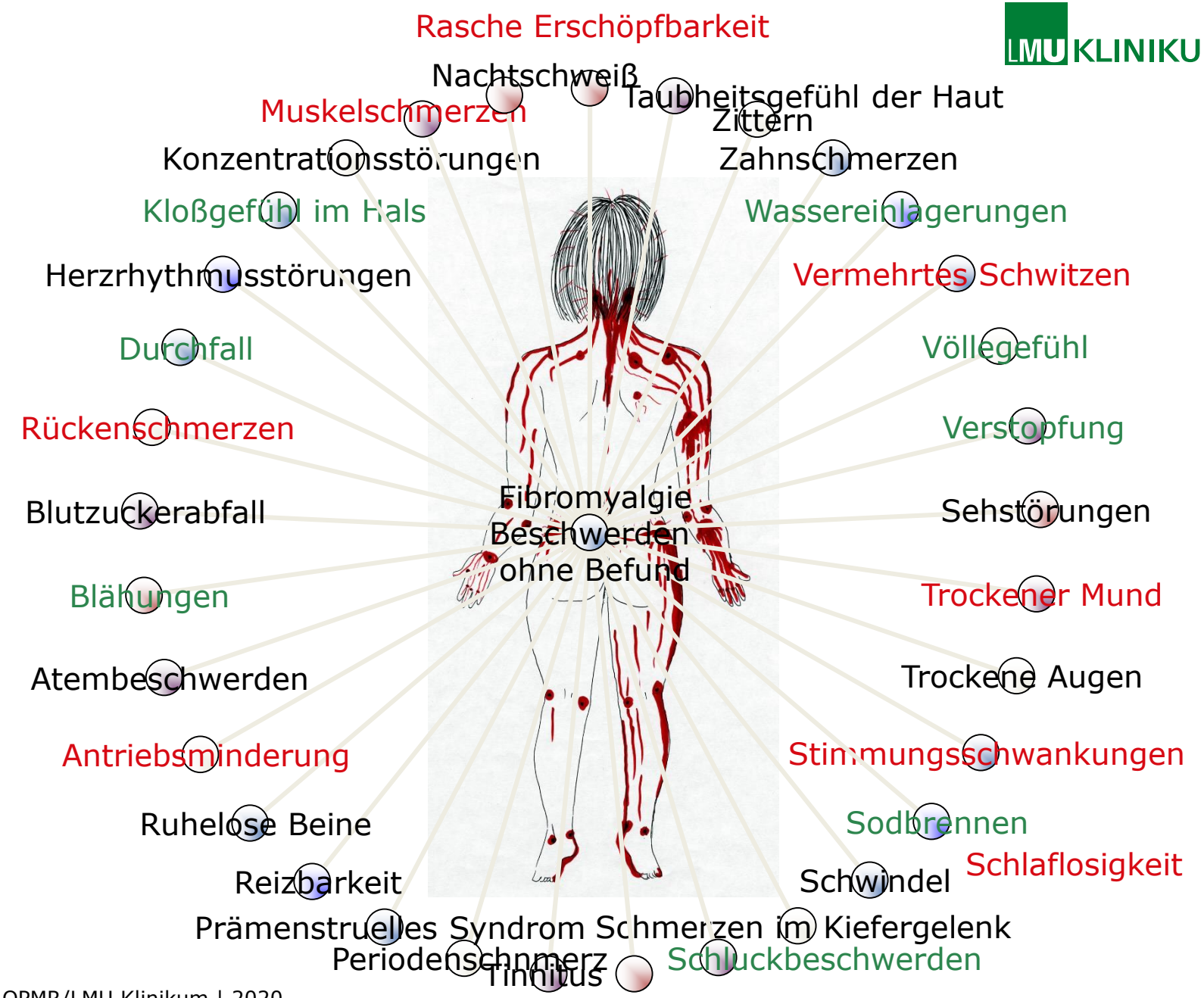
Sz. in mehreren Körperregionen

nicht-erholsamer Schlaf

bzw. Erschöpfungsneigung (körperlich und/ oder geistig)

- Keine pathologischen Befunde beim FMS

FMS
Symptome



Fibromyalgiesyndrom FMS

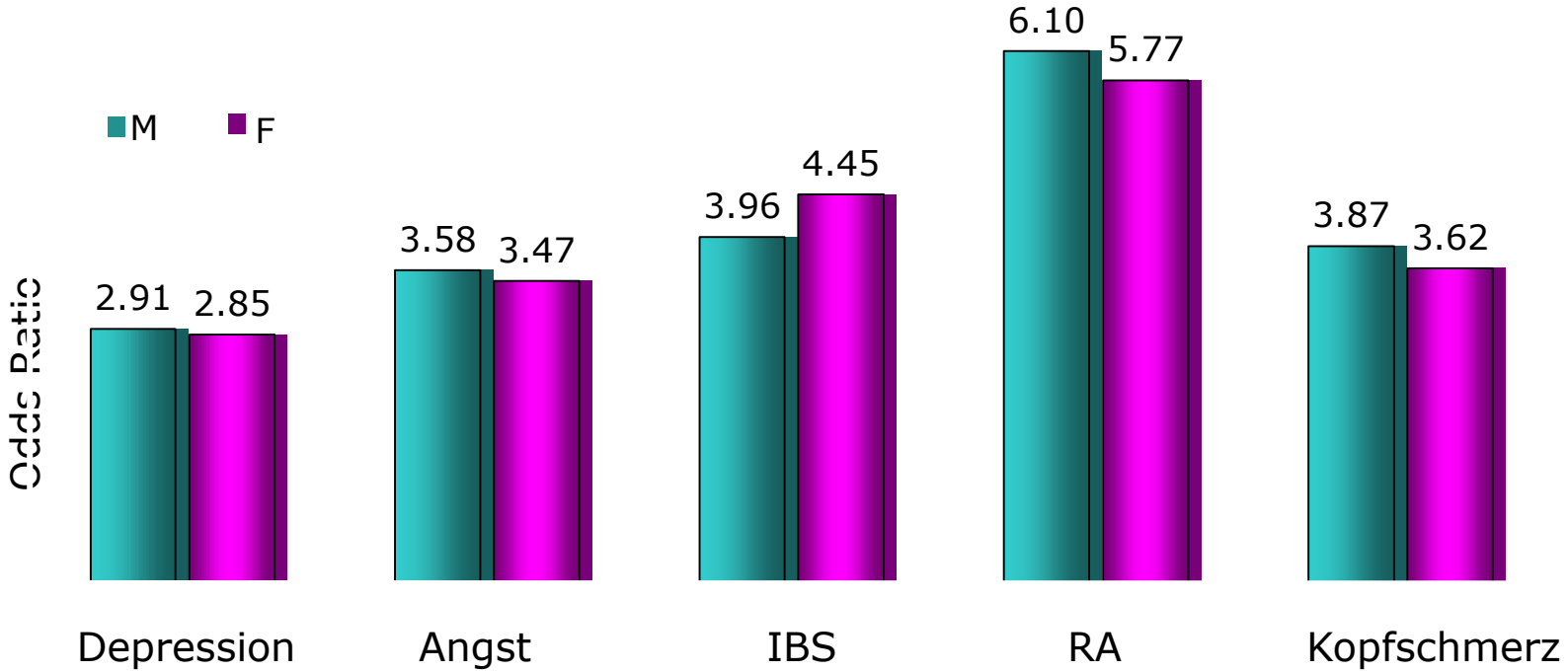
Begleiterkrankungen

LMU KLINIKUM
WINKELMANN

Risiko von Begleiterkrankungen bei FMS
(Psychiatrische und nicht-psychiatrische)

Patienten mit FM [n=2595]

verglichen mit Personen
ohne FM [n=62,000])

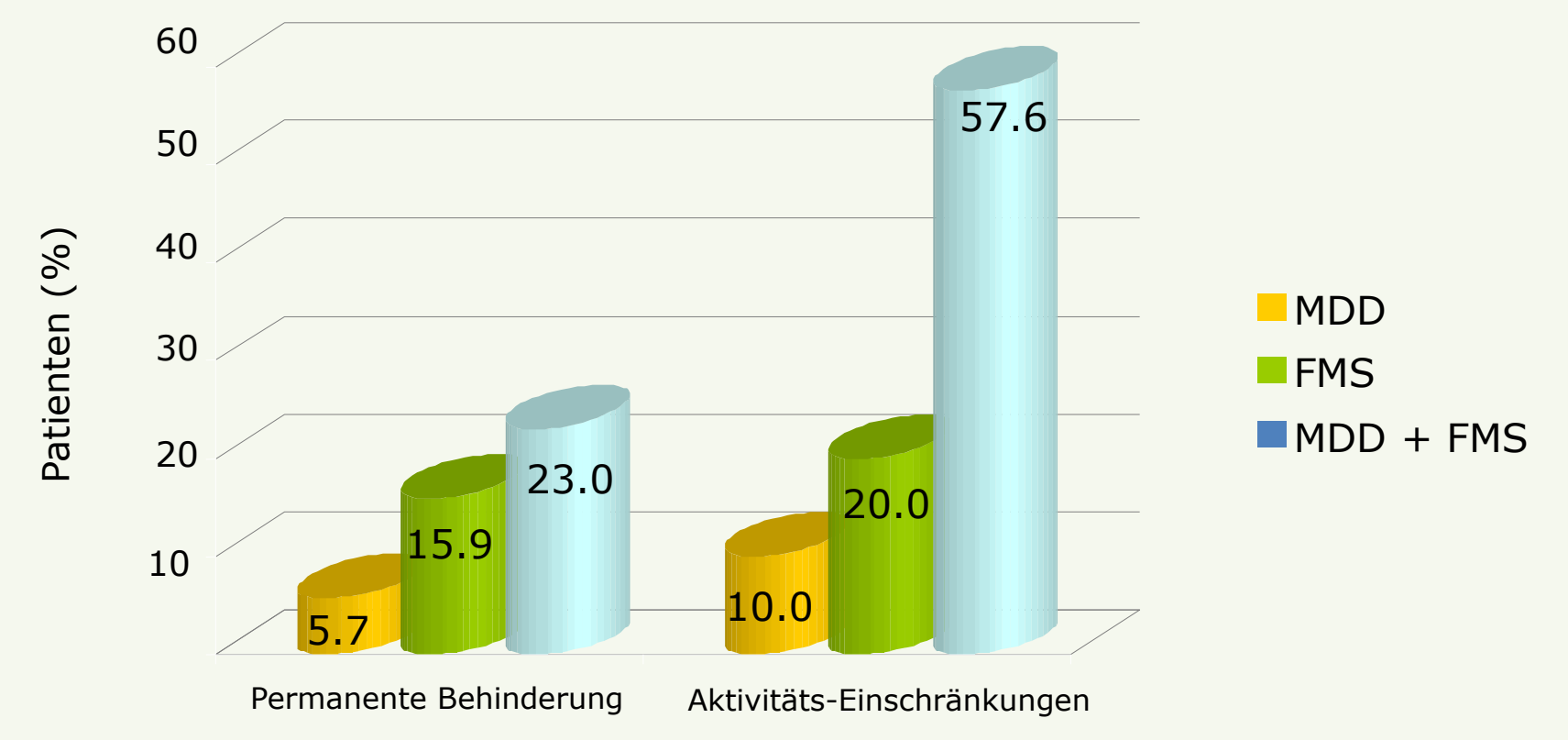


FM=Fibromyalgiesyndrom;

IBS=irritable bowel syndrome, Reizdarmsyndrom;RA= rheumatoide Arthritis.
Weir PT et al. J Clin Rheumatol. 2006;12:124-128.

