

Therapiestrategien der Fibromyalgie

PD Dr. med. Matthias Seidel, ZurzachCare Rehaklinik Freihof, Baden



PD Dr. med.
Matthias Seidel

Zusammenfassung

Die Fibromyalgie ist eine chronische Schmerzstörung mit unterschiedlichen pathophysiologischen Mechanismen. Demzufolge sollten verschiedene therapeutische Ansätze nach präziser differenzialdiagnostischer Abklärung verfolgt werden. Zur Verfügung stehen psychologische, physiotherapeutische und medikamentöse Massnahmen. Meist ist eine Kombination verschiedener Regime erforderlich. Langzeitbehandlungen sollten eine Reduktion der Schmerzsymptomatik, Verbesserung der Lebensqualität und eine Normalisierung vegetativer Störungen verfolgen. Randomisierte Studien für einzelne Behandlungsregime ergeben teilweise unterschiedliche Ansprechraten. Hier werden einige wichtige evidenz-basierte Studien mit zusätzlich einer Expertenmeinung zusammengefasst.

Inzidenzen chronischer Schmerzsyndrome steigen infolge zunehmender Lebenserwartung. Die WHO unterscheidet nozizeptive (somatische oder viszerale Gewebeschädigung, Beispiel: Arthrose), neuropathische (Schädigungen von zentralen oder peripheren somatosensorischen Nervenstrukturen, Beispiel: Post-Zoster-Neuralgien) und nozioplastische Pathologien (ZNS Mechanismen mit Veränderung der Nozizeption und häufig psychischer und/oder sozialer Problematik, Beispiel: Fibromyalgie).

Die Fibromyalgie (FM) ist nicht mehr im ICD-11 als rheumatologische Erkrankung verzeichnet, sondern wird als multilokuläre Schmerzsymptomatik (früher «chronic widespread pain») definiert. Auch durch diese veränderte Beschreibung wird einerseits die Entwicklung neuer Therapieansätze und andererseits eine kritische Überprüfung herkömmlicher Therapiestrategien stimuliert. Im Folgenden werden einige wichtige Studien (evidence-based) zusammengefasst und mit eigenen Erfahrungen (eminence-based) verglichen, ohne allerdings einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Die komplexe Schmerzstörung der FM verlangt interdisziplinäre Ansätze, die mit nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Strategien verfolgt werden. Sicher muss unterstellt werden, dass es sich bei der FM nicht um ein homogenes Krankheitsbild handelt (Seidel und Müller 2011). Vielmehr lassen Subpopulationen unterschiedliche Pathomechanismen vermuten. Demzufolge kommt eine breite Vielfalt unterschiedlicher Strategien in Betracht. Zu den nicht-pharmakologischen Regimen zählen Patientenaufklärung, kognitive Verhaltenstherapien, Strategien für eine verbesserte Schlafhygiene, diätetische Umstellungen, Physiotherapie, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS), sowie alternativ auch Akupunktur und Massagen. Zu den pharmakologischen Interventionen zählen Analgetika, Antidepressiva, Antiepileptika, eventuell auch Cannabinoide und Opiode sowie Serotoninrezeptorblocker. Verschiedene Strategien sind auch in einer aktuellen Studie von Ram et al. (2023) und von Jones et al. (2024) zusammengefasst.

Patienteninformation und kognitive Verhaltenstherapie

Aufklärung von Patienten ist ein essentieller Bestandteil im Umgang mit der FM (Garcia Rios et al., 2019). Diese Massnahmen führen zu einem verbesserten Krankheitsverständnis und zu einer Verringerung der Schmerzintensität. Die kognitive Verhal-

tenstherapie wird als die wirksamste psychologische Therapie bei Fibromyalgie angesehen. Glombiewski und Kollegen fanden 2010 in einer Meta-Analyse, dass diese Therapie allen anderen psychologischen Therapieformen überlegen war und die Schmerzintensität kurzfristig reduzieren konnte.

Diätetische Massnahmen sind recht einfach umsetzbar und können vielleicht sogar als «natürliche» Therapiestrategie bezeichnet werden. Solange offensichtliche Mangelsituationen vermieden werden, ergeben sich kaum nennenswerte Nebenwirkungen. Maddox et al. fanden 2023 – bei allerdings reduzierter Studienteilnehmerzahl – einen positiven Effekt auf Schmerz und Lebensqualität durch eine vegetarische bzw. vegane Diät. Pagliai und Kollegen (2020) berichten über einen positiven Effekt auf Schmerz und Schlafqualität durch verschiedene Diäten und Nahrungsergänzungstoffe wie Gluten-freie Kost, Olivenöl, Vitamin D, Vitamin C und Vitamin E sowie Magnesium.

