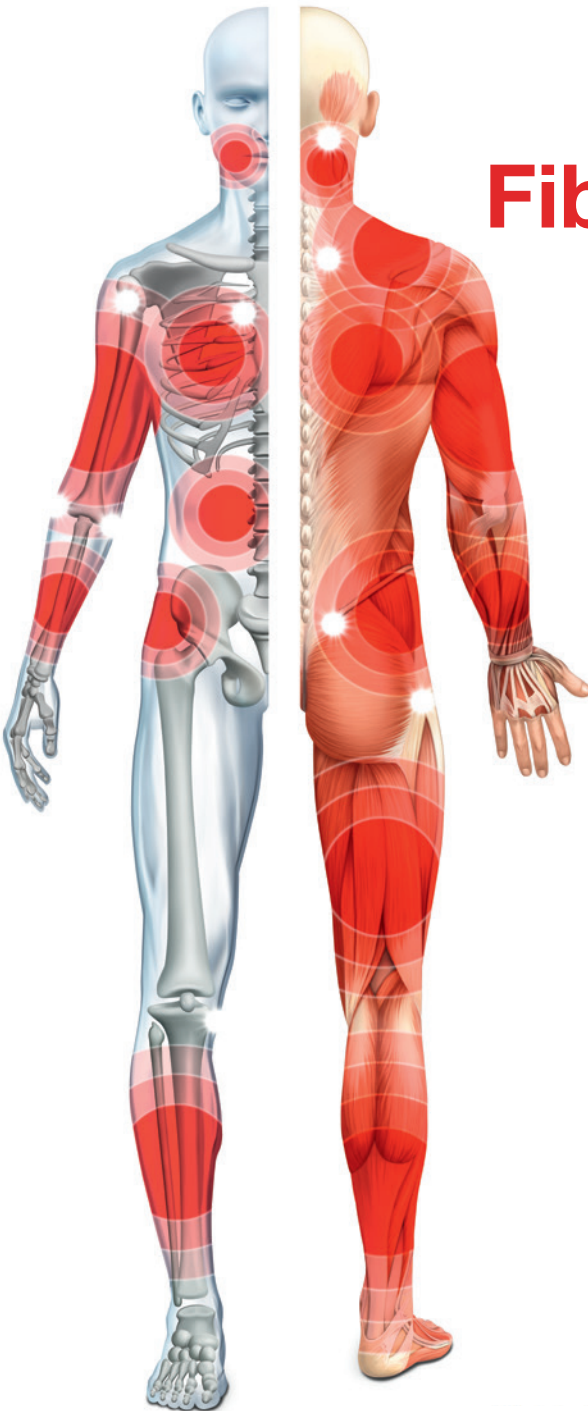


Das Fibromyalgie Syndrom

EIN RATGEBER
von Rainer Marx

SYMPTOME
DIAGNOSTIK
THERAPIE



FIBROMYALGIE-SYNDROM (FMS)

BEGRIFFLICHE ERLÄUTERUNG:

FIBRA (lat.) = FASER
MYS (griech.) = MUSKEL
ALGOS (griech.) = SCHMERZ
IA = ZUSTAND

WÖRTLICH:

FASER - MUSKEL - SCHMERZ
ein Kunstwort, das auf den typischen
Schmerzsbereich hinweist.

SYMPTOMATIK

Das Fibromyalgie-Syndrom ist gekennzeichnet durch häufig belastungsabhängige chronische Schmerzen, die überwiegend in der gelenknahen Muskulatur, im Ansatzbereich der Bänder und Sehnen, in Wirbelsäulennähe einschließlich den Muskelansätzen am Hinterkopf, im Bereich des Brustbeins und in der Region der unteren Rippenbögen empfunden werden. Eine Vielzahl dieser schmerzenden Stellen (Tender-Points oder Hauptschmerzpunkte) reagieren auf Druck, bzw. Berührung, spontan besonders schmerzempfindlich. Je nach Ausprägung korrespondieren entfernt liegende Stellen am ganzen Körper mit schmerzhaften Reizen, u.a. als Folge von muskulären Anspannungen und Verhärtungen (ggf. Triggerpunkte eines myofaszialen Schmerzsyndroms).

KLASSIFIKATIONSKRITERIEN UND DIAGNOSTIK

Die Fibromyalgie ist in der Internationalen Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation WHO („Krankheitsliste“ ICD 10 GM, Deutsche Version), im Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ in dem Unterkapitel „Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, andersorts nicht klassifiziert“ (M 79.7), aufgeführt.