FMS

Begleiterkrankungen, Risikofaktoren



Behinderung

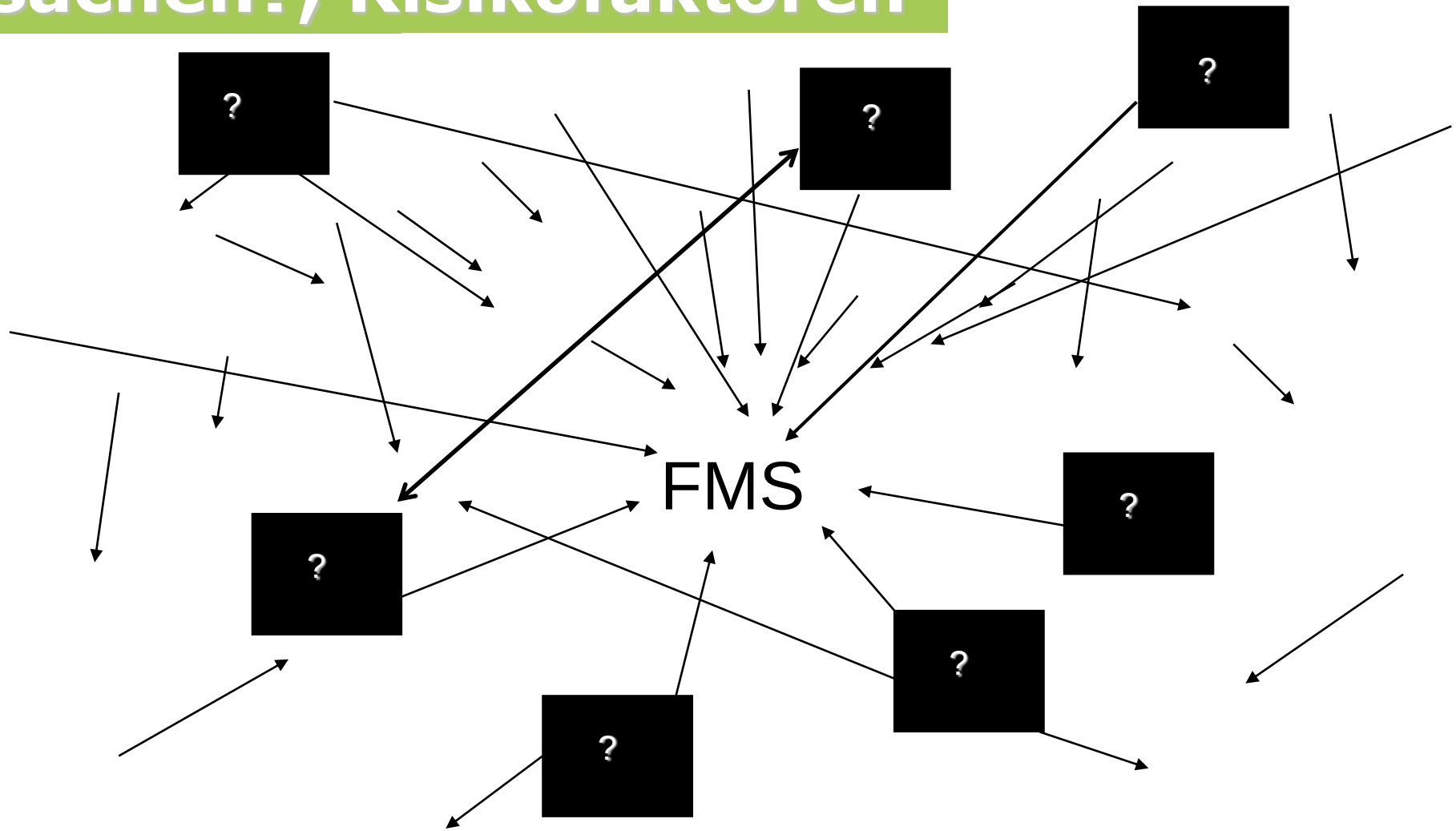
mit Depression/ FMS

mit
Depression plus FMS

N=115,160.
Kassam A, Patten SB. BMC Musculoskelet Disord. 2006;7:4.

Fibromyalgiesyndrom FMS

Ursachen?, Risikofaktoren



FMS

Ursachen?, Pathophysiologie

Schlafstörung

- abnorme alpha Wellen statt langsamer delta Wellen im Non-Rem Schlaf (Tiefschlafphase 4)
- erniedrigter Serotoninspiegel

Psyche

- Zusammenhang mit Depression und Angst. Unterschiedliche Studienergebnisse stimmen damit überein, dass **nicht alle** Patienten mit FMS eine psychische Störung aufweisen.
- FMS ist **keine Persönlichkeitsstörung oder psychiatrische Erkrankung**

Information zum FMS

Risikofaktoren/ -indikatoren

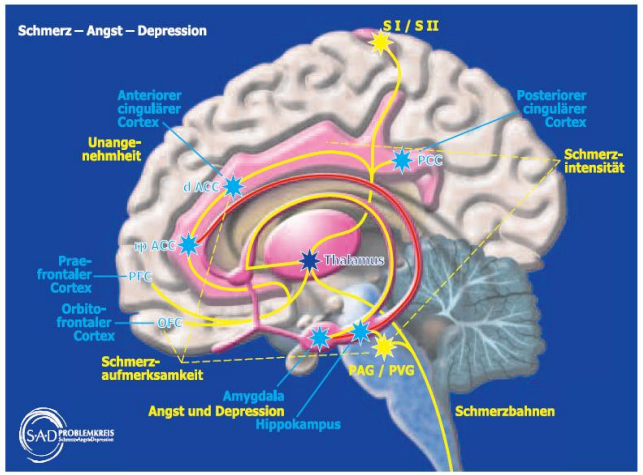
Biologische Faktoren:
Entzündlich-rheumatische Erkrankungen,
Genpolymorphismen des 5HT2- Rezeptors
Vitamin D Mangel
Familiäre Häufung

Lebensstilfaktoren:
Rauchen, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität

Psychische Faktoren:
Körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch in Kindheit und sexuelle Gewalt im Erwachsenenalter; depressive Störungen

FMS
Pathophysiologie

Veränderte zentrale Schmerzverarbeitung



Funktionelles MRT mit Vergleich der Gehirnaktivität während Schmerzreizen unterschiedlicher Intensität

bei Pat. mit FMS, Rheumatoider Arthrits und gesunden Kontrollpersonen:

Eine temporale Gehirnaktivierung des frontalen Cortex nur bei FM Pat. Und Areale des motor cortex und des cingulären cortex zeigten eine FMS-spezifische Relation zwischen der Gehirnaktivität und der Särke der Schmerzstimuli während der Schmerzwahrnehmung.

Burgmer M, Pogatzki-Zahn E, Gaubitz M, et al. Fibromyalgia unique temporal brain activation during experimental pain: a controlled fMRI Study. J Neural Transm 2010; 117:123

Duschek S, Mannhart T, Winkelmann A, Merzoug K, Werner NS, Schuepbach D, Montoya P Cerebral blood flow dynamics during pain processing in patients with fibromyalgia syndrome. Psychosom Med. 2012 Oct;74(8):802-9. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182676d08. Epub 2012 Sep 24.

FMS
Ursachen?, Pathophysiologie

Es ist **möglich**, dass die folgenden

Veränderungen im zentralen und peripheren Nervensystem eine pathogenetische Bedeutung für Untergruppen des FMS haben:

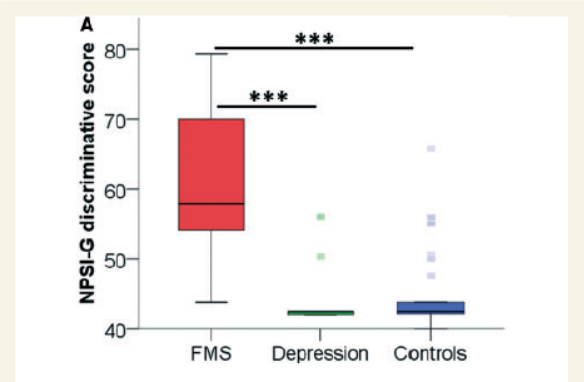
- Veränderte zentrale Schmerzverarbeitung (zentrale Sensibilisierung) EL3a
- Veränderungen zentralnervöser Neurotransmitter EL 3a
- Dysfunktion des sympathischen Nervensystems EL3a
- Small Fiber Pathologie EL3b

FMS

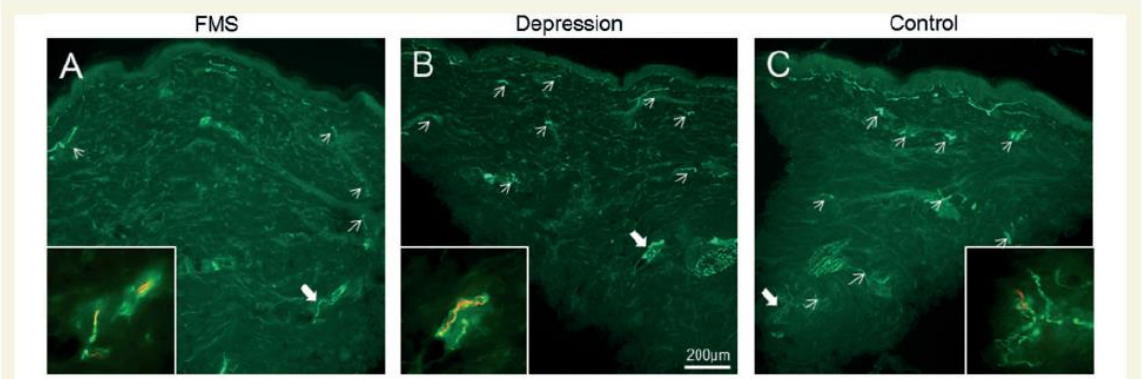
Pathophysiologie – kaputte Nerven?