Physiotherapeutische Ansätze und Akupunktur

Physiotherapie ist einfach verfügbar und verspricht gute Ergebnisse (Nuno Couto et al. 2022). Aerobe Übungen zeigten einen signifikanten Einfluss auf verschiedene Studienparameter wie Schmerz, Depression und Arbeitsfähigkeit. Sosa-Reina und Kollegen (2017) fanden ähnliche positive Effekte durch aerobe Verfahren sowie zur Stärkung der Muskulatur. Rodríguez-Huguet und Kollegen (2024) berichten zusätzlich einen signifikanten Effekt auf Schmerz und Lebensqualität durch Bewegungstherapie im Wasser. Die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) zeigt als einfaches und risikoarmes Verfahren ebenso einen positiven Effekt auf die Schmerzsymptomatik (Johnson et al. 2017). Für die Akupunktur beschreiben Deare und Kollegen (2013) im Vergleich zu keiner Behandlung und zur Standardtherapie nur mässige Evidenzen für eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik und Steifigkeit. Für Fatigue, Schlafstörungen und Lebensqualität ist die Evidenzlage ebenfalls nur moderat. Die Verbesserungen blieben bis zu einem Monat bestehen und waren in Nachuntersuchungen nach sechs Monaten nicht mehr nachweisbar.

Pharmakologische Interventionen

Diese sind vielfältig und zielen auf verschiedene Pathomechanismen. Einige wichtige Regime werden in Folge hier zusammengefasst.

Nichtsteroidale Antirheumatika

Für diese Substanzklasse liegt keine Evidenz einer Wirksamkeit vor (Derry et al. 2017).

Antidepressiva und Antiepileptika

Duloxetin ist ein Wiederaufnahmehemmer für Serotonin und Noradrenalin (SSNRI). Lunn und Kollegen fanden 2014 für die FM mehr eine Verbesserung der psychischen Symptomatik und einen geringeren Effekt auf die chronische Schmerzproblematik. Die Nebenwirkungen wie Übelkeit, Somnolenz, Kopf-

Die komplexe Schmerzstörung der FM verlangt interdisziplinäre Ansätze...

schmerzen, Mundtrockenheit, Obstipation oder Schwindel waren in diesen Studien nicht schwerwiegend. Allerdings brach jeder sechste Patient die Behandlung mit Duloxetin aufgrund dieser Nebenwirkungen ab. Ein direkter Vergleich von Duloxetin versus Pregabalin (Bidari et al. 2019) ergab ein besseres Ansprechen von Duloxetin für den Widespread Pain Index. Thrope und Kollegen fanden 2018 eine nur sehr begrenzte Evidenz für Kombinationstherapien mit Melatonin und Amitriptylin, Fluoxetin und Amitriptylin, oder Pregabalin und Duloxetin. Auch in diesen Studien waren die Nebenwirkungen nicht gravierend. Für Gabapentin als Antiepileptikum fanden Cooper et al. 2018 aufgrund der begrenzten Datenlage keine ausreichende Evidenz, die für oder gegen eine Behandlung sprachen. Ähnliche spärliche Evidenzen fanden Walitt et al. 2015 für die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs) Citalopram, Fluoxetin, Escitalopram, Fluvoxamin, Paroxetin oder Sertralin.

Cannabinoide

Nabilon ist ein synthetisches Cannabinoid und wurde in mehreren Studien hinsichtlich Schmerz, Schlaf und Müdigkeit getestet (Walitt et al. 2016). Hierbei zeigte Nabilon keine bessere Wirksamkeit im Vergleich zu Placebo und Amitriptylin, bei allerdings sehr geringer Qualität der Studienprotokolle. Nabilon zeigte signifikant mehr Nebenwirkungen wie Schläfrigkeit, Benommenheit oder Schwindel. Demgegenüber zeigten Khurshid und Kollegen (2021) eine Wirksamkeit von Cannabinoidverbindungen und Cannabis (Nabilon, Dronabinol, Bedrocan®, Bediol® und Bedrolite®) mit Verbesserung der Studien-

parameter wie Schmerz oder Lebensqualität bei einem vertretbaren Nebenwirkungsprofil. Aufgrund der begrenzten Studiendauer ist aber eine Aussage zu Langzeiteffekten bezogen auf Wirksamkeit und Nebenwirkungen kaum möglich.

