

AWMF-Leitlinien-Register	Nr. 041/004	Entwicklungsstufe	3
---------------------------------	--------------------	--------------------------	----------

Diese **Kurzfassung** basiert auf der zitierbaren Langfassung (www.leitlinien.net) der interdisziplinären Leitlinie „Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms“

Autoren: W. Häuser (DIVS), C. Sommer (DGN), M. Schiltenwolf (DGOOC), M. Offenbächer (DGPMR), D. Nutzinger (DGPPN), K. Thieme (DGPSF), V. Köllner (DGPM), P. Henningsen (DKPM), B. Arnold (DGSS), H. Michels (GKJR), W. Eich (DGRh)

Korrespondenzadresse: Dr. med. W. Häuser, Zentrum für Schmerztherapie/Klinik Innere Medizin I, Klinikum Saarbrücken, 66119 Saarbrücken, whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

Erstellungsdatum: März 2008
Überarbeitung geplant: März 2011

Zitierbare Quelle: Themenheft „ Interdisziplinäre S3-Leitlinie „ Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms „ Der Schmerz 22 (2008) Themenheft

1. Methodik

Die **Empfehlungsgrade A, B, O** wurden auf der Basis der Evidenzgrade von klinischen Studien und unter Berücksichtigung der Meinungen von Experten und Patienten in einem mehrstufigen Konsensusprozess festgelegt. Die Empfehlungsgrade (gemäß den nationalen deutschen Versorgungsleitlinien) lauten:

A	Starke Empfehlung
B	Empfehlung
O	Empfehlung offen

Die zugehörigen **Evidenzgrade 1-5** (gemäß Oxford Centre of Evidence-Based Medicine) **als auch die Stärke des Konsensus in der Leitliniengruppe** sind bei den Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie angegeben. Bezüglich weiterer methodischer Einzelheiten wird auf die Langversion der Leitlinie (www.leitlinien.net) verwiesen.

2. Definition

2.1. Symptomkomplex: Chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen (chronic widespread pain, CWP) sind ein häufiges Phänomen in der allgemeinen Bevölkerung und in klinischen Populationen. Die Schmerzen sind meist mit anderen körperbezogenen Beschwerden wie Druckschmerzempfindlichkeit, Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, der Füße und des Gesichts, Müdigkeit, Schlafstörungen sowie mit seelischen Beschwerden wie Ängstlichkeit und Depressivität assoziiert. **Evidenzgrad 2b, Konsens**

2.2. Definition: Zur Definition chronischer Schmerzen in mehreren Körperregionen werden international die Kriterien des US-Amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie ACR verwendet:

> 3 Monate bestehender Schmerz in:

- Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule) und
- rechte Körperhälfte und linke Körperhälfte und
- oberhalb der Taille und unterhalb der Taille

Die anamnestischen Angaben eines CWP und der klinische Befund einer schmerzhaften Palpation von mindestens 11/18 Tender Points definieren das Fibromyalgiesyndrom FMS nach ACR-Kriterien. **Evidenzgrad 2b, starker Konsens**

2.3. Fibromyalgie vs. Fibromyalgiesyndrom: Da das Beschwerdebild durch einen Symptomkomplex definiert wird, wird empfohlen, den Begriff „Fibromyalgiesyndrom“ FMS an Stelle des Begriffes „Fibromyalgie“ (ICD-10 German Modification M 79.7) zu verwenden. **Evidenzgrad 5, starker Konsens**

3. Diagnose

3.1. Diagnosestellung

- a. Die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms als Grundlage für therapeutische Entscheidungen kann nach symptombasierten Kriterien (chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen und Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, Füße und Gesicht und Müdigkeit und Schlafstörungen) erfolgen.
- b. Fakultativ kann die Druckschmerzempfindlichkeit nach ACR-Kriterien überprüft werden. Der Nachweis von *mindestens* 11 von 18 bei Palpation

druckschmerzhaften Tender Points ist für die *klinische* Diagnose eines FMS nicht notwendig.