SZ Wissen 15.03.2013
Brain 2013

Small fibres in fibromyalgia syndrome



Small fibres in fibromyalgia syndrome Brain 2013: Page 9 of 11 | 9



Veränderte periphere Nerven (small fibre pathology)
25 FMS-Pat. im Vergleich zu Pat. mit Depression und gesunden Kontrollen.

in Hautbiopsien Unter- und prox. Oberschenkel
Nervenfasern gesamt (P< 0.001) und regenerierenden intraepidermalen Nervenfasern (P< 0.01) reduziert.
Verminderung unmyelinisierte periphere Nervenfaserbündel, myelinisierte periphere Nervenfasern verschont

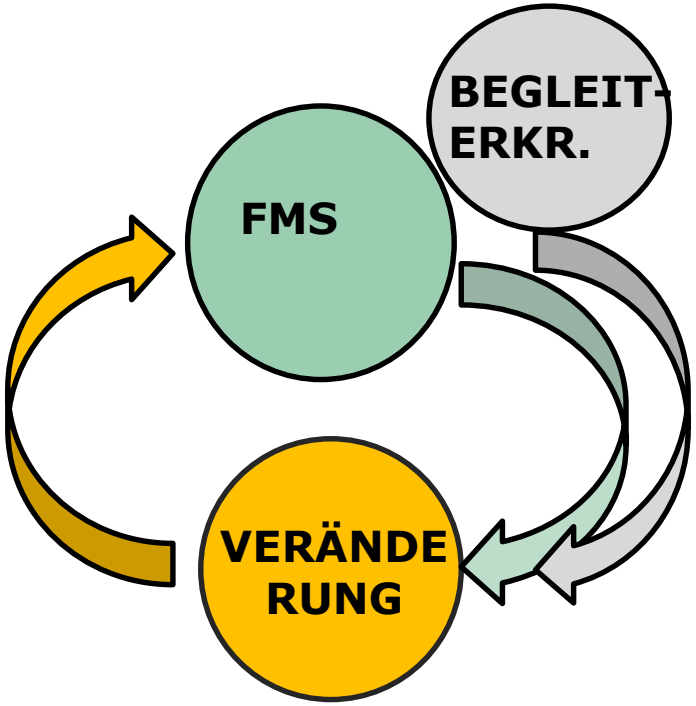
Üceyler N et al. Small fibre pathology in patients with fibromyalgia syndrome. Brain 2013 doi:10.1093/brain/awt053, 1-11 (Brain Advance Access published March 9, 2013)

Bezüglich der dünn-bemarkten A-delta und unbemarkten C-Nervenfasern (small fibers) wurde in bislang sieben Fall-Kontroll-Studien **bei Subgruppen von FMS Patienten** eine reduzierte distale intraepidermale Nervenfaserdichte (IENFD) berichtet, ...

FMS

Ursachen?, Pathophysiologie

Die aktuelle Studienlage erlaubt **keine eindeutigen Aussagen zur Pathophysiologie des FMS.**



Es ist unklar, ob die beschriebenen Mechanismen

- zur Pathophysiologie des FMS **beitragen** **oder**
- **Folgen** des FMS bzw. seiner Komorbiditäten sind.

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html S3

FMS

Ursachen?, Pathophysiologie

Physikalische und/oder biologische und/oder psychosoziale Stressoren lösen

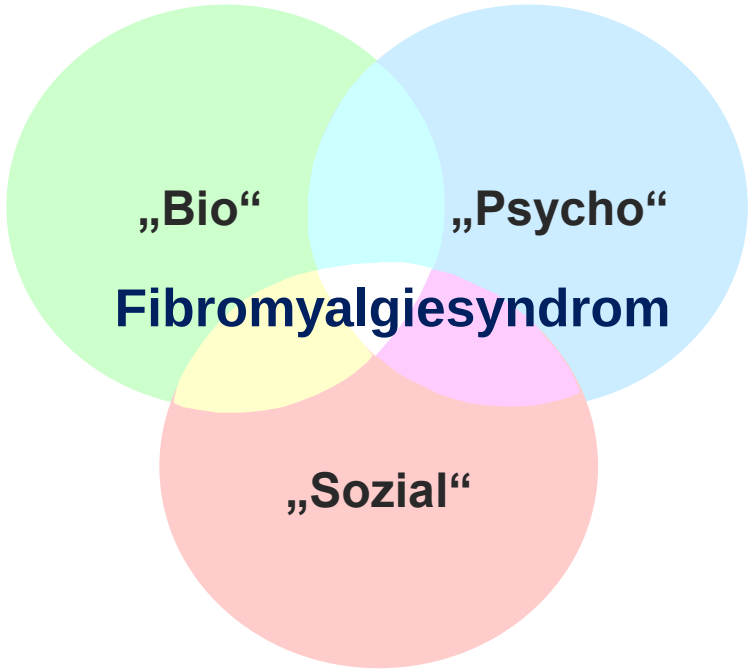
bei einer entsprechenden genetischen und lerngeschichtlichen Prädisposition

vegetative, endokrine und zentralnervöse Reaktionen aus,

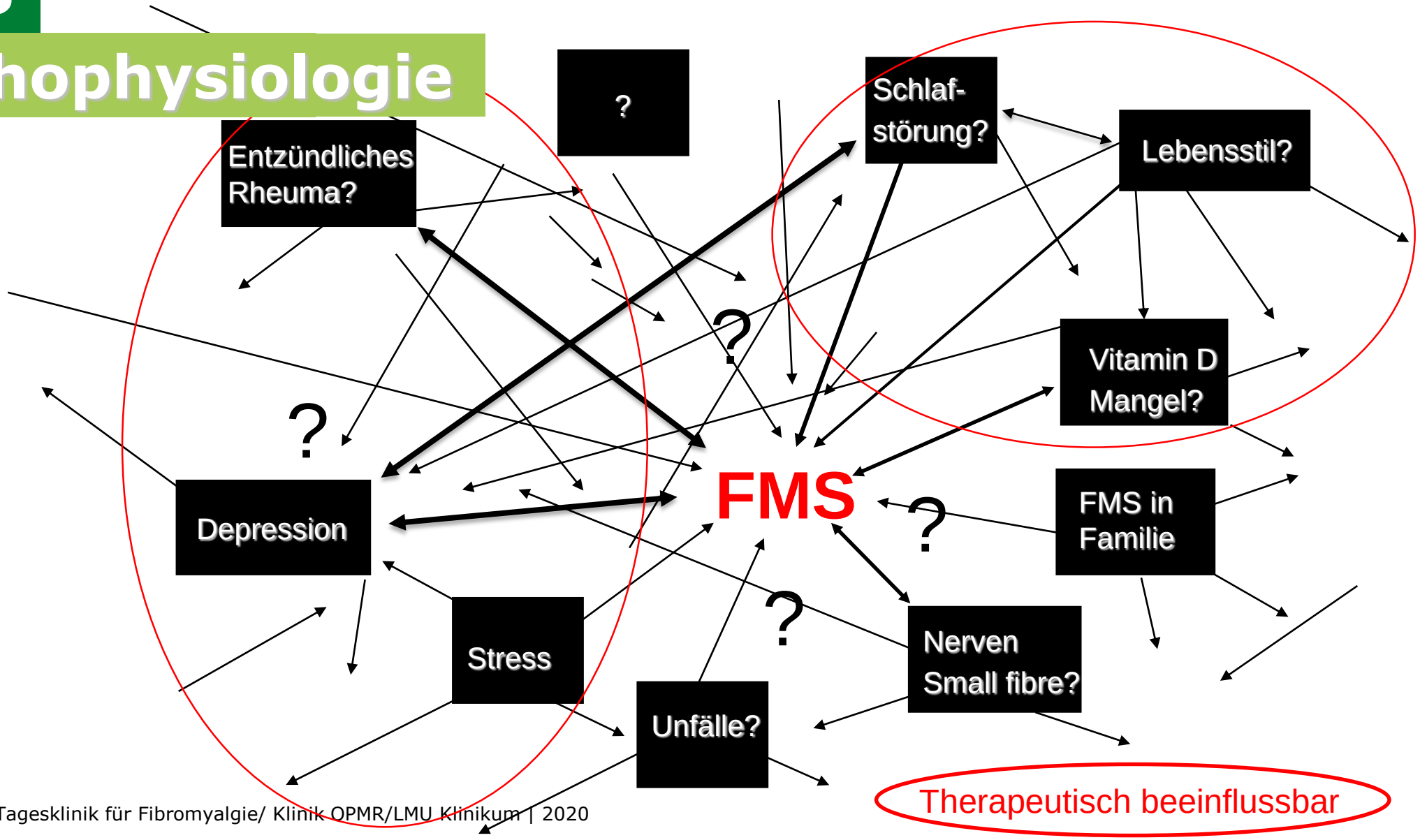
aus denen

die Symptome des FMS

wie Schmerz, Fatigue, Schlafstörungen, vegetative und psychische Symptome resultieren.



FMS
Pathophysiologie



FMS
Pathophysiologie

Es besteht eine Heterogenität
in der genetischen und lerngeschichtlichen Prädisposition
sowie in den vegetativen, endokrinen und zentralnervösen Reaktionen.

Das FMS ist eine **Endstrecke verschiedener** ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen.

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html

Fibromyalgiesyndrom FMS

Diagnosestellung

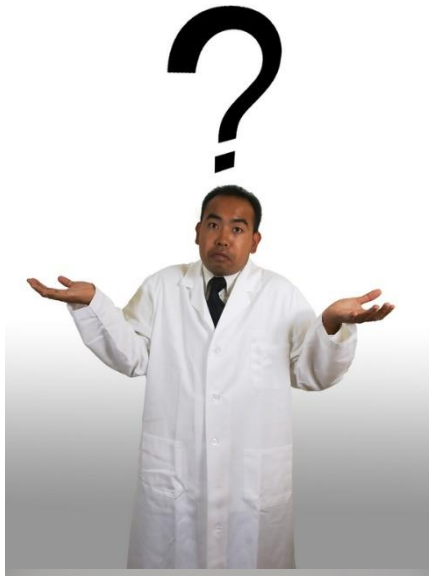
FMS - die häufig verkannte Erkrankung

FMS
Diagnosestellung

FMS - **Die nicht (an)erkannte**

Die “unsichtbare”

