Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

FIBROMYALGIE & LOKALE WEICHTEILSCHMERZEN
ABGRENZUNG IN DER HAUSARZTPRAXIS

Update Rheumatologie 2021

INHALT

1. Nomenklatur
2. Fibromyalgie-Syndrom
3. Lokale Weichteilprobleme

NOMENKLATUR

Die zur Beschreibung von Weichteilschmerzen des Bewegungsapparates gebrauchten Begriffe sind nicht alle eindeutig definiert und werden gelegentlich etwas willkürlich verwendet.

«WEICHTEILRHEUMATISMUS»

Darunter werden i.d.R. Schmerzen am Bewegungsapparat verstanden, welche sich regional oder generalisiert manifestieren. Diesen können degenerative, entzündliche, sowie rein funktionelle Veränderungen von Sehnen, Sehnenansätzen, Sehnenscheiden, Bändern, Schleimbeuteln, Muskeln, Binde- sowie Fettgewebe zugrunde liegen.

Da der Begriff ungenau ist und das falsche Engramm einer chronischen Erkrankung setzen kann, sollte er von Ärzten besser NICHT verwendet werden.

MYOFASZIALE SCHMERZEN

Bezeichnung von lokalen oder regionalen Muskel-/Faszien-/Sehnenschmerzen. Sie werden klinisch durch das Vorhandensein von Druckdolenzen charakterisiert, z.B. bei Über-/Fehlbelastungen oder als sekundäre Problematik durch Verspannungen mehrerer Muskeln oder Muskelgruppen. Sie beinhalten meistens Triggerpunkte.

TRIGGERPUNKTE

Verwandter Begriff für MYOGELOSEN. Triggerpunkte sind hochgradig (druck)schmerzhafte Punkte im Muskel, mit häufig unspezifischer, aber für den jeweiligen Triggerpunkt charakteristischer Ausstrahlung – teils auch ohne Ausstrahlung. Histologisch möglicherweise einer dauerhaften Kontraktur von Sarkomeren entsprechend und palpatorisch für Geübte als winziger Knoten/Stränge wahrnehmbar.

PERIARTHROPATHIE

Um das knöcherne Gelenk herum lokalisierte Schmerzen ohne genaue Zuordnung. Ursächlich in Frage kommen alle dem Gelenk anliegenden/ansetzenden Strukturen, also Muskel-/Kapsel-/Band-/Sehnen- oder Schleimbeutel-Probleme.

MYOTENDINOSE

Meist zur Beschreibung eines Reiz- und/oder Verspannungszustandes am *Sehnen-Muskelübergang* gebrauchter Begriff.

TENDINOSE

Degenerativ bedingte (Synonym: TENDINOPATHIE) oder durch *Über-/Fehlbelastung* ausgelöste Schmerzen in der Sehne.

TENDINITIS

Entzündung der Sehne. z.B. bei Kalkentzündung als «Tendinitis calcarea».

INSERTIONS-TENDINOSE

Synonym: ENTHESIOPATHIE

Mechanisch bedingte Reizung/Degeneration am Knochen-/Sehnenübergang.

ENTHESITIS

Synonym: INSERTIONS-TENDINITIS

Entzündung am Knochen-/Sehnenübergang.