Opiate und Opiatantagonisten

Gaskell und Kollegen haben 2016 in einer systematischen Übersichtsarbeit keine zufriedenstellenden randomisierten Studien gefunden, die eine Wirksamkeit von Oxycodon beweisen oder widerlegen. Im Gegensatz dazu konnte für den Opiatantagonist Naltrexon in niedriger Dosierung eine ausreichende Wirksamkeit und Sicherheit in 9 Studien festgestellt werden (Yang et al. 2023). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam ein anderer systematischer Review, der fünf klinische Studien untersucht hat (Aitcheson et al. 2023).

Die FM ist eine chronische Schmerzstörung mit unterschiedlichen pathophysiologischen Subtypen, die klinisch das typische Bild von Patienten mit hohem Leidensdruck ergeben.

Serotoninantagonisten

Serotoninblocker gegen den Rezeptorsubtyp 3 (Tropisetron Ondasetron, Granisetron) haben eine Zulassung zur Behandlung von Übelkeit und Erbrechen. Zusätzlich hemmen diese Moleküle proinflammatorische Mediatoren wie PGE2 und Tumornekrosefaktor alpha. Serotonin wirkt nicht nur als Neurotransmitter, sondern auch als pro-inflammatorisches Neurokin, je nachdem, welche Rezeptoren im Zielgewebe exprimiert werden (Übersichtsarbeit Seidel 2012). Bei der FM verbessert diese Substanzklasse neben Schmerz auch die vegetative kardiale Symptomatik (Seidel et al. 2007).

Expertenmeinung

Die FM ist eine chronische Schmerzstörung mit unterschiedlichen pathophysiologischen Subtypen, die klinisch das typische Bild von Patienten mit hohem Leidensdruck ergeben. Zu unterscheiden bei der FM sind mehr extrasomatisch geprägte Entitäten von rein primären somatischen, aber auch sekundären

Schlussfolgerung:

Die FM ist eine chronische Schmerzstörung mit einer Vielzahl an pathophysiologischen Mechanismen, die auch in unterschiedlicher Kombination vorliegen können. Die präzise differentialdiagnostische Einordnung ist für die Therapieplanung unerlässlich. Es stehen hierfür verschiedene nichtpharmakologische und pharmakologische Ansätze zur Verfügung.

Formen, die als Folge anderer Erkrankungen entstehen. Demzufolge ist eine nach Möglichkeit präzise differentialdiagnostische Abklärung für therapeutische Überlegungen unerlässlich. Es ist somit nicht ausreichend, die FM als Schmerzstörung eines larmoyanten und auf Krankheitsgewinn ausgerichteten Patienten zu verstehen.

An erster Stelle ist eine ausreichende Aufklärung und, wo indiziert, eine Verhaltenstherapie wichtig. Diätetische Umstellungen lassen als weitere Massnahme bei einer Vielzahl von Subgruppen einen Erfolg ohne nennenswerte Nebenwirkungen erwarten. Sollte ein somatischer Kern (etwa im Rahmen eines aus der Neurophysiologie bekannten «Pain Spreadings») für die Beschwerdesymptomatik vorliegen, wäre zuerst ein entsprechender Behandlungsversuch erforderlich. Hierbei sollten Differentialdiagnosen wie zum Beispiel spinale Pathologien oder entzündliche Krankheitsbilder wie beispielsweise polymyalgische Alterspolyarthritiden bedacht werden. Nach Ausschluss somatischer Pathologien kommen extrasomatische Erkrankungen in Betracht, die bei klinischem Verdacht auch eine psychiatrische Abklärung mit eventueller Therapie zu Folge haben sollten. In diesen Fällen wäre auch eine sorgfältige und vorsichtige Exploration von eventuellen Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend sinnvoll, auch um einen primären Krankheitsgewinn nicht zu übersehen. Bei einer überwiegend noziplastischen Problematik wäre vielleicht Naltrexon zusätzlich eine Behandlungsoption. Vorsicht geboten ist bei potentiell abhängigkeitspotenten Substanzen. Bei einer prominenten Beteiligung des vegetativen Nervensystems können zusätzlich Serotoninrezeptorantagonisten gegen den Subtyp 3 in Betracht gezogen werden.

Referenzen auf: rheuma-schweiz.ch/fachzeitschrift