Erkrankung

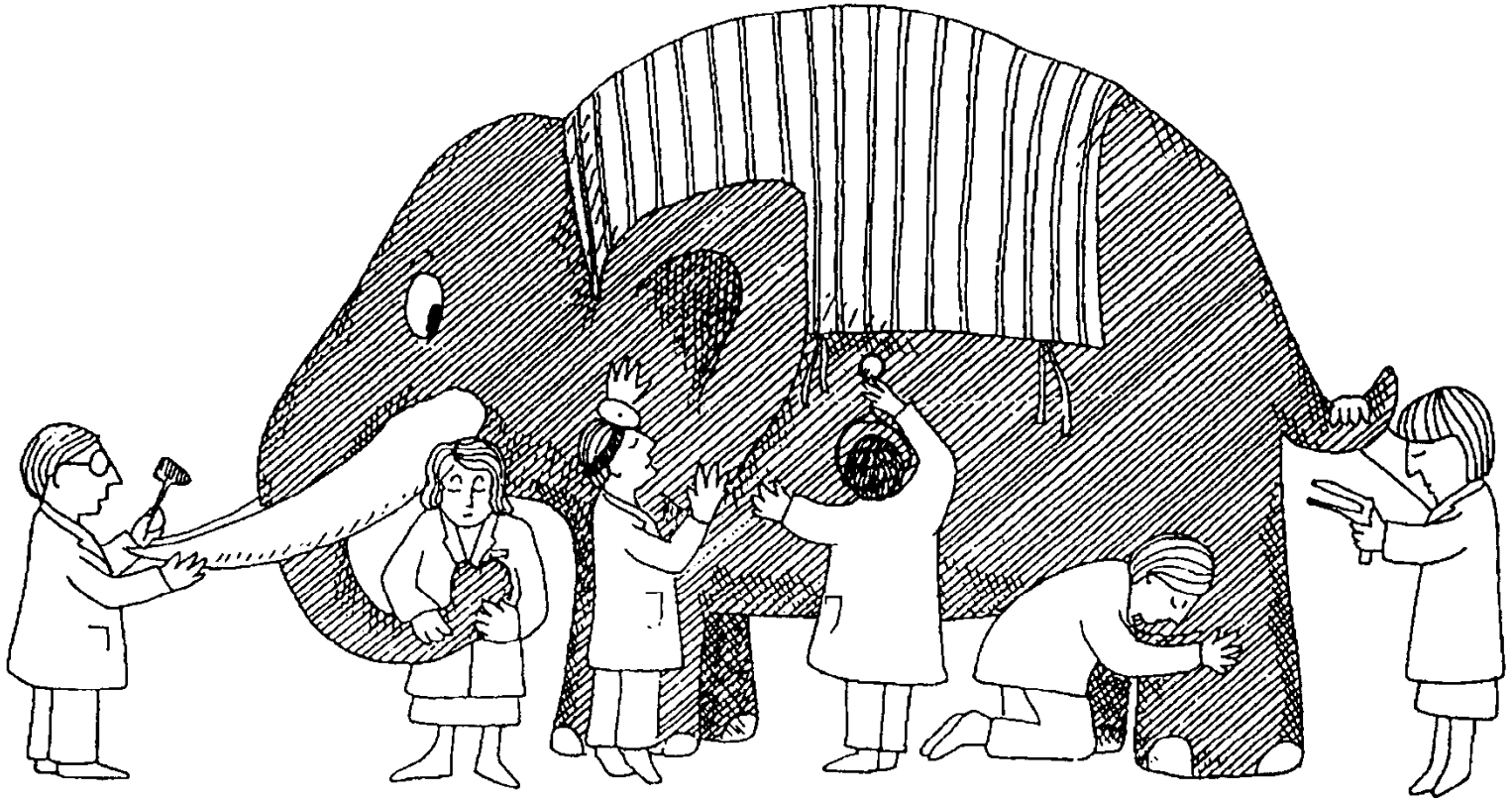


FMS

Diagnosestellung

The blind physician and the elephant

Block Rheum Dis Clin N Am 1993



FMS
Diagnosestellung

Nur Ca 1/3 mit der FM-Arztdiagnose
Erfüllt die FM-ACR2016-Ktiterien

Nur Ca 1/3 der Pat.
mit erfüllten FM-ACR2016-Ktiterien
erhält auch ärztlich die Diagnose FMS

ACR Open Rheumatology
Vol. 1, No. 1, March 2019, pp 43–51
DOI 10.1002/acr2.1006
© 2019 The Authors. *ACR Open Rheumatology* published by Wiley Periodicals, Inc. on behalf of American College of Rheumatology. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution NonCommercial License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

The Problematic Nature of Fibromyalgia Diagnosis in the Community

Sachin Srinivasan,[1] Eamon Maloney,[1] Brynn Wright,[1] Michael Kennedy,[2] K. James Kallail,[1] Johannes J. Rasker,[3] Winfried Häuser,[4] and Frederick Wolfe[5]

Background. Recently, some studies suggested that clinical diagnosis of fibromyalgia is inaccurate and does not reflect current definitions. However, this hypothesis has not been tested. We examined whether fibromyalgia was accurately diagnosed in the community.

Methods. We surveyed 3276 primary care patients to determine current fibromyalgia status by criteria (CritFM). We also determined whether the patients had a physician's diagnosis of fibromyalgia (MDFM) and the level of symptom severity as measured by the polysymptomatic distress scale (PSD).

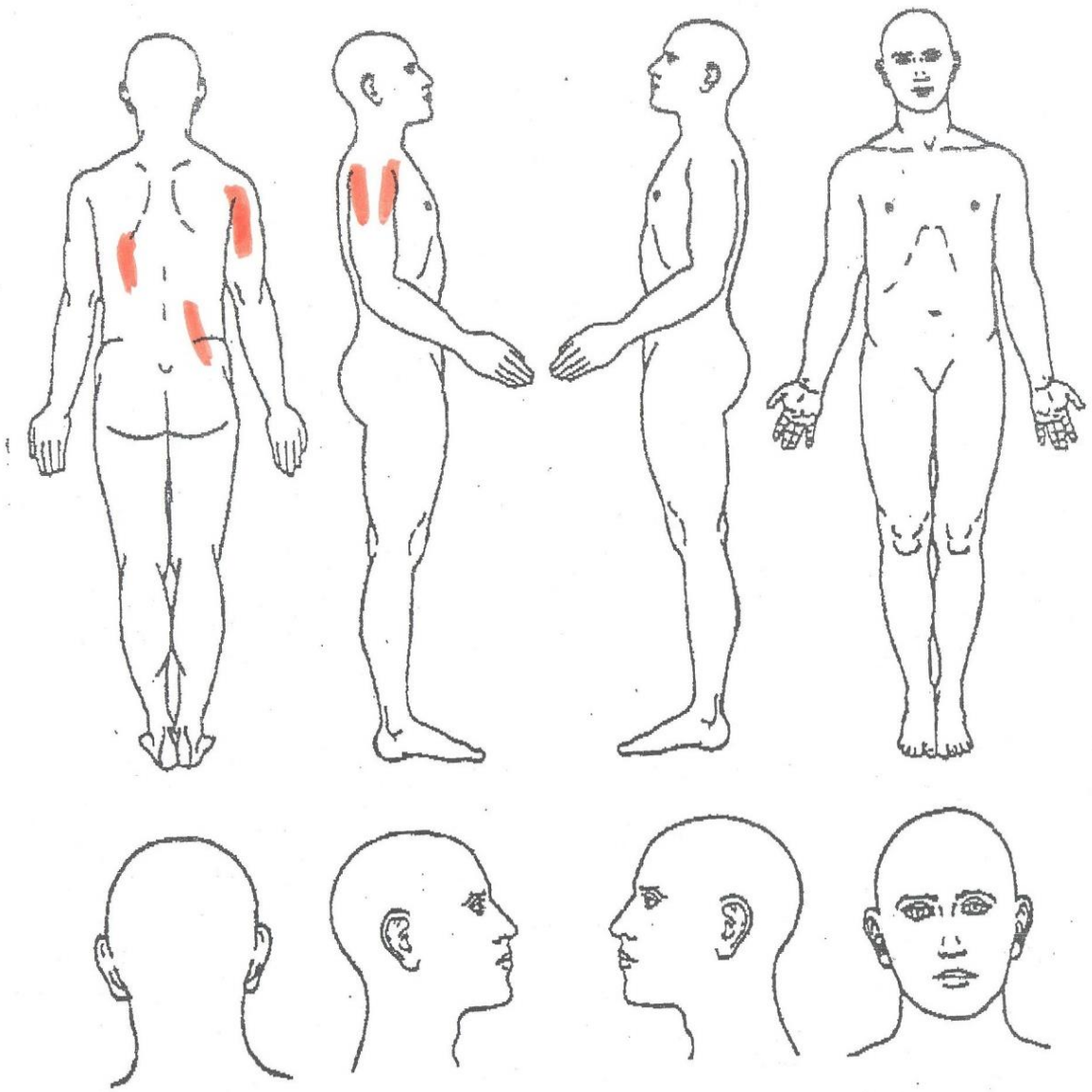
Results. The prevalence of MDFM and CritFM was 6.1% (95% confidence interval [CI] 5.3%, 6.9%) and 5.5% (95% CI 4.8%, 6.3%), respectively. However, only 32.2% with MDFM met 2016 criteria (CritFM), and only 35.4% with CritFM also had MDFM. The kappa statistic for diagnostic agreement was 0.296 (minimal agreement). The mean PSD score was 12.4 and 18.4 in MDFM and CritFM, respectively. The odds ratio for being a woman compared with being a man was 3.2 for MDFM versus 1.9 for CritFM, $P = 0.023$. Of the patients with MDFM, 68.3% received specific fibromyalgia pharmacotherapy.

Conclusions. There is little agreement between MDFM and CritFM. Only one-third of MDFM satisfy fibromyalgia criteria, and only one-third of patients who meet the criteria have a clinical diagnosis of fibromyalgia. Physician diagnosis is biased and more likely in women. Fibromyalgia treatment is common in MDFM (70.7%). Overall, MDFM appears subjective and unrelated to fibromyalgia criteria. There appears to be no common definition of fibromyalgia in the community.

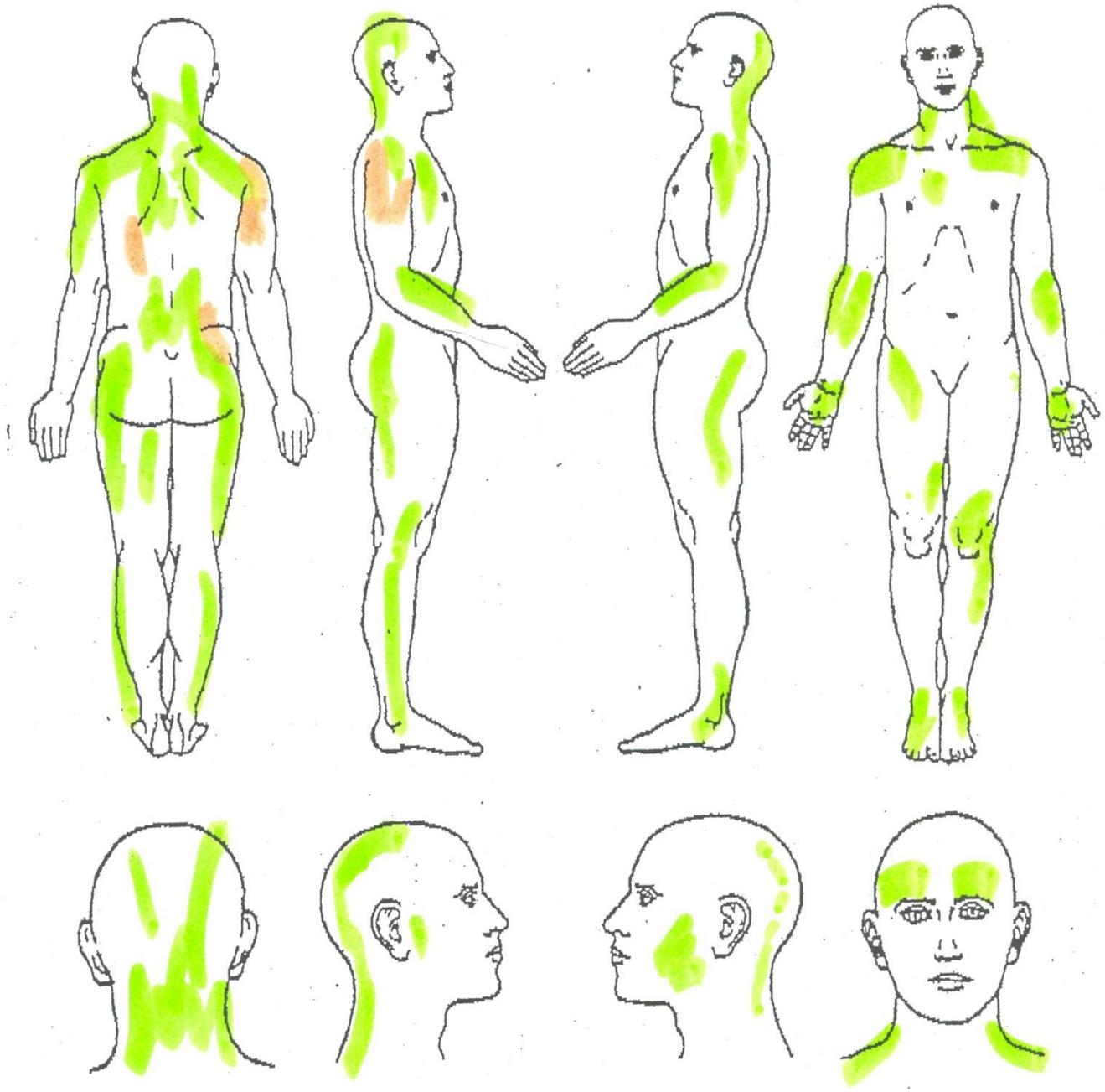
FMS
Diagnosestellung

Empfohlenes Vorgehen

S3 Leitlinie FMS
http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html



Haben Sie auch wirklich alle Schmerzorte eingezeichnet?