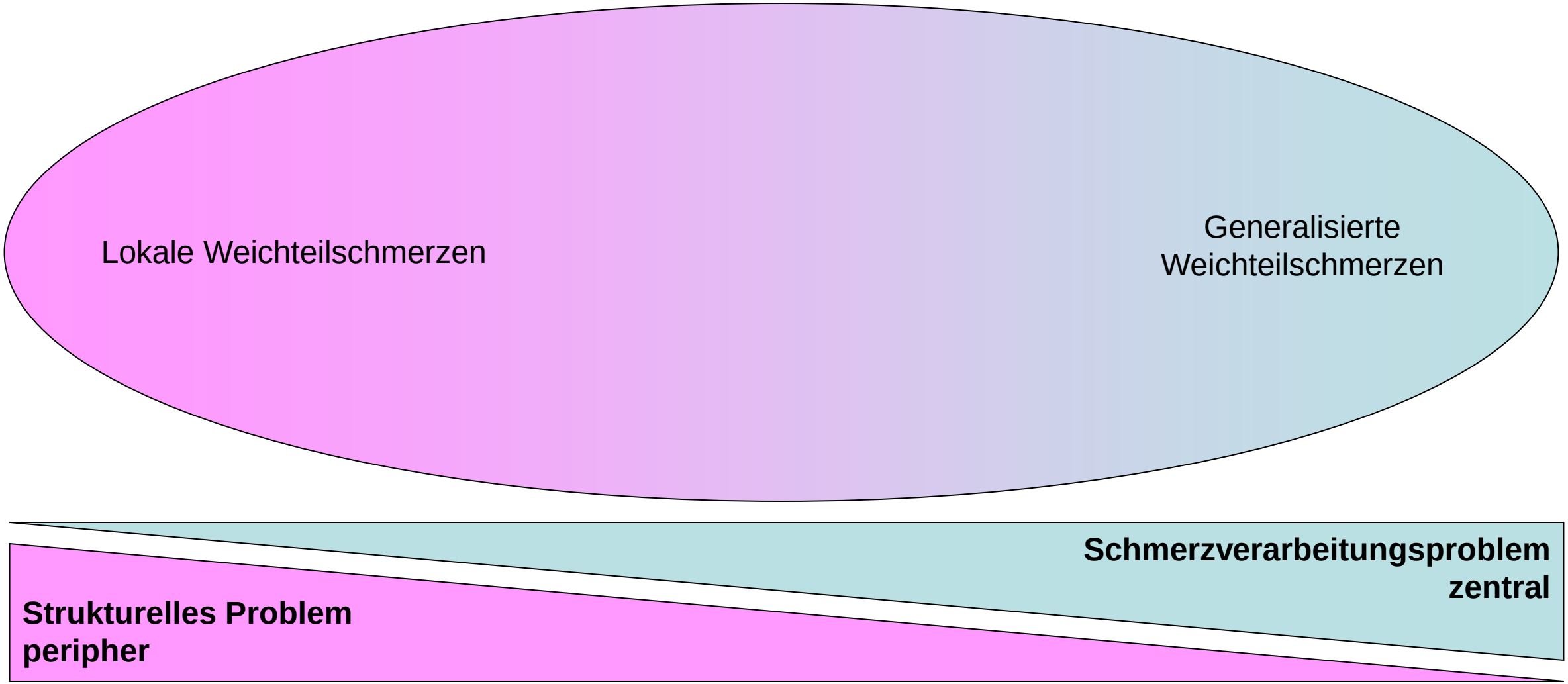
TENDOVAGINITIS

Entzündung der Sehnenscheide.

BURSITIS

Entzündung des Schleimbeutels.