Nach der interdisziplinären S3-Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom von 2008, geändert 04-2012, (AWMF Register Nr. 0041/004 <http://www.uniduesseldorf.de/AWMF/II/041-004.htm>), **handelt es sich um ein Fibromyalgie-Syndrom, wenn:**

- an mindestens 11 * der 18 möglichen druckschmerzhaften Tender-Points länger als drei Monate Schmerzen bestehen (s. Grafik auf Seite 5) und die Schmerzen vorzufinden sind (im Sinne eines chronic widespread pain, CWP): im Achsenskelett (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brustwirbelsäule oder Lendenwirbelsäule) und in der rechten Körperhälfte und der linken Körperhälfte und oberhalb der Taille und unterhalb der Taille (Diagnostik nach den Kriterien des US-Amerikanischen Kollegiums für Rheumatologie (ACR))

* **Hinweis:** Die 11 Tender-Points (TP) dienen als diagnostischer Anhaltspunkt nach ACR auf ein FMS, sind aber für das klinische Bild (Charakteristik) eines FMS nicht mehr erforderlich. Ein FMS kann auch bei einer geringeren Anzahl von Tender-Points vorliegen!

oder alternativ (symptombasierende Diagnostik- ACR 2010), wenn:

- chronische Schmerzen (länger als drei Monate) in mehreren Körperregionen, d. h. im Rücken (Nacken, Brustkorb, Kreuz) sowie in den Armen und Beinen vorhanden sind mit Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände, Füße, im Gesicht, sowie Müdigkeit und Schlafstörungen vorliegen.

Die gen. Diagnostik-Kriterien wurden bisher nicht revidiert und können daher noch angewandt werden. Daher werden sie hier noch aufgeführt. Auf S. 4 u. 5 ist die aktuelle Diagnostik mit der "Symptomschwereskala" u. den "Schmerzregionen" dargestellt.

SYMPTOMATIK

Die Tender-Points können bei der symptombasierenden Diagnostik unberücksichtigt bleiben. Die Verteilung der Schmerzstellen am Körper ist relevant, siehe Seite 5!

ES KÖNNEN ERFAHRUNGSGEMÄSS VORKOMMEN:

VEGETATIVE SYMPTOME

- Kalte Hände und Füße
- Trockener Mund
- Vermehrter Dermographismus = sichtbare Hautreaktion bei Berührung
- Orthostatische Beschwerden = Lage- und lagewechselabhängiger Schwindel
- Respiratorische Arrhythmie = atembedingte Unregelmäßigkeit des Herzschlages
- Zittern

FUNKTIONELLE STÖRUNGEN

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Gastrointestinale Störungen, z.B. Verstopfung oder Durchfall
- Globusgefühl = Kloßgefühl im Hals
- Funktionelle Herzbeschwerden
- Dysurie = schmerzhaftes Blasenentleeren
- Dysmenorrhoe = vermehrte Schmerzen während der Monatsblutung

WEITERE BEGLEITSYMPTOME BEI FIBROMYALGIE

Psychische Probleme

- Rasche geistige Ermüd- und Erschöpfbarkeit
- Antriebsschwäche
- Verminderte Leistungsfähigkeit
- Konzentrations-, Wortfindungs- und Gedächtnisprobleme
- Verminderte Stresstoleranz
- Mangelnde Entspannungsfähigkeit
- Depressive Verstimmungen
- Unruhe, Unrast
- Angstgefühle
- Vermindertem Körpergefühl

Augenbeschwerden

- Trockene Schleimhäute
- Lichtempfindlichkeit der Augen
- Schmerzhafte, juckende Augen (z.B. nach längerer PC-Arbeit)
- Zeitweise unscharfes Sehen und Doppelt-Sehen (verstärkt bei Stress)

Sonstige Beschwerden

- Muskelschwäche
- Morgensteifigkeit
- Herabsetzen der Schmerzschwelle
- Kopfschmerzen
- Nächtliches Zähneknirschen (Bruxismus)
- (Erhöhte) Geräuschempfindlichkeit
- Hörprobleme, vermindertes Hören (teils einseitig)
- Ohrgeräusche, Pfeifen im Ohr (Tinnitus)

HAUPTSCHMERZPUNKTE

SCHMERZREGIONEN

SYMPTOMSCHWERE-SKALA

Einige der insgesamt 18 Hauptschmerzpunkte (Tender-Points) sollen bei der Diagnostik nach ACR spontan schmerzhaft auf Druck reagieren!