FMS
Diagnosestellung

S3 Leitlinie FMS - http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html

- Anamnese: Schmerzskizze/ ACR2016; Nebensymptome, funktionelle Syndrome, Beeinträchtigungen in Alltagsfunktionen;
- Ursachenüberzeugungen, psychosoziale Stressoren, lebens-gesch. Ereignisse, psychiatrisch/-therapeutische Behandlungen (evtl. Facharzt)
- Vollständige Medikamentenanamnese
- Vollständige körperliche Untersuchung
- Labor: BSG, CRP, bb, CK, Ca, TSH, 25 OH-Vitamin D (weitere nur nach Klinik)

- Keine weitere apparative Diagnostik bei typischer Klinik!

Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens

FMS
Diagnosestellung

S3 Leitlinie FMS - http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html

Anamnese, Symptome > 3 Monate :

- Ganzkörperschmerzen/ CWP(Schmerzskizze), Weitere Symptome
- Müdigkeit, nicht-erholsamer Schlaf, Schlafstörungen, seelische Beschwerden, Steifigkeits- und Schwellungsgefühl Hände/Füße/Gesicht

und/ oder
nach ACR 2010 bzw. modifizierten 2011/2016 Kriterien

- CWP ≥ 4/5 Regionen; Regionaler Schmerzindex ≥ 7/19 (WPI) +
- Symptomschwerescore ≥ 5 (SS 0-12): Summe von Müdigkeit, nicht erholsamer Schlaf, kognitive Probleme (jeweils 0=nicht vorhanden bis 3= extrem ausgeprägt); vegetative/ funktionelle Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Depression (0=nicht vorhanden bis 3=große Anzahl);
- Beschwerden der letzten 7 Tage, auch > 3 Monate

und
Körperliche Untersuchung (optional > 10/18 Tenderpoints, ACR 1990 ← Disstress):
Ausschluss einer körperlichen Erkrankung, welche das typische Symptommuster ausreichend erklärt
Der Nachweis einer anderen Erkrankung schließt FMS nicht aus!

FMS Diagnosestellung

nach S3-Leitlinie,
den ACR 2010 bzw.
modifizierten 2011/ 2016
Kriterien

Häuser W, Jung E, Erbslöh-Möller B, Gesmann M, Kühn-Becker H, Petermann F, Langhorst J, Weiss T, Winkelmann A , Wolfe F (2012) Validation of the Fibromyalgia Survey Questionnaire within a Cross-Sectional Survey. PLoS ONE 7(5): e37504. doi:10.1371/journal.pone.0037504

Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Häuser W, Katz RL, Mease PJ, Russell AS, Russell IJ, Walitt B. 2016 Revisions to the 2010/2011 fibromyalgia diagnostic criteria. Semin Arthritis Rheum. 2016 Dec;46(3):319-329. doi: 10.1016/j.semarthrit.2016.08.012. Epub 2016 Aug 30.

FMS-Beschwerdefragebogen nach ACR 2010/ modifiziert 2011/ 2016
(I. Schmerzindex; II. +III. Symptomschwerescore)

I. Bitte geben Sie an, ob Sie in **den letzten 7 Tagen** **Schmerzen oder Berührungsempfindlichkeit** in den unten aufgeführten Körperregionen hatten. Bitte kreuzen Sie das jeweilige Kästchen an, wenn diese Körperregion schmerzhaft oder druckempfindlich ist. Bitte bewerten Sie die rechte und linke Seite getrennt.

☐ Kiefer, links ☐ Schulter, links ☐ Oberarm, links. ☐ Unterarm, links	☐ Kiefer, rechts ☐ Schulter, rechts ☐ Oberarm, rechts ☐ Unterarm, rechts	☐ Nacken ☐ Oberer Rücken (Brustwirbelsäule) ☐ Unterer Rücken/Kreuz ☐ Brustkorb ☐ Bauch
☐ Hüfte, links ☐ Oberschenkel, links ☐ Unterschenkel, links	☐ Hüfte, rechts ☐ Oberschenkel, rechts ☐ Unterschenkel, rechts	☐ In keiner der genannten Körperregionen Schmerzen

CWP >/= 4/5 Regionen
(OEX li/re, UEX li/re, Achse)

Generalisierter Schmerzindex
>/= 7
von max. 19 Regionen

II. Bitte geben Sie an, wie ausgeprägt die folgenden Beschwerden **in der letzten Woche** bei Ihnen waren, in dem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen.

0: Nicht vorhanden
1: Geringfügige oder mild ausgeprägt; im Allgemeinen gering und/oder gelegentlich auftretend
2: Mäßige oder deutlich ausgeprägt; oft vorhanden und/oder mäßige Intensität
3: Stark ausgeprägt: ständig vorhandene, lebensbeeinträchtigende Beschwerden

Tagesmüdigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Probleme beim Denken oder Gedächtnis	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
Morgenmüdigkeit (müde, nicht erholsamer Schlaf)	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

III. Wurden Sie in den **letzten 6 Monaten** durch eines der folgenden Symptome geplagt?

Schmerzen oder Krämpfe im Unterbauch:	☐Ja	☐Nein
Depression:	☐Ja	☐Nein
Kopfschmerz:	☐Ja	☐Nein

Symptomschwerescore
>/= 5 von maximal 12

IV. Symptomatik zu I. bis III. auch > 3 Monaten vorhanden ☐Ja ☐Nein

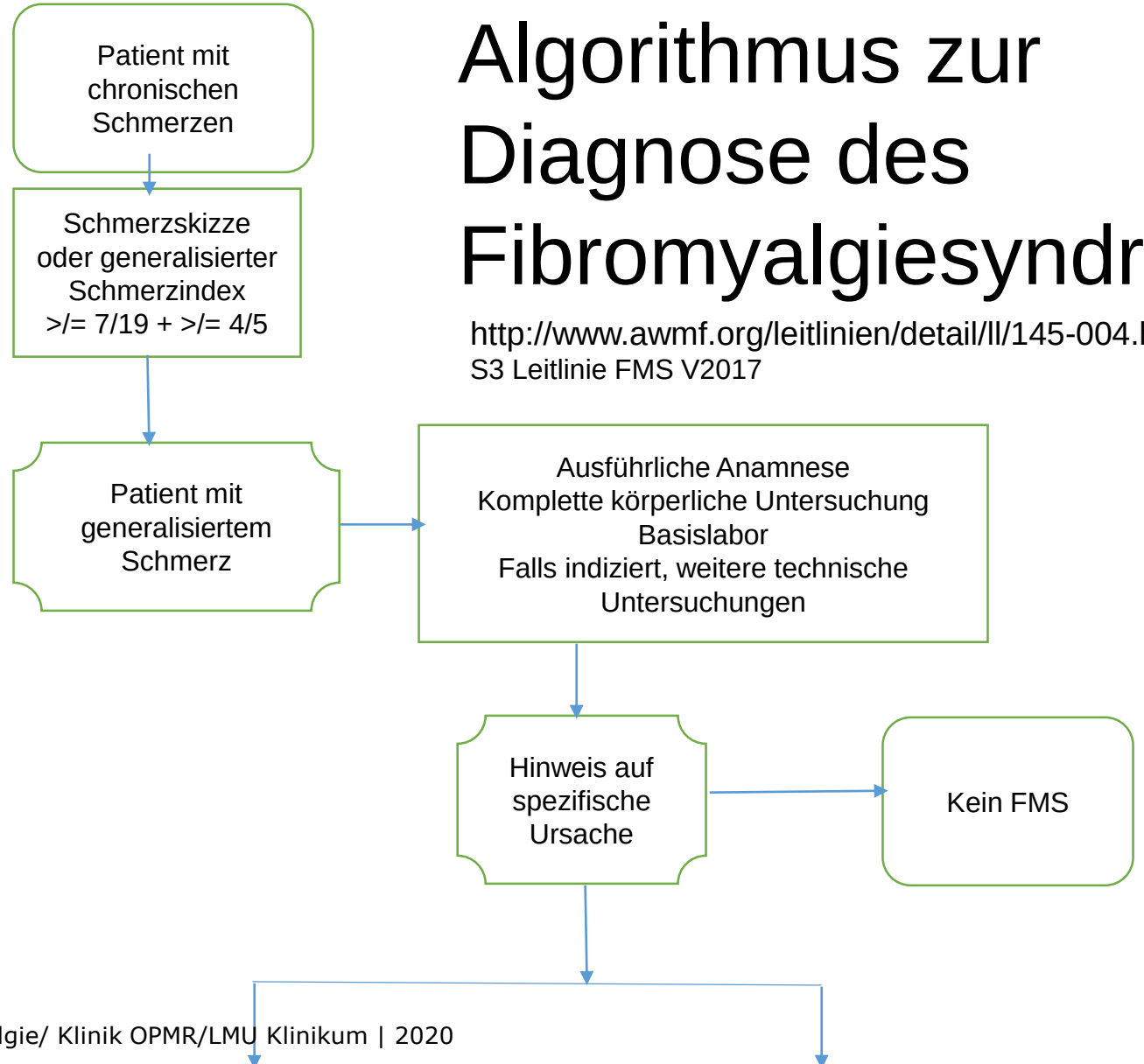
Auch letzte 3 Monate?