LOKALE UND GENERALISIERTE WEICHTEILSCHMERZEN

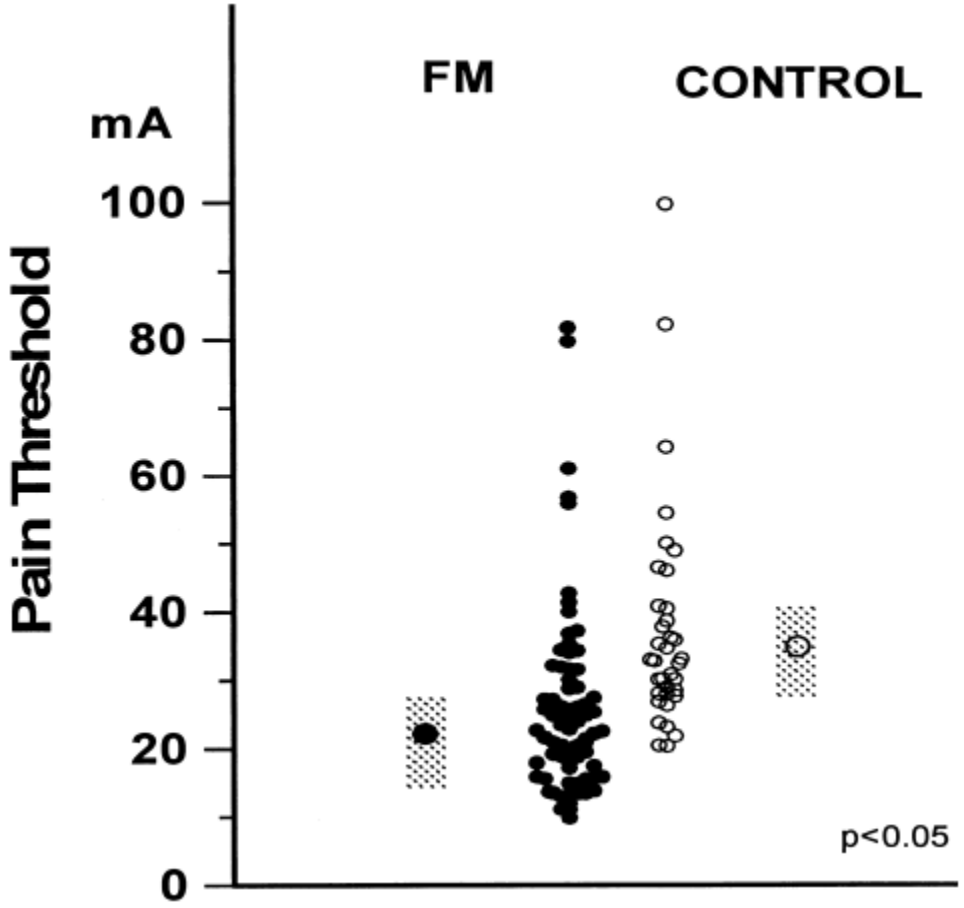


FIBROMYALGIE-SYNDROM – GENERALISIERTE WEICHTEILSCHMERZEN

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

SCHMERZVERARBEITUNG BEI FIBROMYALGIE



Desmeules JA et al., Arthritis Rheum 2003, 48:1420-9

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

CHRONISCHES NICHT-TUMORBEDINGTES SCHMERZSYNDROM

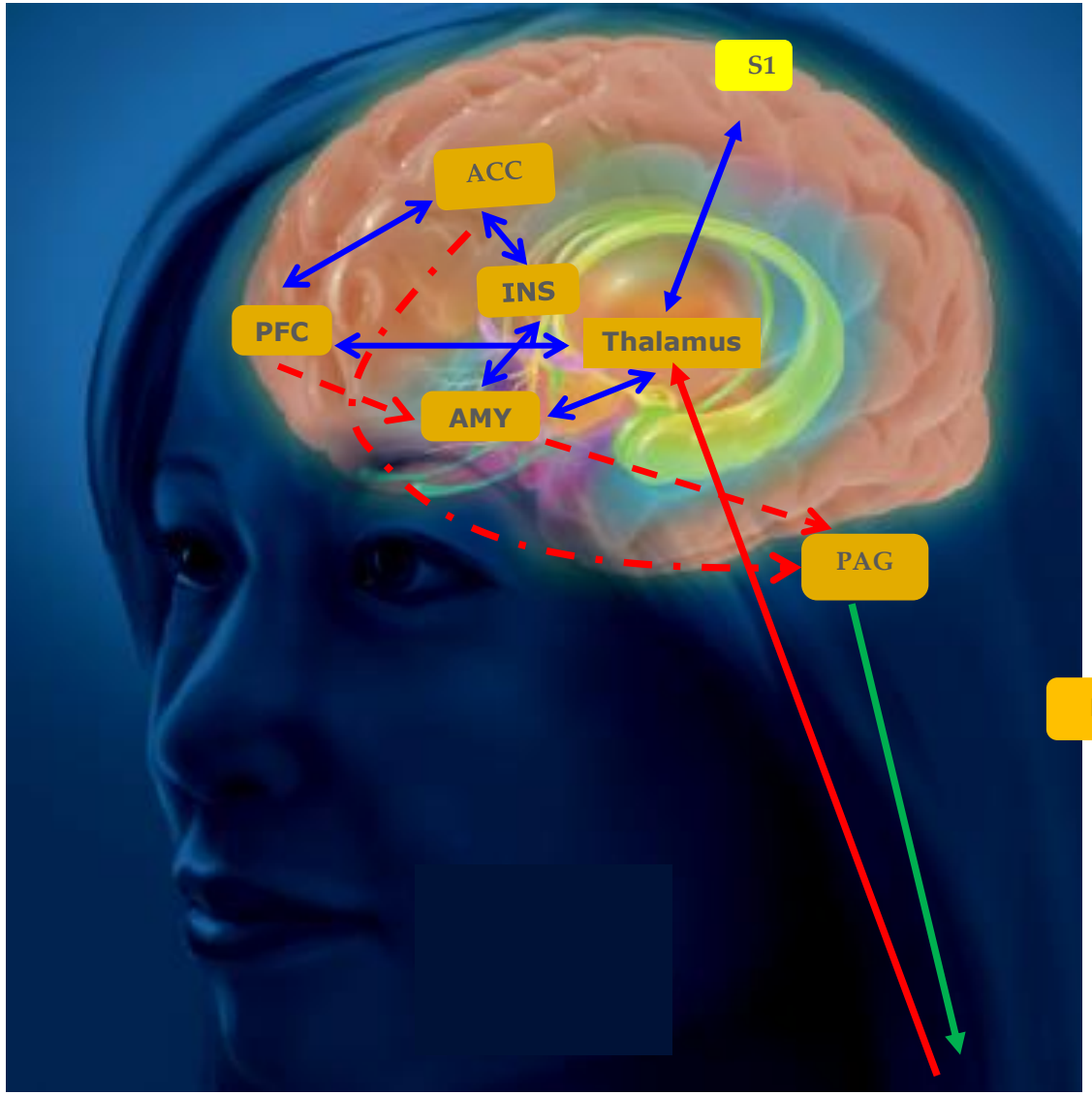
Gewebeschädigung (nozizeptiv)

Nervenschädigung (neuropathisch)

Stress-induzierte Hyperalgesie (SIH)

→Fibromyalgie-Syndrom
→ Angsterkrankung bzw.