(Legende zur Grafik Seite 5)

- ❶ Hinterkopf im Ansatzbereich der oberflächlichen Nackenmuskeln
- ❷ Ansatz des Schulterblatthebers am oberen Schulterblattwinkel (M. levator scapulae)
- ❸ Großer Oberarmhöcker (Tuberculum majus) - Vorderseite des Oberarmkopfes
- ❹ Knochen-, Knorpelübergang der 2.-4. Rippe in der Nähe des Brustbeins
- ❺ Ellenbogenhöcker außenseitig (Epicondylus radialis), evtl. etwas abwärts (distal) davon
- ❻ Ellenbogenhöcker innenseitig (Epicondylus ulnaris), evtl. etwas abwärts (distal) davon
- ❼ Mitte des inneren oberen Quadranten der Gesäßregion
- ❽ Hintere Spitze des Hüft-, Oberschenkelhöckers (Trochanter major)
- ❾ Medialer Kniegelenksspalt eventl. etwas abwärts (distal) davon (Pes anserinus-Ansatz)

NEUE DIAGNOSTIK

Nach der FMS-Leitlinienänderung 04-2012 besteht außerdem folgende alternative Zusatzdiagnostik eines FMS:

- Vorhandensein von **mindestens 7 Schmerzregionen** von insgesamt 19 nach der regionalen Schmerzskala (ACR 2010), Seite 5
- und **mindestens 5 Punkte** nach unterstehender Symptomschwere-Skala,

in der die Ausprägung der Hauptsymptome (mit jeweils 0-3 Punkten) bewertet wird.

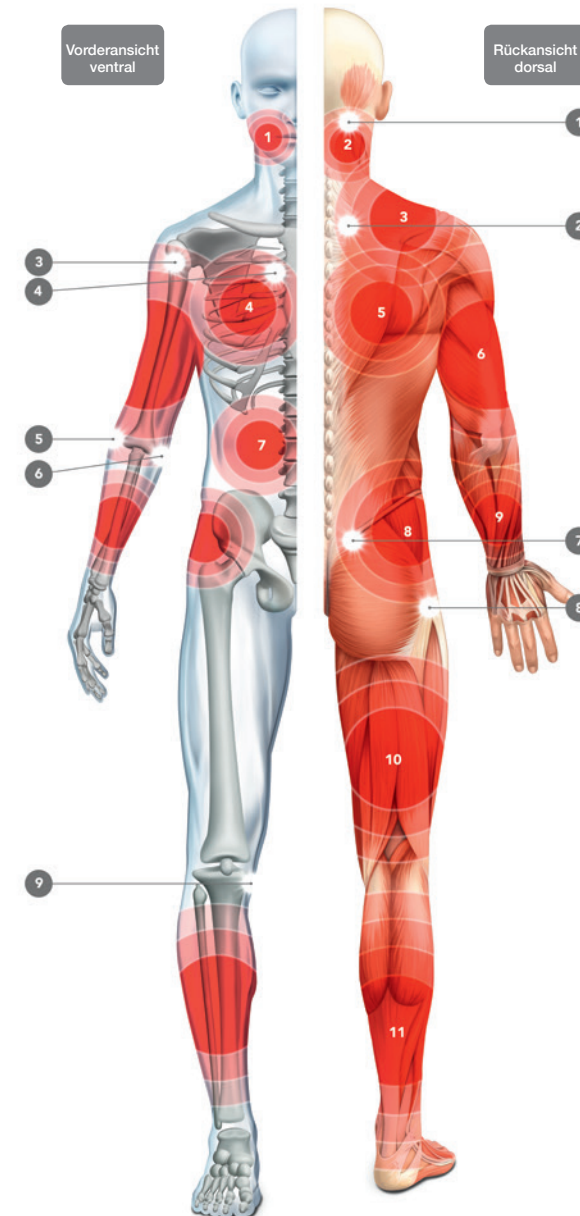
SYMPTOMSCHWERE-SKALA

	keine Probleme	leichte oder wechselnde Beschwerden	mäßige, häufige Beschwerden	schwere, beeinträchtigende Beschwerden
Erschöpfung	0	1	2	3
Nicht erholsamer Schlaf	0	1	2	3
Geistige (kognitive) Beeinträchtigung	0	1	2	3
körperliche Beschwerden	0	1	2	3

LAGE DER TENDER POINTS

= MARKER VON DISSTRESS

kommen jeweils in der linken und rechten Körperhälfte vor



Regionale Schmerzskala

19 Schmerzregionen gesamt:

- ❶ Wange links und rechts
- ❷ Nacken
- ❸ Schultergürtel links und rechts
- ❹ Brust links und rechts
- ❺ Oberer Rücken links und rechts
- ❻ Oberarm links und rechts
- ❼ Bauch
- ❽ Hüfte links und rechts
- ❾ Unterarm links und rechts
- ❿ Oberschenkel links und rechts
- ⓫ Unterschenkel links und rechts

ENTSTEHUNGSTHEORIE

DES FIBROMYALGIE-SYNDROMS

DAS FIBROMYALGIE-SYNDROM

ALS MÖGLICHE FOLGE ANDERER ERKRANKUNGEN

Es gibt keine einzelne, nur für das Fibromyalgie-Syndrom zutreffende Ursache des Beschwerdebildes. Forscher gehen davon aus, dass die Kombination einer Veranlagung mit verschiedenen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zum Auftreten und Weiterbestehen eines Fibromyalgie-Syndroms führt. Folgende, den Körper auf Dauer belastende Grunderkrankungen können jedoch zu einem Fibromyalgie-Syndrom führen, oder es unterhalten:

- Osteoporose
- Entzündliche Erkrankungen, wie z.B. Sarkoidose, Colitis ulcerosa, Psoriasis
- Entzündlich rheumatische Systemerkrankungen, wie z.B. SLE, RA, PMR, Sjögren-Syndrom oder Sklerodermie
- Infektionskrankheiten, wie z.B. Viruserkrankungen oder Borreliose
- Endokrine Störungen, wie z.B. Hypo- oder Hyperthyreose
- Maligne Tumore
- Stoffwechselerkrankungen, wie z.B. Hämochromatose
- Reaktionen auf Arzneimittel, z.B. auf Lipidsenker
- Traumata z.B. nach körperlichen Misshandlungen / sexuellem Missbrauch / Unfall- oder Operationserlebnissen pp.

ENTSTEHUNGSTHEORIE

Die Schmerzorte sind zu Beginn lokal begrenzt und gehen meist mit physischen und psychischen Überlastungen sowie durch Fehlhaltung bedingten muskulären Reaktionen einher. Zu den physischen Überlastungen können u.a. monotone, sich immer wiederholende Arbeiten, wie z.B. sitzende Schreibtischarbeiten, zählen. Psychosozialer Dauerstress, wie beispielsweise die aufopfernde Pflege eines Angehörigen, allgemeine Ängste oder auch eine andauernde Arbeitsüberlastung, verbunden mit perfektionistischer Ausführung, wären den psychischen Überlastungen zuzuordnen. Es ist davon auszugehen, dass diese andauernden Überlastungen ursächlich für die Schmerzentstehung und -chronifizierung sind. Wenn der Körper diesen Überforderungen dauerhaft ausgesetzt ist, entsteht ein Gewöhnungs- und Ausprägungsprozess, der letztendlich zu Disregulationen der stressreaktionssensitiven und schmerzhemmenden körperlichen Systemen führt. Hierdurch entsteht ein Überschuss an stressreaktionsfördernden Hormonen, wie z.B. ACTH und Cortisol (bei lang anhaltendem oder auch pränatalem Stresserleben kann auch ein Cortisolmangel (Hypocortisolismus, s. S. 8!) entstehen und ein Mangel an schmerz-dämpfenden Hormonen bzw. Neurotransmittern, wie z. B. Serotonin. Als Folge findet sich u. a. eine erniedrigte Schmerzschwelle von 1,9 kg/cm² gegenüber dem „normalen“ Wert von 5,4 kg/cm² (Bradley und Alacron, 1997).

Allgemein führen dauerhafte Stressbelastungen zu einer Schwächung der Immunabwehr und einer erhöhten Infektanfälligkeit. Auffallend sind bei FMS-Betroffenen systemisch erhöhte entzündungsfördernde und verminderte entzündungshemmende Zytokinprofile. Eine schmerzbedingte muskuläre Schonung führt zu einer schwächtigen Muskulatur, die folglich weniger belastbar ist (Typ II-Faseratrophie). Konzentrations-, Wortfindungs- und Gedächtnisschwierigkeiten oder Stressunverträglichkeit und eine verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit, reduzieren die Lebensqualität erheblich und fördern

ENTSTEHUNGSTHEORIE

DES FIBROMYALGIE-SYNDROMS

depressive Gedanken. Die durch eine Fibromyalgie-Erkrankung hervorgerufenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, entwickeln sich schleichend über Jahre. Dementsprechend fällt es den Betroffenen meist schwer, die Symptome ihrer Erkrankung bis zur Ausprägung des vollen Krankheitsbildes mit generalisierten Schmerzen überhaupt einer bestimmten Krankheit oder einem zusammenhängenden Krankheitsprozess zuzuordnen. Erhöhte Licht- u. Gehörempfindlichkeit sind Indizien für eine fortgeschrittene Chronifizierung des FMS und der damit einhergehenden Sensitivierung. Ca. 2,5 Mio. Menschen in der BRD leiden am FMS, überwiegend Frauen.

WIE KOMMT ES ZUR STÖRUNG BEI DER SCHMERZVERARBEITUNG?