FMS Diagnosestellung

LMU KLINIKUM

Algorithmus zur Diagnose des Fibromyalgiesyndroms

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html
S3 Leitlinie FMS V2017



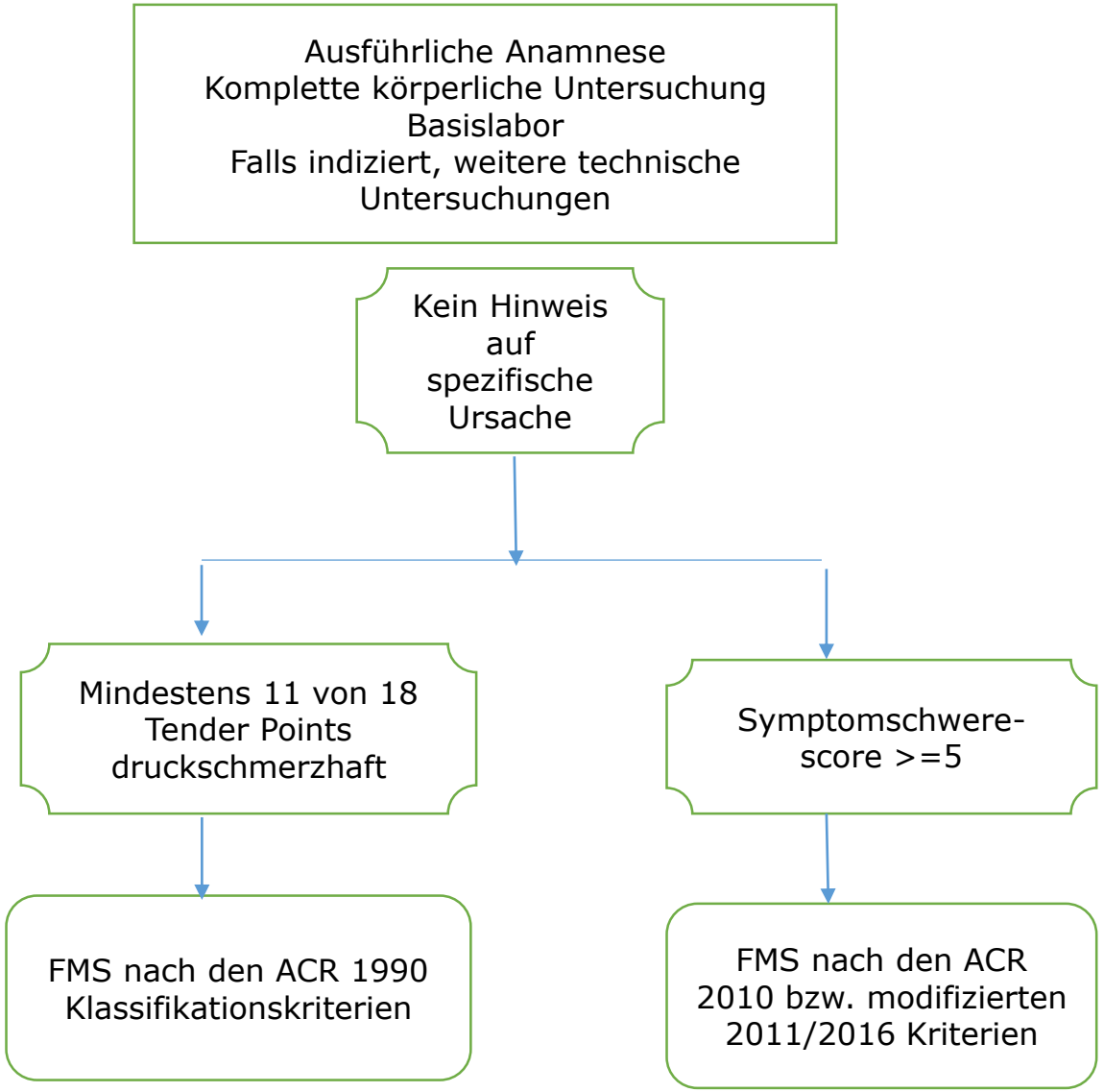
Wichtige Differentialdiagnosen CWP spezifische Ursache von chronischen Schmerzen in mehreren Körperregionen

Innere Erkrankungen	Neurologische Erkrankungen
Chronisch entzündliche rheumatische Erkrankungen	Entzündliche Myopathien
Chronische Hepatitis C	Metabolische Myopathien
Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	Degenerative Myopathien
Zöliakie	Endokrine Myopathien
Osteoporose	Myotonien
Hyper-/Hypoparathyreoidismus	Toxische Myalgien
Hyper-/Hyopthyreose	Myalgien bei seltenen Erkrankungen (z. B. Stiff person Syndrom)
Vitamin-D-Mangel	Myalgien bei Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems

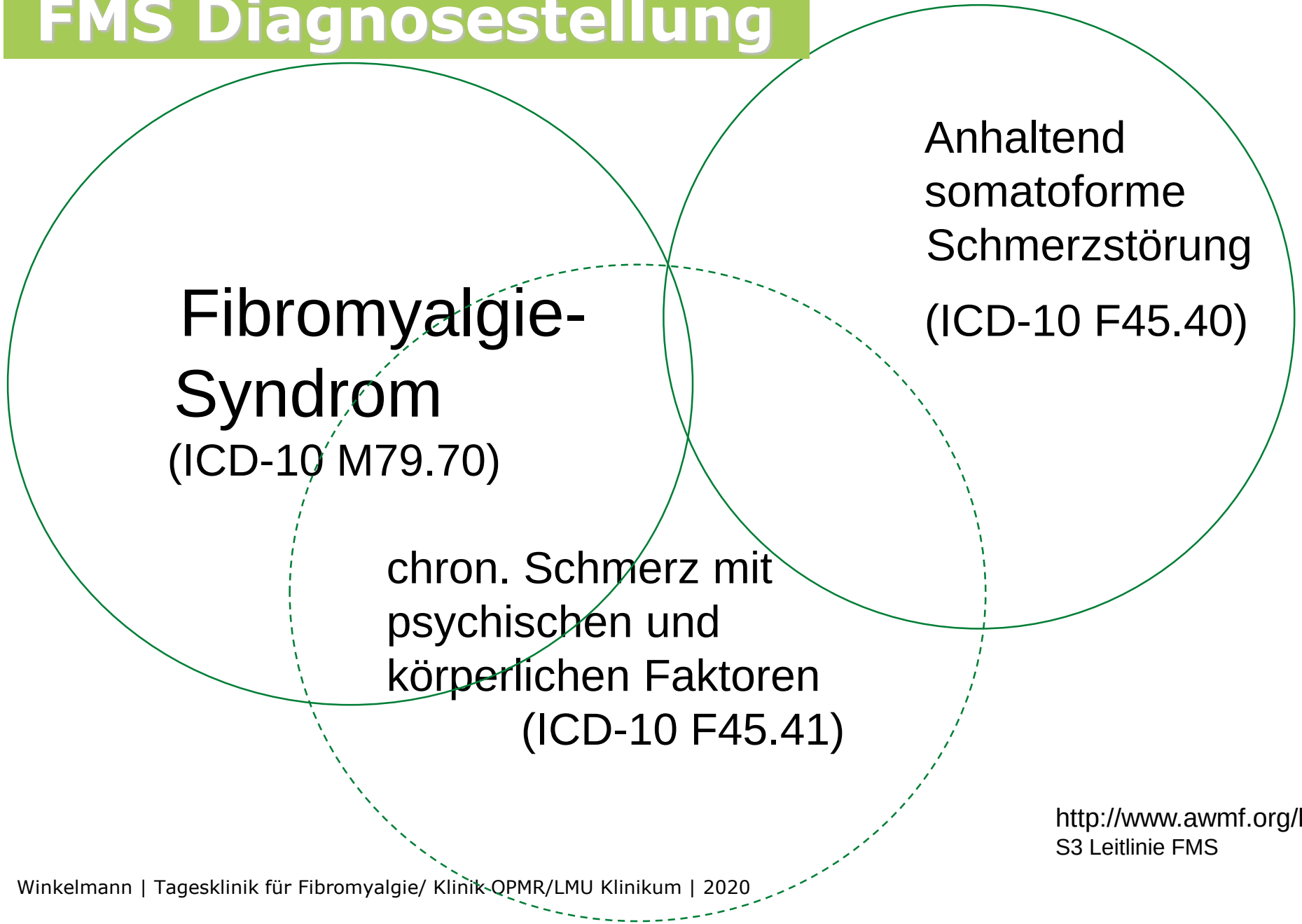
FMS Diagnosestellung

Algorithmus
zur Diagnosestellung des FMS

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html
S3 Leitlinie FMS V2017



FMS Diagnosestellung



http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html
S3 Leitlinie FMS

FMS Diagnosestellung

Chronischer Schmerz in mehreren Körperregionen ohne spezifischen somatischen Krankheitsfaktor:

Die Kriterien eines FMS (ICD -10 M79.70) und die einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F45.41)

erfassen zum Teil überlappende, zum Teil unterschiedliche klinische Charakteristika von Personen mit CWP (chronic widespread pain) ohne spezifischen somatischen Krankheitsfaktor.

Das FMS ist **nicht** pauschal mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung bzw. einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren gleichzusetzen

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html
S3 Leitlinie FMS

Fibromyalgiesyndrom FMS

Therapie

90% berichten,

die Diagnose sei der
wichtigste und hilfsreichste Faktor
im Laufe der Erkrankung

Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, Burgess SM, Palmer SC, Abetz L, Martin SA. Patient Perspectives on the Impact of Fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. 2008 October ; 73(1): 114–120. doi:10.1016/j.pec.2008.06.0

Hughes G, Martinez C, Myon E, Taïeb C, Wessely S. The Impact of a Diagnosis of Fibromyalgia on Health Care Resource Use by Primary Care Patients in the UK. Arthritis & Rheumatism Vol. 54, No. 1, January 2006, pp 177–183 DOI 10.1002/art.21545

FMS
Therapie
Allgemeine Therapieziele

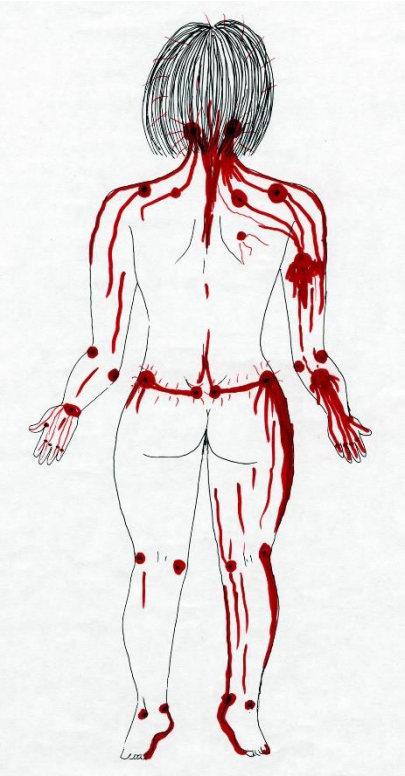
1. Diagnosesicherung und Identifikation von Begleiterkrankungen.

2. Aufklärung von Patient und Familienmitgliedern über die Krankheit.

White KP et al, Arthritis Rheum 2002 Jun 15;47(3):260-5
Burckhardt CS et al, Baillieres Clin Rheumatol 1994 Nov;8(4):935-55
Goldenberg DL, UpToDate 2013
Annemanns L et al, Health economic consequences ..., Arthritis Rheum 2008 March; 58 (3): 895 - 902

FMS
Therapie

Aufklärung, Information
Prognose



Keine erhöhte Mortalität,

Keine Gefahr im Rollstuhl zu landen,

Keine Heilung (Ausnahmen),

Verbesserung im Umgang mit den Beschwerden
nach Aufklärung über die Erkrankung,
Akzeptanz des FMS,
Anleitung zu Selbsthilfe
bei eigenem aktiven Handeln

FMS Therapie

Allgemeine Therapieziele

1. Diagnosesicherung und Identifikation von Begleiterkrankungen.
2. Aufklärung von Patient und Familienmitgliedern über die Krankheit.
3. Individuelle Behandlung, wie bei allen chronischen Schmerzsyndromen.
4. Formulierung und Einigung auf realistische Therapieziele.
5. Vermeidung unnötiger diagnostischer Maßnahmen und/oder Operationen.

