

Das europäische Jahr zum Fibromyalgiesyndrom von Oktober 2008 bis Oktober 2009

Liebe Fibromyalgie-Betroffene in Deutschland und liebe Mitglieder,

nach der europäischen Fibromyalgie-Woche vom 22. bis 28. Oktober 2008 startet nun das europäische Jahr zum Fibromyalgie Syndrom. Im Anhang dazu finden Sie die Erklärungen und Poster der EFIC/IASP (European Federation of Chapters of International Association for Study of Pain). Wenn Sie das EFIC-Poster aufrufen, bitte herunterscrollen, es folgen weitere 11 Seiten.

Dieses besondere Jahr für alle Fibromyalgie-Betroffene in Deutschland ist für die Deutsche Fibromyalgie Vereinigung (DFV) e.V. ein Grund, sich noch intensiver für die Belange aller Fibromyalgiker einzusetzen. Ebenso stark setzt sich die ENFA (European Network of Fibromyalgia Associations) für alle Patienten in Europa ein. Mehr dazu können Sie immer aktuell unter Vereinsberichte, ENFA erfahren.

Alle Fibromyalgie-Betroffene können sich auch besonders in diesem Jahr einsetzen, in dem sie sich mit ihren Angehörigen in die EU-Petition eintragen und an der europäischen Umfrage (zu Medikamenten) teilnehmen. Für alle Patienten, die keinen Internetzugang haben, besteht die Möglichkeit, eine Unterschriftenliste für die Petition in der Geschäftsstelle der DFV zu bestellen und diese bei ihren Ärzten, Therapeuten und in Apotheken zur Unterschriftensammlung auszulegen. Dies gilt auch für Betroffene aus dem Ausland (z. B. Schweiz und Österreich).

Im Nachgang finden Sie die Übersetzung zu der Erklärung der IASP „Global Year Against Pain in Women – Fibromyalgie Syndrom (FMS).

Für Fragen und Anregungen wenden Sie sich bitte an Frau Felde, E-Mail-Kontakt:
felde@fibromyalgie-fms.de.

Eva Felde
Stellv. Vorsitzende
DEUTSCHE FIBROMYALGIE VEREINIGUNG (DFV) e.V.

Member Expansion
ENFA

Globales Jahr gegen Schmerzen bei Frauen

Reelle Frauen, reeller Schmerz

Fibromyalgie Syndrome

Definition:

Das Fibromyalgie Syndrom ist gekennzeichnet durch chronische, weit verbreitete und diffuse Schmerzen im Bereich der Skelettmuskulatur und der Weichteile mit einer Reihe von damit verbundenen Symptomen unter denen Schlafstörung und affektive Dysfunktionen besonders häufig sind.

Epidemiologie und Volkswirtschaft:

- dieses Syndrom wirkt sich im Allgemeinen auf 2% der Bevölkerung aus
- es tritt in allen Altersgruppen, ethnischen Gruppen und Kulturen auf
- die geschlechtsspezifische Verteilung ist fast gleich in der Kindheit, aber siebenfach häufiger bei Frauen als Männer im Erwachsenenalter (50-60 Jahre)
- Die Auswirkungen des FMS auf die einzelne Lebensqualität und körperliche Funktion ist im Wesentlichen vergleichbar mit der rheumatoiden Arthritis (RA)
- über 30% der FMS-Patienten sind gezwungen, kürzere Arbeitszeiten oder körperlich weniger anspruchsvolle Arbeit zu akzeptieren, um die Beschäftigung aufrechtzuerhalten
- In den USA erhalten gegenwärtig über 15% der Patienten Gelder für ihre Behinderung aufgrund ihrer Symptome

Pathophysiologie:

Die Ursache des FMS ist nicht völlig geklärt, eine Reihe von Neuroendokrine (1), Neurotransmitter (2) und neurosensorischen Störungen (3) sind in seiner Erzeugung involviert. Die Entdeckung einer individuellen genetischen Veranlagung (4) sowie eine Vielzahl von Umwelt-Stressoren sollen zur Entwicklung des FMS führen.

- Neuroendokrine Störung: Dysfunktion der Hypothalamus/Hirnanhangdrüse/Adrenalinachse einschließlich abgestumpfte Cortisol-Reaktion und täglich schwankender und abweichender Cortisol-Mangel, abnormale Wachstumshormon-Regulierung
- Neurotransmitter-Störung: vermindert Serotonin im zentralen Nervensystem, erhöhte Werte der Substanz-P im Liquor, verringerte Dopamin-Übertragung im Gehirn
- neurosensorische Dysfunktion: Zentrale Schmerzverstärkung und/oder reduzierte Antinozizeptoren (zentrale Empfindlichkeit, Abnormitäten der sinkenden Schmerzschwelle)
- die genetische Veranlagung: starke familiäre Anhäufung des FMS, Wege der Vererbung am wahrscheinlichsten. Beweise für eine Rolle von Polymorphismen von Genen in den Serotonin-, Dopamin- und Katecholamin-Systemen in der Erforschung vom FMS.

Diagnosekriterien:

Die vorliegenden Kriterien für die FMS-Diagnose sind die von dem American College of Rheumatology im Jahr 1990 etablierten, d. h.:

1. Geschehnisse von weit verbreiteten chronischen Schmerzen (unter Einbeziehung aller 4 Glieder und des Körpers) über mindestens 3 Monate Dauer und
2. Berührungsempfindlichkeit bei digitalem Druck (mit einem Druck von 4 kg) in mindestens 11 von 18 (9 symmetrisch) vorgegebenen Körperteile, genannt Tenderpoints (TePs)*

Ein Tenderpoint wird als Berührungsempfindlichkeit im Weichteilgewebe, im Gegensatz zum Triggerpoint beim Myofascialen Schmerzsyndrom definiert, ist nicht in einem straffen, fühlbaren Band der Muskelfasern eingeschlossen, ruft kein lokales Zucken unter schnappenden Abtasten hervor, löst keinen weitläufigen Schmerz bei Stimulation aus.