In der Frühphase des Krankheitsverlaufs könnte ein erhöhter Ausstoß des Neurotransmitters Substanz P (pain = Schmerz), vorkommend in der Rückenmarksflüssigkeit und bei Fibromyalgie-Betroffenen auch in der Muskulatur, in den freien Nervenenden einen erhöhten Schmerz vermittelnden „Input“ verursachen. Dies führt zu einem veränderten Reaktionsmuster der Nervenzellen, die hierdurch Schmerz-Fehlbotchaften vermitteln, was wiederum zu Regulationsstörungen im Zentralen Nervensystem und im Rückenmark, beim Hinterhornneuron, führt. Diese Störungen der Schmerzverarbeitung können durch eine Absenkung der Schmerzschwelle eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit bewirken. Ein erniedrigter Spiegel des schmerzempfindungshemmenden Botenstoffes Serotonin, den man bei Fibromyalgie-Betroffenen vorfindet, dürfte als Indiz für eine häufige Stimulation des dritten Serotoninrezeptors (S 3- oder 5-HT₃) angesehen werden. Letzterer schüttet aufgrund häufiger Stimulation verstärkt Substanz P aus. Des Weiteren reagiert das Gehirn auf die häufigen Schmerzsignale aus der geschädigten oder schmerzenden Region, wie z.B. dem Rücken, indem es die Zellen im Großhirnbereich neuronal umstrukturiert (neuronal Plastizität) und somit bisher nicht genutzte Nervenbahnen öffnet. Hierdurch können auch die angrenzenden Nachbarzellen des Gehirns beeinträchtigt werden. Diese lösen dann in dem korrespondierenden, substanziiell unverletzten Körperbereich, wie z.B. den Beinen, eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit aus. Dies ist als ein Indiz für die Ausprägung eines Schmerzgedächtnisses und einer Schmerzchronifizierung zu werten.

NEUE ERKENNTNISSE

Durch eine Studie der Uni. Würzburg (1) mit FM-Patientinnen konnte erstmals **objektiv messbare Störung** (Hinweis auf eine Schädigung) an den weißen schmerzleitenden Nervenfasern (auch „small fibers“ genannt) in der Körperperipherie nachgewiesen und eine stark verzögerte Wahrnehmung von Hitze- u. Kältereizen gemessen werden.

In der Hautstanzbiopsie fanden sich weniger kleinkalibrige Nervenfasern in der Haut von FMS Patienten!

Dies weist auf eine **neurologische (Mit-) Ursache, bzw. Veränderung beim FMS** hin!

(1) Üceyler, N., Zeller, D., Kahn, A.K., Kewenig, S., Kittel-Schneider, S., Schmid, A., Casanova-Molla, J., Reiners, K., Sommer, C. (2013) Small fiber pathology in fibromyalgia syndrome. Brain doi: 10.1093/brain/awt053

ENTSTEHUNGSTHEORIE

DES FIBROMYALGIE-SYNDROMS

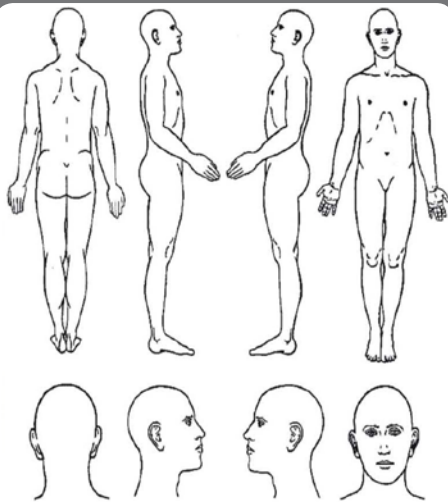
Es gibt nach neusten Erkenntnissen der Faszien-Forschung der Uni. Ulm Hinweise darauf, dass die Faszien (das Bindegewebe um die Muskulatur pp.) durch Verkürzung, Verfilzung, Verklebung, Kollagenverkalkung (z.B. bei längerer körperlicher Schonung, einseitigen muskulären Belastungen pp.) eigenständig Schmerzen auslösen können!

Ein ungehindertes Übereinandergleiten von Muskulatur und Faszien ist dann nicht mehr möglich.

Die Faszien zeigen auch entsprechende Reaktionen auf Stressbotenstoffe! Dauerstress dürfte daher über die Faszienreaktion mit zur Schmerzentstehung und -chronifizierung beitragen.

Es ist nicht auszuschließen, dass die Faszien über die vorgenannten Reaktionen, sowie auch die Muskulatur (hier durch Verkürzungen, Verschmchtigungen, Mangel durchblutung, Dysbalancen pp.) jeweils „in eigener Regie“ oder im Zusammenwirken, für die Auslösung und Aufrechterhaltung von (Muskel-) Schmerzen sorgen. Spezielle Studien mit Fibromyalgiebetroffenen liegen diesbezüglich zur Zeit noch nicht vor.

* Besonders bei weiblichen Frühgeborenen mit starker Stressbelastung der Mutter während der Schwangerschaft entsteht lebenslang bei den betroffenen Frauen (Studie im Rahmen der Stressforschung mit FMS-Betroffenen der Uni Trier) eine dauerhafte Minderung der eigenen Cortisol-Produktion (Hypocortisolismus). Hierbei wirkt das vermehrt produzierte Cortisol der Mutter im Mutterleib besonders auf den weiblichen Fötus ungünstig ein, der das Stresshormon nicht ausreichend „abpuffern“ kann, nicht jedoch auf den männlichen. Möglicherweise liegt hierin der Grund, weshalb mehr Frauen als Männer vom FMS betroffen sind. Für die betroffenen Frauen dürfte hieraus eine bleibende unangepasste biochemische Stressverarbeitung (mit möglicher Stressunverträglichkeit) entstehen.