White KP et al, Arthritis Rheum 2002 Jun 15;47(3):260-5
Burckhardt CS et al, Baillieres Clin Rheumatol 1994 Nov;8(4):935-55
Goldenberg DL, UpToDate 2013
Annemanns L et al, Health economic consequences ..., Arthritis Rheum 2008 March; 58 (3): 895 - 902

Spezifische Therapie – FMS Leitlinie
Evidenz für aerobes Ausdauertraining

- Winkelmann

FMS - Therapie - leitlinienbasiert

	Evidenzgrad	Empfehlungsgrad	Konsens
Aerobes Ausdauertraining	Ia	A	stark
geringe bis mittlere Intensität, (z. B. schnelles Spazierengehen, Walking, Fahrradfahren bzw. Ergometertraining, Tanzen, Aquajogging),			
Wassergymnastik (Kombination aerobes Training, Flexibilität-, Koordinations- und Kräftigungsübungen).	Ia	A	stark
Trockengymnastik (Kombination aerobes Training, Flexibilität-, Koordinations- und Kräftigungsübungen)	IIa	A	stark
Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik) soll in einer Häufigkeit von 2mal/Woche (mindestens 30 Minuten)	IIa	A	stark
jeweils mindestens 30 Min., dauerhaft ≥ 2-3x/Woche)			
Entspannungsverfahren in Kombination mit aerobem Ausdauertraining	Ia	A	stark
Kognitive/ operante Verhaltenstherapie alleine und in Kombination mit aerobem Ausdauertraining	Ia	A	stark
Meditative Bewegungstherapien (Tai-Chi, Qi-Gong, Yoga, Feldenkrais,...)	Ia	A	stark

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html S3 Leitlinie FMS

FMS - Therapie - leitlinienbasiert

	Evidenzgrad	Empfehlungsgrad	Konsens
Krafttraining (geringe bis mittlere Intensität, 2x60 Min./Woche)	Ia	B	stark
Spa-Therapie Hydrotherapie (warmes Wasser inkl. Whirlpool), Spatherapie (Baden in mineralhaltigem Wasser) und Thalassotherapie (Baden in Meerwasser)	Ia	B	stark
Medikamente/ Duloxetin 60mg/d zeitlich befristet bei FMS-Pat. **mit komorbiden depressiven Störungen u./od. generalisierter Angststörung**	Ia	B	stark
Medikamente/ Pregabalin 150-450mg/d zeitlich befristet bei FMS-Pat. **mit komorbider generalisierter Angststörung**	Ia	B	stark
Medikamente/ TCA Amitriptylin 10-50 mg/d zeitlich befristet	IIa	B	stark
Kalorienreduzierte Kost/Gewichtsabnahme bei FMS **+ Adipositas**	IIb	B	stark

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html S3 Leitlinie FMS

FMS – medikamentöse Therapie

+ **TCA** bei chronischen Schmerzen und Schlafstörungen empfohlen
Amitriptylin (oder ggf. Trimipramin oder Mirtazapin, Hierzu keine Leitlinienempfehlung) (sehr kleine Dosis abends 10-12 Std. vor dem Aufstehen, beginnend z.B. 5-15 mg, ggf. Tropfen, ggf. Steigerung der Dosis im Intervall bis max. 50mg;

+ **SNRI** Duloxetin (Cymbalta) 60mg **bei Begleiterkrankung Major Depression oder generalisierter Angststörung** empfohlen, *andere Antidepressiva (**SSRI** Fluoxetin/Paroxetin je 20-40mg/d) können in Erwägung gezogen werden.*
Antikonvulsiva Pregabalin (Lyrica) bei Begleiterkrankung generalisierte Angststörung, Aufdosierung 150-450 mg/d;

+/- offene bzw. **keine negative od. positive Empfehlung** (zeitlich befristet):
Ggf. + Quetiapin (30-300mg/d) bei Major Depression bei fehlendem Ansprechen auf Duloxetin
keine Empfehlung (da Evidenz sehr gering): Metamizol oder Paracetamol (je max. 3g/d) oder Aspirin, Tramadol ret. (beginnend z.B. 50mg alle 8 Std.; Max. 400mg/d), Gabapentin, Guafenisin (1200 mg/ Tag) , Tilidin (keine Studien)
für FMS alleine für alle Medikamente off-label-use

- **Nicht eingesetzt werden sollten** (wegen fehlendem Wirknachweis und möglicher Gefährdung durch Nebenwirkungen) bzw. nur bei Indikation durch eine Begleiterkrankung NSAR oder Cortikoide,
Cannaboide, Flupirtin, Muskelrelaxantien, Monoaminooxidasehemmer

— **nicht eingesetzt werden sollen (stark negative** Empfehlung wegen fehlendem Wirknachweis, möglicher Abhängigkeit, Gefährdung durch Nebenwirkungen) starke Opiate (z.B. Morphin, Fentanylpflaster), Anxiolytika/Benzodiazepine (z.B. Diazepam, Tetrazepam), Hypnotika, Hormone, Dopaminagonisten, Antivirale Substanzen, Interferone, intravenös Ketamin oder Lokalanästhetika, Natriumoxybat, Serotoninrezeptor (5HT3)-Antagonisten.

Beachtung von Kontraindikationen/ möglichen Nebenwirkungen. Die Nutzen/Risiko-Relation soll überprüft werden.
Die Schmerzmedikation empfehlen wir phasenweise einzusetzen, eine Dauermedikation ist kritisch zu prüfen (abhängig von auftretenden Wirkungen und Nebenwirkungen; keine/wenig Langzeitstudien).

http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html S3 Leitlinie FMS

FMS
Auswahl Therapieverfahren

Präferenzen und Komorbiditäten der Pat. Berücksichtigen

<u>Bei leichten Formen des FMS:</u>
Pat. zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung ermutigen

„Aktiv bleiben” mit FMS

FMS

Evaluation – Wie erfolgte die Therapie?

Präferenzen und Komorbiditäten der Pat. berücksichtigen

<u>Bei leichten Formen des FMS:</u>
Pat. zu angemessener körperlicher und psychosozialer Aktivierung ermutigen

FMS - Therapie

Evaluation – Wie erfolgte die Therapie?

Wie wurden die Therapiemaßnahmen durchgeführt?

Wie regelmäßig konnte ein selbständiges Training ausgeführt werden?

FMS
Auswahl Therapieverfahren

Bei schweren Verläufen des FMS:
körperbezogene Therapien (Aerobes Ausdauertraining, Meditative Bewegungstherapien wie Tai-Chi/ Qi-Gong u.a.)
sowie multimodale Therapien (mindestens ein körperl. aktivierendes mit einem psychologisch/ psychotherapeutischen Verfahren)

Langzeittherapie:
eigenständig einsetzbare Verfahren, z.B. an individuelles Leistungsvermögen angepasstes Ausdauer- u./od. Krafttraining, Stretching, Wärmetherapie

FMS
Multimodale Therapie

Tagesklinik für Fibromyalgie
Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin und Rehabilitation
LMU Klinikum
Campus Innenstadt
Ziemssenstraße 1
80336 München

Ärztliche Leitung
Dr. med. Andreas Winkelmann

Psychologische Leitung
Lea Brigitta Müller, Psychologin M.Sc.

Therapeutische Leitung
Martin Fischer

Klinikdirektor
Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson

Kontakt und Anmeldung für Arzttermine

E-Mail: FMTK_Sekretariat@med.uni-muenchen.de

Der Fragebogen für die Terminvergabe kann über das Internet (Suche: „Tagesklinik für Fibromyalgie Fragebogen") aufgerufen werden.

TK-Sekretariat 089-4400-52495

Wegbeschreibung

- Ziemssenstraße
- im EG Haupteingangsbereich Gang nach rechts
- dann Gang nach links
- dann nach ca. 20 m links zur „Physikalischen Medizin"
- Anmeldung zur Ambulanz und Tagesklinik für Fibromyalgie

LMU KLINIKUM
Klinik und Poliklinik
für Orthopädie, Physikalische
Medizin und Rehabilitation

LMU KLINIKUM

Tagesklinik
für Fibromyalgie
am LMU Klinikum

Web-Links zur Information

Tagesklinik für Fibromyalgie
http://reha.klinikum.uni-muenchen.de/Behandlungsspektrum/Tagesklinik/schwerpunkte_tk/fibromyalgie/index.html

S3-Leitlinie Fibromyalgiesyndrom
http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html

Winkelmann | 2020

Tagesklinik für Fibromyalgie
Multimodale Therapie

Gesamtziele

Hilfe zur Selbsthilfe

Entwicklung eigener Coping-, Selbstkompetenz- und Schmerzbewältigungsstrategien

Stärken/Ressourcen bewusst einsetzen lernen, Eigenverantwortung übernehmen

Übertragung der erlernten Verhaltensänderungen in den persönlichen Alltag

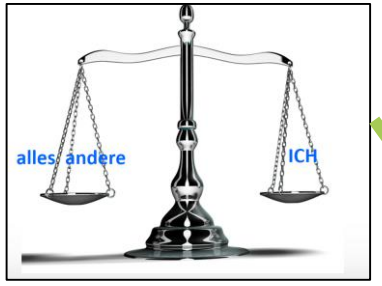
Verbesserung der Lebensqualität, Alltagsbewältigung und Selbstständigkeit

Tagesklinik für Fibromyalgie

Multimodale Therapie

Inhalte - Module

Ergotherapie / Kreativprogramme



Psychologie

Physiotherapie/ QiGong

Passive Maßnahmen

Ärztliche Aufklärung über das Krankheitsbild

Ernährungsberatung

FMS

Erfolgreiche Therapie – realistische Ziele

Verbesserungen der Lebensqualität können auch bei FMS, der komplexen Schmerzerkrankung erzielt werden

Das Hauptziel ist die Funktion zu verbessern, nicht den Schmerz zu beseitigen

Veränderungen brauchen Zeit, auch bei

- an die individuelle Leistungsfähigkeit und Begleiterkrankungen angepasste Therapiemaßnahmen
- optimaler Therapie mit eigenem aktiven Handeln

Information zum Fibromyalgiesyndrom (FMS)

Zusammenfassung

ACR 1990, 2010/2016 – FMS-Leitlinie
Korrekte Diagnosestellung notwendig –
Diagnosestellung für Pat. wichtigster Faktor
Häufig entzündlich rheumatische Erkrankung als DD und Begleiterkrankung

Therapie bio-psycho-sozial, realistisch palliativ
Ausdauer-/Kraft-/ Körperwahrnehmungstraining (+), Verhaltenstherapie (+), Medikation (+/-)

Erhöhte proinflammatorische Zytokinprofile, Pathologien im zentralen und peripheren Nervensystem spezifisch?
ein spannendes Forschungsfeld >> ggf. neue Therapien

LMU KLINIKUM

Information zum Fibromyalgiesyndrom

Tagesklinik für Fibromyalgie

STRATEGIEN ENTDECKEN

FÜR FUNKTION UND LEBENSQUALITÄT

"Wir können den Wind nicht ändern, aber die Segel anders setzen." Aristoteles 384-322 v. Chr.

LMU KLINIKUM
Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

Vielen Dank!

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an

Sekretariat Tagesklinik für Fibromyalgie
E-Mail: FMTK_Sekretariat@med.uni-muenchen.de

ArGe München, Landesverband Bayern,
Deutsche Rheuma Liga e.V.
kontakt@rheuma-liga-muenchen.de

LMU KLINIKUM

Was sind hilfreiche Strategien im Umgang mit der Fibromyalgie?

Feedback von TeilnehmerInnen der Tagesklinik

Psychologisch/ Psychotherapeutische Tips

bewusst genießen, Gespräche, Freunde, soziale Kontakte

Rhythmus, Regelmäßigkeit

(eigene) Grenzen anerkennen

Ehrlich sein

Widerstände überwinden

Neue Strategien entdecken

Sich Zeit nehmen um zu verstehen und verstanden zu werden

LMU KLINIKUM

Frage an Fibromyalgie Patienten:

Was können Ihre Schmerzen für eine Botschaft sein?