- c. Vermehrte Druckschmerzempfindlichkeit an anderen Stellen des Bewegungsapparates (sogenannte Kontrollpunkte) schließt die Diagnose eines FMS nicht aus. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

3.2. Ganzkörperstatus: Zur Erfassung möglicher Begleiterkrankungen bzw. von Erkrankungen, die zu einer FMS-/CWP-Symptomatik führen können, wird empfohlen, bei der Erstdiagnose eine vollständige körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) durchzuführen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

3.3. Labor-Untersuchungen: Es wird empfohlen, folgende Labor-Untersuchungen durchzuführen:

- a. Blutsenkungsgeschwindigkeit, C-reaktives Protein, kleines Blutbild (z. B. Polymyalgia rheumatica, rheumatoide Arthritis)
- b. Kreatininkinase (z. B. Muskelerkrankungen)
- c. Kalzium (z. B. Hyperkalziämie)
- d. Thyreoidea-stimulierendes Hormon basal (z. B. Hypothyreose)
- e. Ohne klinische Hinweise ist eine routinemäßige Untersuchung auf mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen assoziierte Autoantikörper nicht sinnvoll.
- f. In Abhängigkeit von der Anamnese und dem körperlichen Untersuchungsbefund können weitere Laboruntersuchungen sinnvoll sein.

Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens

3.4 Weiterführende apparative Diagnostik: Bei typischem Beschwerdekomples und fehlendem klinischen Hinweis auf internistische, orthopädische oder neurologische Erkrankungen (Anamnese und klinische Untersuchung ohne Hinweis auf andere Erkrankungen als Ursachen von Schmerzen und Müdigkeit, unauffälliges Basislabor siehe 3.3), wird empfohlen, keine weitere technische Diagnostik (weiterführendes Labor, Neurophysiologie, Bildgebung) durchzuführen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

3.5 Anamnese weitere funktionelle somatische Syndrome: Es wird empfohlen, weitere körperliche Symptome funktioneller somatischer Syndrome (z.B. Reizdarm,

Spannungskopfschmerz), welche häufig mit CWP/FMS assoziiert sind, systematisch zu erfassen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

3.6 Anamnese Beeinträchtigungen: Es wird empfohlen, die mit den körperlichen und psychischen Beschwerden assoziierten Beeinträchtigungen in Alltagsfunktionen (Arbeit, Haushalt, Freizeit, Sexualität) zu erfragen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, Konsens**

3.7 Anamnese Ursachenüberzeugungen/subjektive Krankheitstheorie(n): Es wird empfohlen, die Ursachenüberzeugung/subjektive Krankheitstheorie(n) sowie Ressourcen, Bewältigungsstrategien und krankheitsfördernde Mechanismen zu erfragen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

3.8 Anamnese psychosoziale Stressoren: Es wird empfohlen, aktuelle psychosoziale Stressoren (Beruf, Partnerschaft, Familie) und biographische Belastungsfaktoren zu erfragen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

3.9 Fachärztliche/fachpsychologische Untersuchung: Eine fachpsychotherapeutische Untersuchung (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut) wird bei folgenden Konstellationen empfohlen:

- a. Anamnestische Angaben von aktuellen schwerwiegenden psychosozialen Stressoren
- b. Anamnestische Angaben von aktuellen oder früheren psychiatrischen Behandlungen und/oder Einnahme von Psychopharmaka
- c. Anamnestische Angaben von schwerwiegenden biographischen Belastungsfaktoren
- d. Maladaptive Krankheitsverarbeitung
- e. Subjektive psychologische Krankheitsattributionen

Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, Konsens

4. Epidemiologie und Verlauf

4.1. Prävalenz FMS: In westlichen Industrienationen beträgt die Prävalenz des FMS (nach den ACR-Kriterien) bei Erwachsenen in der allgemeinen Bevölkerung 1-2%. Das Verhältnis von Frauen zu Männern beträgt 4-6:1. **Evidenzgrad 2a, starker Konsens**