BLANKO-SCHMERZSKIZZE

zum Ausmalen der individuell schmerzenden Körperregionen (Schmerzorte)

Bei der Erstuntersuchung wird empfohlen, dass der Patient die schmerzenden Körperregionen bei seiner Anamnese (Erfassung der Krankheitsvorgeschichte) selbst in einer Schmerz-Skizze kenntlich macht.

Auch ist die Abfrage des Zeitraums des Vorhandenseins der Schmerzen erforderlich!

DIAGNOSE & LABOR

DIE KLASSIFIKATIONSKRITERIEN

Die Diagnose orientiert sich an den unter „Diagnostik“ genannten Klassifikationskriterien, bzw. der S3-Leitlinie zum Fibromyalgie-Syndrom, und dem Ergebnis einer differenzierten Diagnostik (siehe auch mögliche Erkrankungen Seite 6 oben). Hierbei soll bei der Erstdiagnose eine vollständige körperliche Untersuchung (Ganzkörperstatus) erfolgen. Um die Verteilung der Stressorte, bzw. -regionen zu erfassen, empfiehlt es sich, diese in eine Personenskizze einzeichnen zu lassen.

Empfohlene Laboruntersuchungen nach der S3-Leitlinie zum FMS“:

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

Die Ergebnisse üblicher Laboruntersuchungen von beispielsweise C-reaktivem Protein und Melatonin im Urin, Rheuma- und antinukleären Faktoren, Leber und Nierenwerten, Elektrolyten etc. zeigen bei Fibromyalgie keine auffälligen Werte. Häufig finden sich jedoch ein erniedrigter Serotoninspiegel sowie das Hormon Kalzitinin und das Wachstumshormon Somatomedin C im Serum. Des Weiteren liegen in der Gehirn-Rückenmark-Flüssigkeit häufig Substanz P und der Nerve-Growth-Factor (NGF) erhöht vor. Ebenso lassen sich im Speichel erhöhte Cortisol- und Adrenalin-Werte finden. Der Nerve-Growth-Factor ist für die Entwicklung und das Überleben bestimmter Gehirnzellen essentiell. Über funktionelle Kernspintomographie und Positronenemissionstomographie lassen sich Areale verstärkter Hirndurchblutung durch erhöhten Einstrom von Schmerzimpulsen in die Schmerz verarbeitenden Zentren erkennen. Auch Areale reduzierter Durchblutung, wie beispielsweise im Frontalhirnbereich, was möglicherweise die Konzentrationsschwäche der Fibromyalgie-Patienten erklärbar macht, können bestimmt werden. Neurometeruntersuchungen und EEG-Messungen zum Nachweis einer Hyperalgesie (erhöhte Schmerzempfindlichkeit) werden bisher in der Fibromyalgie-Diagnostik kaum angewendet.

THERAPIEMÖGLICHKEITEN

STRESSABBAU, KÖRPERLICHE STÄRKUNG,

ERNÄHRUNG, MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG

THERAPIE

Die Beschwerden des FMS entwickeln sich über Jahre und basieren auf den unterschiedlichsten Ursachen, so dass die Therapie vielseitig und der Therapiezeitraum sehr weiträumig anzulegen ist. Spontane Heilungsprozesse sollten daher vom Patienten und dem behandelnden Arzt/Heilpraktiker nicht erwartet werden.

Die Behandlung ist beschwerde- und symptomorientiert. Eine ausführliche Ermittlung der Krankenvorgeschichte ist unerlässlich, um geeignete Therapieansätze festzulegen.

Hier könnten im Vordergrund stehen:

SOZIALE THERAPIE

Aufklärung von Patienten und deren sozialem Umfeld, insbesondere über die Krankheitszusammenhänge eines Fibromyalgie-Syndroms, wie beispielsweise Ängste, Überforderungen oder perfektionistische Grundeinstellung.

STRESSABBAU

Identifikation und Bewusstmachung von Stressfaktoren und deren Beseitigung oder Minderung. Entspannungstechniken und kognitive psychologische Verfahren zum Stressabbau und zur Senkung des Muskeltonus. Positive Empfindungen wie Freude wahrnehmen und wieder empfinden mittels Wohlfühltraining. Konflikt- und Durchsetzungsfähigkeit trainieren. An der Steigerung des Selbstwertgefühls arbeiten.