Eine kritische Überprüfung der vorgenannten Kriterien wurde von der internationalen Schmerzgesellschaft vorgeschlagen. Neue Kriterien werden wahrscheinlich in den kommenden Jahren festgelegt.

Klinische Merkmale und instrumentale Erkenntnisse

- FMS hat entweder einen Schritt weisen oder einen posttraumatischen Beginn (körperlicher Schaden, psychischer Stress)
- Der spontane Schmerz beim FMS wird als eine hartnäckige, diffuse, tiefe, pochende, manchmal stechende Sensation in der Muskulatur beschrieben, wiederkehrend aber meistens kontinuierlich mit periodischen Unterbrechungen.
- Klinische Symptome, die in Verbindung mit dem Muskelschmerz beim FMS auftreten: Affektive Dysfunktion, kognitive Defizite, Kurzzeitgedächtnisschwund, pochende Hinterkopfschmerzen bzw. Spannungskopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schwindel, Wortfindungsschwierigkeiten, nicht erholsamer Schlaf oder Schlafstörungen, nächtliches Muskelzucken und Zähneknirschen, Tagesmüdigkeit ähnlich wie physische Erschöpfung, verlängerte Morgensteifigkeit, Taubheit, Prickeln, Empfindungsstörungen in Händen und Füßen; Unterleibsschmerzen, Durchfall, Verstopfung; Reizblase.
- Mehrere Krankheiten treten häufiger beim FMS auf vor als in der allgemeinen Bevölkerung (Begleiterkrankungen):
 - Depressionen (40 % beim FMS gegenüber 10 % in Untersuchungen und 20 % bei Menschen während einem Krankenhausaufenthalt aufgrund anderer Erkrankungen)
 - Angst (45 % beim FMS gegenüber 21 % bei Kontrollen und 51 % bei Patienten mit FMS und weiteren Erkrankungen)
 - Reizdarmsyndrom (bis zu 70 % beim FMS gegenüber 20 % in Kontrollen)
 - Menstruationsbeschwerden, wiederkehrende Blasenentzündung, andere rheumatische Erkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes, Sjögren-Syndrom), CFS (Chronisches Müdigkeitssyndrom), Myofasciales Schmerzsyndrom, Rückenschmerzen, Kiefergelenkstörungen

FMS Patienten haben anormale Reaktionen auf Schmerzreize. Sie reagieren überempfindlich auf Schmerzreize bei somatischen Strukturen, nicht nur bei schmerzhaften Stellen, sondern auch in normalen Kontrollbereichen; sie sind niedriger als bei einer normalen Schmerzschwelle bei Hitze, mechanische, elektrische und chemische Reize der Haut, Bindegewebe und/oder Muskulatur. Sie haben auch eine Erniedrigung in der nozizeptiven Reizschwelle im Vergleich zu Kontrollen. Die Schmerzschwelle ist bei wiederholter intramuskulärer elektrischer Stimulation bei Patienten mit FMS deutlich erniedrigt verglichen mit den Kontrollgruppen. Das zeigt auf, dass die temporale nozizeptive Summierung bei dem Syndrom mehr ausgeprägt ist. Eine Infusion mit Kochsalzlösung ruft länger dauernde Muskelschmerzen bei FMS-Patienten hervor, und der Schmerz breitet sich auf größere Gebiete aus als bei Kontrollen.

FMS Patienten haben abnormale Reaktionen auf Schmerzstimulationen, die bei einer Kernspintomografie zu erkennen sind. Bestehende Studien zur Gehirndurchblutung berichten über gemischte Ergebnisse von mehreren Gehirnregionen, wo von mehreren Untersuchern der verringerte Thalamus-Blutdurchfluss beschrieben wird. Jüngste Studien belegen auch eine

beschleunigten Abbau der grauen Gehirnmasse bei Fibromyalgie-Patienten: vorzeitige Alterung des Gehirns?

Prognose und Behandlung

- Das FMS bedroht nicht das Leben der Patienten, sondern kann schwere Behinderung verursachen und beeinträchtigt somit erheblich die Lebensqualität. Eine komplette Besserung der Symptome wird fast nie erreicht, aber eine signifikante Verbesserung kann man durch eine angemessene Therapie erzielen.
- Management des FMS ist typischerweise multimodal:
 - a) Akzeptierende Haltung von beiden: Arzt und Patient
 - b) umfassende klinische Bewertung, genaue Diagnose
 - c) Ausbildung für die betroffenen Menschen, Familie, Gesellschaft
 - d) Förderung der Patienten, eine aktive Rolle in der Selbsthilfe einzunehmen
 - e) psychologischen oder psychiatrischen Unterstützung, Biofeedback-Fortbildung
 - f) körperliche Therapien, physikalische Modalitäten, Trainingsprogramm
 - g) sparsame Verwendung von Medikamenten hat sich bewährt (niedrig dosierte trizyklische Antidepressiva (meist Amitriptylin) oder andere Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, sedierende, hypnotische Medikamente, Analgetika (Tramadol), Antiepileptika (Gabapentin, Pregabalin)
 - h) regelmäßige Überwachung und Rückmeldung

Copyright International Association for the Study of Pain, September 2007.
Referenzen verfügbar unter www.iasppain.org.