4.2. Verlauf: Die Beschwerden und Beeinträchtigungen persistieren bei den meisten Patienten mit FMS im Langzeitverlauf. Ein Teil der Patienten gibt im Langzeitverlauf eine bessere Adaptation an die Beschwerden an. **Evidenzgrad 2b, starker Konsens**

5. Ätiopathogenese und Pathophysiologie

5.1. Ursachen: Physische und psychische Stressoren am Arbeitsplatz sind Risikofaktoren für die Entwicklung eines FMS (**Evidenzgrad 2b, Konsens**). Affektive Störungen sind Risikofaktoren für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines FMS (**Evidenzgrad 2b, Konsens**). Operante Lernmechanismen und Sensitivierung sind Risikofaktoren für die Chronifizierung eines FMS (**Evidenzgrad 2b, starker Konsens**).

5.2. Pathophysiologie: Verschiedene pathophysiologische Veränderungen sind mit dem FMS assoziiert, ohne dass die Ursache-Wirkungs-Relation geklärt ist. Dazu gehören Störungen der zentralen Schmerzverarbeitung, eine Hypoporeaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenachse, eine Störung des Wachstumshormon-Systems, erhöhte systemische pro-inflammatorische und verminderte anti-inflammatorische systemische Zytokinprofile und Veränderungen des dopaminergen und serotonergen Systems. **Evidenzgrade 2c, starker Konsens**

5.3. Biopsychosoziales Modell: Ein biopsychosoziales Modell bezüglich Prädisposition, Auslösung und Chronifizierung des FMS wird postuliert. Physikalische und/oder biologische und/oder psychosoziale Stressoren lösen bei einer entsprechenden genetischen und lerngeschichtlichen Prädispositionen vegetative, endokrine und zentralnervöse Reaktionen aus, aus denen die Symptome des FMS, resultieren. Das FMS ist eine Endstrecke verschiedener ätiopathogenetischer Faktoren und pathophysiologischer Mechanismen. **Evidenzgrad 5, starker Konsens**

6. Behandlung

6.1 Basistherapie: Es wird empfohlen, dass bei Patienten mit relevanten Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen bei Diagnosestellung im Rahmen eines mehrere Therapieoptionen umfassenden Behandlungskonzeptes folgende ambulante Behandlungen angeboten und/oder veranlasst werden:

- Patientenschulung, kognitiv-verhaltenstherapeutische und operante Schmerztherapie. **Evidenzgrad 1a, Empfehlungsgrad A, starker Konsens**
- An individuelles Leistungsvermögen angepasstes aerobes Ausdauertraining. **Evidenzgrad 1a, Empfehlungsgrad A, starker Konsens**
- Antidepressivum: Amitriptylin 25-50 mg/d. **Evidenzgrad 1a, Empfehlungsgrad A, starker Konsens**
- Diagnostik und Behandlung komorbider körperlicher Erkrankungen und seelischer Störungen. **Evidenzgrad 5, Empfehlung offen, starker Konsens**

6.2 Evaluation Wirksamkeit: Eine kontinuierliche Überprüfung der Verträglichkeit und Wirksamkeit der eingeleiteten Therapien durch die jeweiligen Behandler wird empfohlen. Eine Überprüfung der Therapieeffekte wird am Ende der Therapie sowie nach 6 und 12 Monaten empfohlen. Im Falle einer unzureichenden Wirksamkeit der Behandlung ist ein erneutes Assessment (Überprüfung der Diagnose FMS sowie Vorliegen weiterer somatischer und psychischer Komorbiditäten) sinnvoll. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**