KÖRPERLICHE STÄRKUNG

Schonende körperliche Stärkung, z.B. zur Stabilisierung degenerierter Wirbelsäulenmuskulatur, durch individuell aerobes Ausdauertraining, mehrfach wöchentlich. Bei Fehlstatiken der Wirbelsäule empfiehlt sich eine Physiotherapie u.a. mit Massagen, Dehnübungen und manueller Lymphdrainage. Auch ein REHA-Training über z.B. einen Behindertenverein eignet sich sehr gut.

ERNÄHRUNGSUMSTELLUNG - BASENREICHE ERNÄHRUNG

Fibromyalgie-Patienten sollten auf eine lacto-vegetabile bzw. arachidonsäurearme Ernährung achten.

Allgemein ernähren sich die Menschen aber sehr oft zu sauer und zu proteinreich. Ein daraus resultierender saurer Muskelstoffwechsel kann weitere Muskelverkrampfungen fördern.

MEDIKAMENTÖSE BEHANDLUNG*

Im Rahmen einer akuten Behandlung werden primär Schmerzmittel, Psychopharmaka und eine Vielzahl anderer Medikamente eingesetzt. Hilfreich sind hierbei auch Wärme- oder Kälteanwendungen. Bei einer Dauermedikation sollten routinemäßig Wirksamkeit und Verträglichkeit im Hinblick auf mögliche Nebenwirkungen, bedingt durch die Langzeiteinnahme der Medikamente, geprüft und überwacht werden. Medikamentöse Wechselwirkungen (z.B. Wirkungsreduktion oder -steigerung) oder Missbrauch (Abusus, i. S. eines übermäßigen Verbrauchs von Schmerzmitteln pp.) sind hierbei zu beachten!

* Die Bewertung des Einsatzes von Medikamenten beim FMS ist aus der aktuellen FMS-Leitlinie zu ersehen.

NATURHEILKUNDLICHE

THERAPIEOPTION - PRAXISERFAHRUNGEN

Dr. rer. nat. Oliver Ploss, Heilpraktiker und Apotheker für Homöopathie und Naturheilkunde Lehrbeauftragter für Homöopathie und Naturheilkunde an der Universität Münster, Fachbereich Pharmazie

Schmerzen beim Fibromyalgie-Syndrom lassen sich nach aktuellen Erkenntnissen in die Kategorie „neuropathischer Schmerz“ einordnen. Eine hochdosierte, parenteral verabreichte Aufbaukur mit den Vitaminen B6, B12 und Folsäure kann entscheidend dazu beitragen, sowohl die chronischen Schmerzen als auch den begleitenden Erschöpfungszustand zu lindern.

Bei peripheren Neuropathien spielt ein Mangel an B-Vitaminen eine zentrale Rolle. Zum einen fördert B-Vitaminmangel die Entstehung peripherer Neuropathien, zum anderen besteht bei Schädigungen von Nervenfasern, wie z. B. bei der Fibromyalgie, ein erhöhter Bedarf an B-Vitaminen, um Reparaturmechanismen zu stimulieren. Dies erklärt, warum die Gabe von B-Vitaminen bei peripheren Neuropathien bis zu einem bestimmten Punkt sensible und motorische Symptome bessern und Schmerzen lindern kann.

Für die Wirksamkeit einer B-Vitamin-Aufbaukur ist zum einen die spezifische Kombination der Vitamine B6, B12 und Folsäure entscheidend. Zum anderen muss sichergestellt sein, dass eine ausreichende Bioverfügbarkeit gewährleistet ist. Diese Anforderungen erfüllt die vom Arzt oder Heilpraktiker verabreichte B-Vitamin-Aufbaukur Medivitan®. Sie enthält eine spezielle Kombination aus Vitamin B6, Vitamin B12 und Folsäure in einer aufeinander abgestimmten Dosierung und wird parenteral verabreicht. Bioverfügbarkeitsprobleme, die bei oraler Einnahme möglich sind, lassen sich so umgehen. Die positiven Effekte der parenteralen Gabe (z.B. als Infusion oder Injektion) von B-Vitaminen in der Behandlung neuropathischer Schmerzen und bei chronischer Erschöpfung bzw. Fatigue konnten in mehreren Studien gezeigt werden.