LMU KLINIKUM

LMU KLINIKUM

„Ich vermute, dass es ein Hilferuf meiner Seele ist.
Ich unterdrücke weitgehend meine eigenen Bedürfnisse und gehe körperlich und seelisch oft über meine Grenzen “

LMU KLINIKUM

„Höre auf Deinen Körper: er sendet Dir die Botschaft
Pausen zu machen, nicht mehr perfekt zu sein,
zu delegieren, das Leben zu genießen “

Lassen Sie ein Leben außerhalb der Fibromyalgie zu

Nehmen Sie sich Zeit für den Anderen

Fibromyalgie betrifft die ganze Familie

Was können Angehörige beitragen?

Informieren Sie sich

Versichern Sie dem Betroffenen, dass Sie ihm glauben

Bieten Sie praktische Hilfe an

Gehen Sie mit zu den Arztterminen

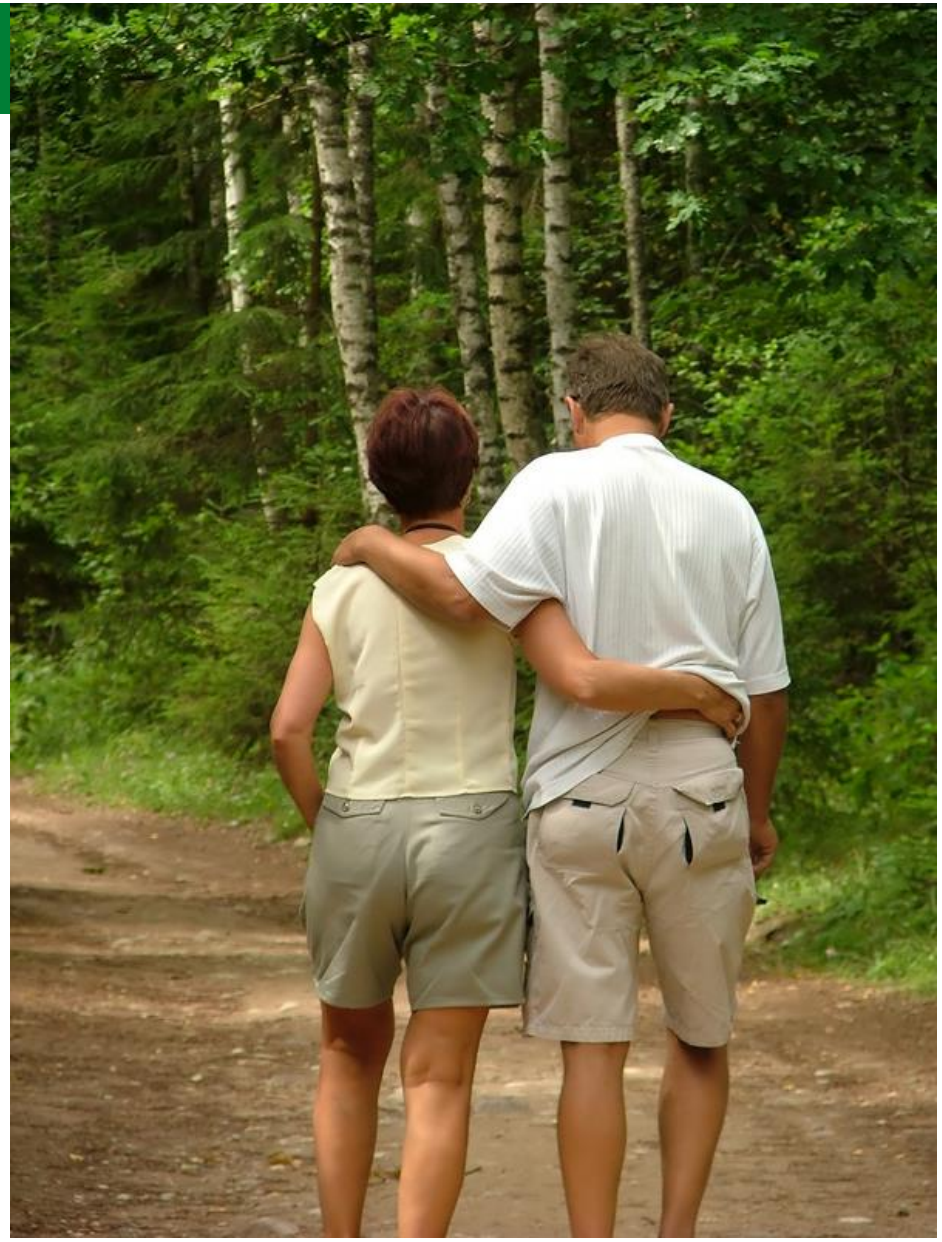
Unternehmen Sie gemeinsame Aktivitäten, die man flexibel gestalten kann

Seien Sie mit Ratschlägen zurückhaltend

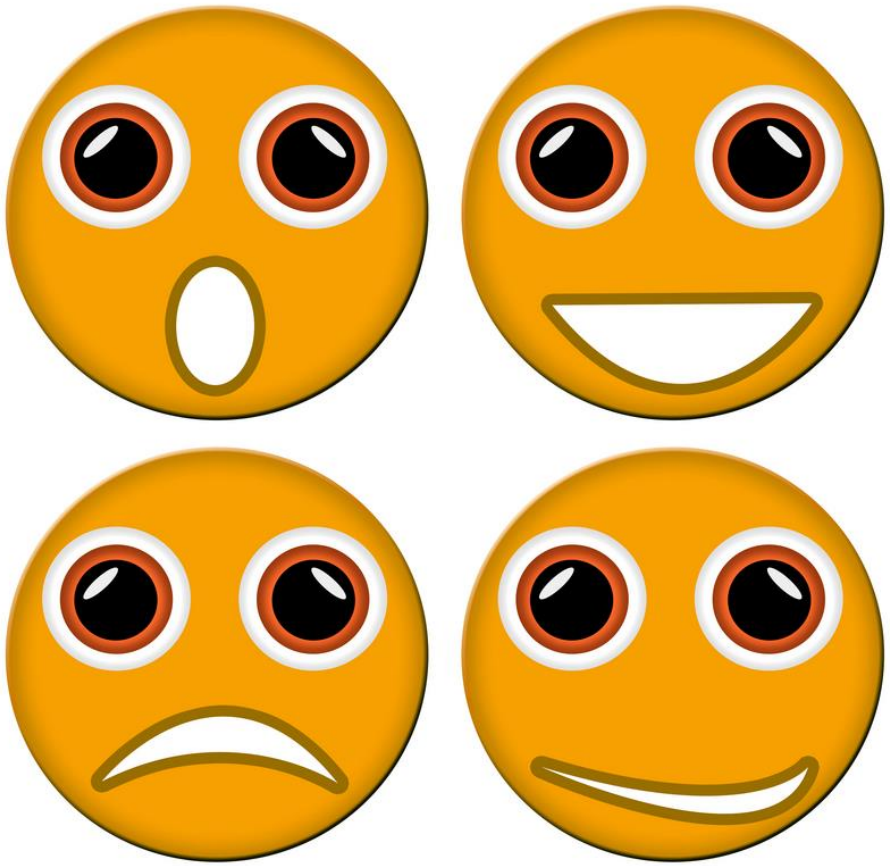
Hören Sie einfach mal zu

Fingerspitzengefühl entwickeln

Reden Sie miteinander



Seien Sie auf Stimmungsschwankungen gefasst

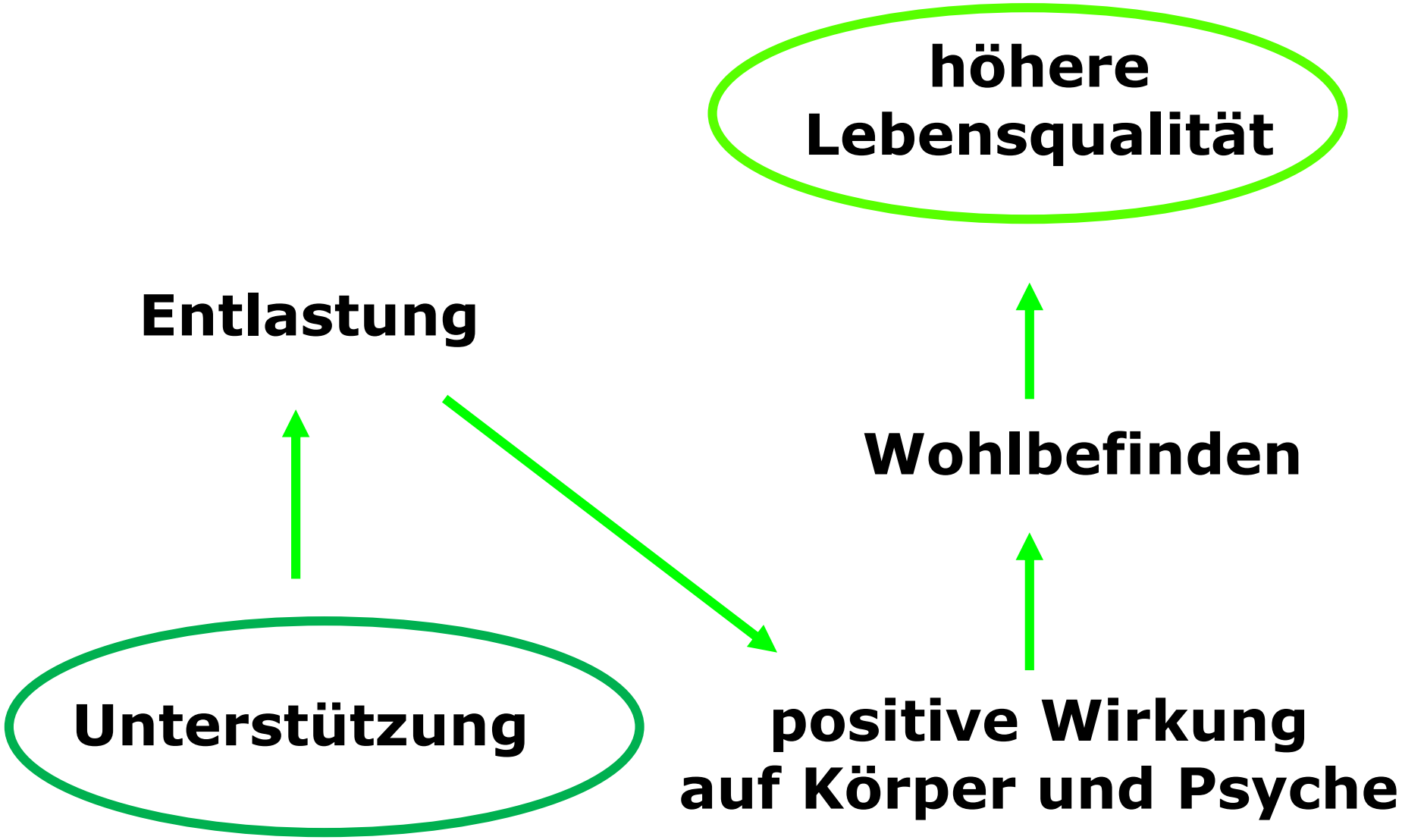


Fragen Sie, wenn Sie etwas nicht verstehen!

Seien Sie aufmerksam, nicht nur, wenn der Schmerz eintritt

LMU KLINIKUM

Entwickeln Sie ein Leben außerhalb der Fibromyalgie


höhere Lebensqualität
Entlastung
Wohlbefinden
Unterstützung
positive Wirkung auf Körper und Psyche

LMU KLINIKUM