6.3 Weiterführende Behandlung: Es wird empfohlen, dass bei Patienten mit relevanten Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen nach 6-monatiger Basistherapie unter Berücksichtigung der definierten Indikationen und Kontraindikationen eine multimodale Therapie (obligat eine auf einander abgestimmte medizinische Trainingstherapie oder andere Formen der aktivierenden Bewegungstherapie in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren) (**Evidenzgrad 1a, Empfehlungsgrad A, starker Konsens**) angeboten wird. Es wird empfohlen, eine multimodale Therapie ambulant durchzuführen. Wenn ambulante Maßnahmen nicht ausreichend bzw. nicht möglich sind, wird eine (teil-)stationäre multimodale Therapie empfohlen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad C, starker Konsens**

6.4 Langzeitbetreuung: Es wird empfohlen, bei Patienten mit anhaltenden relevanten Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen 6 Monate nach Ende einer (teil-)stationären multimodalen Therapie die im Folgenden genannten Behandlungsoptionen zu überprüfen. Bei einer Langzeitbetreuung nach den Prinzipien der psychosomatischen Grundversorgung sind Selbstverantwortung und Eigenaktivität der Betroffenen zu stärken. Es wird empfohlen, mit den Patienten ein individualisiertes Behandlungsprogramm durch gemeinsame Entscheidungsfindung zu erstellen (**Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad C, starker Konsens**). Folgende Behandlungsoptionen können mit dem Patienten erwogen werden:

- Keine weitere spezifische Behandlung (**Evidenzgrad 5, Empfehlung offen, starker Konsens**)
- Selbstmanagement: Aerobes Ausdauertraining; Funktionstraining, Entspannung, Stressbewältigung (**Evidenzgrad 5, Empfehlung offen, starker Konsens**)
- Ambulante Fortführung multimodaler Therapien (**Evidenzgrad 5, Empfehlung offen, starker Konsens**)
- Multimodale Intervall- bzw. Boostertherapie (**Evidenzgrad 5, Empfehlung offen, starker Konsens**)
- Zeitlich befristet: Fluoxetin 20-40 mg/d bzw. Paroxetin 20-40 mg/d (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens**) oder Duloxetin 60-120 mg/d (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad B, Konsens**) oder Tramadol/Paracetamol bis zu 150mg/1300mg/d (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**) oder Pregabalin 450 mg/d (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad offen, starker Konsens**)
- Zeitlich befristet: Hypnotherapie/geleitete Imagination (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad B, Konsens**) oder therapeutisches Schreiben (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens**)
- Zeitlich befristet: Physikalische Therapieverfahren (Balneo- und Spathherapie bzw. Ganzkörperwärmetherapie) (**Evidenzgrade 2b, Empfehlungsgrad B, starker Konsens**)
- Zeitlich befristet: Komplementäre Therapieverfahren (Homöopathie bzw. vegetarische Kost) (**Evidenzgrad 2b, Empfehlungsgrad offen, Konsens**)

6.5 Einweisung in ein Krankenhaus durch Hausarzt/Facharzt:

In folgenden Situationen wird die Einweisung in ein Krankenhaus empfohlen:

- Stationäre Behandlungsnotwendigkeit komorbider körperlicher und psychischer Störungen.
- (Teil-) stationäre multimodale Schmerztherapie

Die Indikation für eine stationäre Behandlung ist vom Krankenhausarzt an Hand von Aufnahmeindikationslisten medizinischer Fachgesellschaften wie z. B. der Aufnahmeindikationsliste (AIL) der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes nachzuweisen. **Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad C, starker Konsens**

6.6. Veranlassung einer (teil-) stationären Rehabilitationsmaßnahme:

Die Veranlassung einer (teil-) stationären Rehabilitationsmaßnahme wird unter Berücksichtigung der Kriterien der International Classification of Functioning ICF empfohlen bei

- Gefährdung der Teilhabe am Erwerbsleben
- Gefährdung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder der Fähigkeit zur Selbstversorgung
- Nicht vorhandenen bzw. nicht ausreichend wirksamen ambulanten Therapieverfahren des Empfehlungsgrades A

Evidenzgrad 5, Empfehlungsgrad C, starker Konsens