Ein Praxisbeispiel: Im September 2015 kam Herr L., 60 Jahre mit einem Fibromyalgie-Syndrom in meine Naturheilpraxis in Ibbenbüren. Die Beschwerden, vor allem Muskelschmerzen (Schmerzskala: 8-9), wurden als überall am Körper beschrieben und bestanden schon 20 Jahre. Besonders schmerzhaft ist die Muskulatur in beiden Schulterbereichen. Ebenso reagierten viele Tenderpoints rechts und links sehr druckdolent. Die ärztliche Medikation bestand in der Gabe von Ibuprofen 600, 2 x tgl. 1 Tbl. und Amitriptylin. Das Amitriptylin hat der Patient aber sofort wieder abgesetzt, da er es nicht vertrug. Der Patient bekommt von mir seit dem 1x wöchentlich eine Medivitan iV FS (Vitamin B6 + Vitamin B12 + Folsäure) iM, zudem bekommt er Neuro Medivitan FT (Vitamin B1 + Vitamin B6), 3 x tgl. 1 FT und Biocarn Lsg., 1 x tgl. 1 MB (3,3 ml entsprechen 1 g Levocarnitin). Nach nur 6 Wochen besserte sich die Symptomatik Schmerz (Schmerzskala: 6-7) wesentlich. Ebenso verringerte sich die Schmerzintensität der Tenderpoints. Ein schöner Begleiteffekt der Therapie bestand darin, dass ein erhöhter Gesamt-Cholesterinspiegel von 260 mg/dl auf momentan 230 mg/dl gesenkt werden konnte, was wohl mit der begleitenden Levocarnitin-Therapie in Zusammenhang zu bringen ist. Der Patient ist weiterhin in Behandlung.



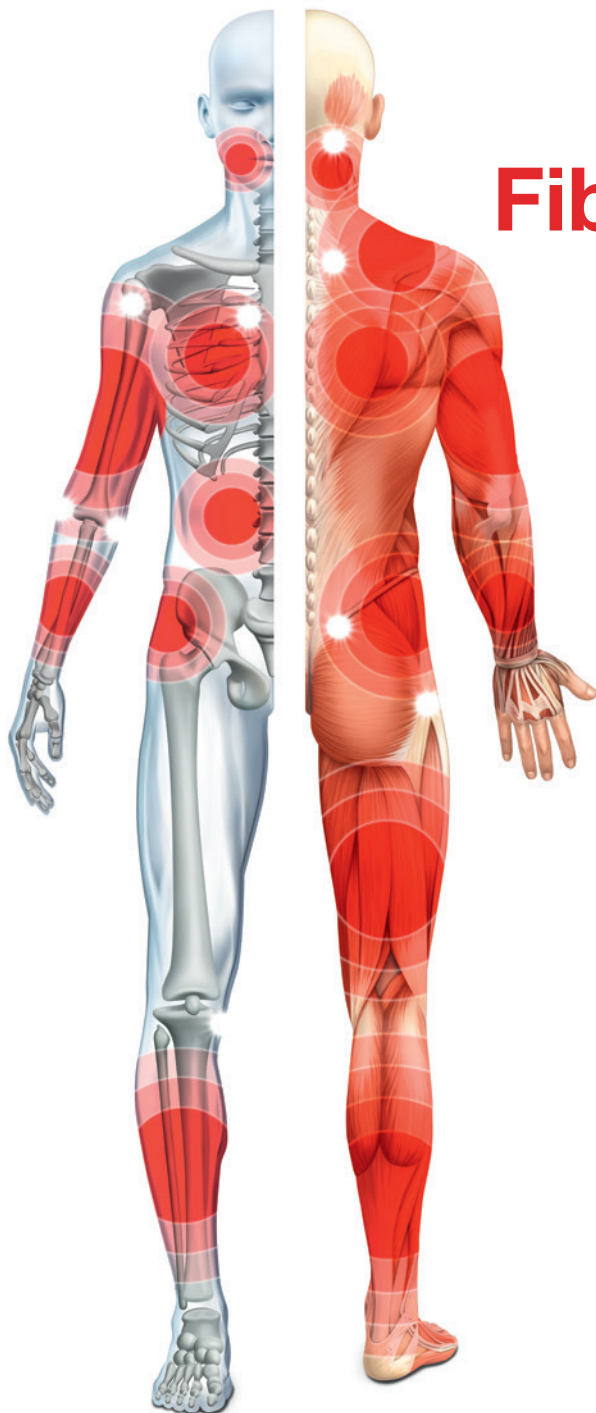
Literaturempfehlung

Naturheilkunde bei muskulären und neuromuskulären Erkrankungen
Oliver Ploss

Das Fibromyalgie Syndrom

EIN RATGEBER
von Rainer Marx

**SYMPTOME
DIAGNOSTIK
THERAPIE**



Rainer Marx
Fibromyalgie-Selbsthilfe
Rhein-Main-Kinzig

in Zusammenarbeit mit

Dr. rer. nat. Oliver Ploss

Heilpraktiker und Apotheker für
Homöopathie und Naturheilkunde
Lehrbeauftragter für Homöopathie
und Naturheilkunde an der Universi-
tät Münster, Fachbereich: Pharmazie



Deutsche Schmerzliga e.V.

Adenauerallee 18
61440 Oberursel
info@schmerzliga.de
www.schmerzliga.de

Weitere Informationen zum Thema Fibromyalgie erhalten Sie im Internet unter:
www.fm-selbsthilfe-rmk.info