→ Perfektionismus mit muskulären Verspannungen

Quelle: Folie von Prof. U. Egle 2020



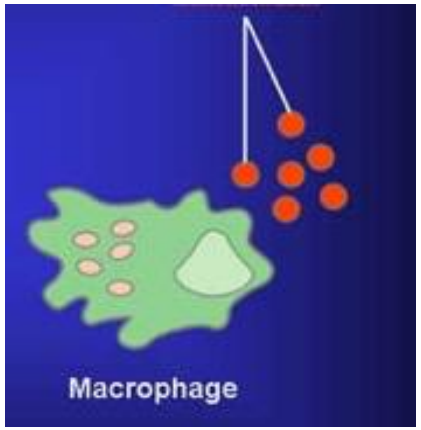
- Hohe Überlappung zwischen **Schmerz- und Stressverarbeitung** auf den verschiedenen Ebenen des limbischen Systems (neuronal, hormonell)

- Vorausgegangene Prägungen (perzeptuelles Gedächtnis) bedingen **Erwartungshaltung** bei der Reizverarbeitung (AMY, aINS, ACC)

Quelle: Folie von Prof. U. Egle 2020

NEUROBIOLOGISCHE MECHANISMEN DER STRESSVERARBEITUNG

Behaviour
Neurogenesis
Neurotransmission
Neuroinflammation



HPA-Achse
Cortisol

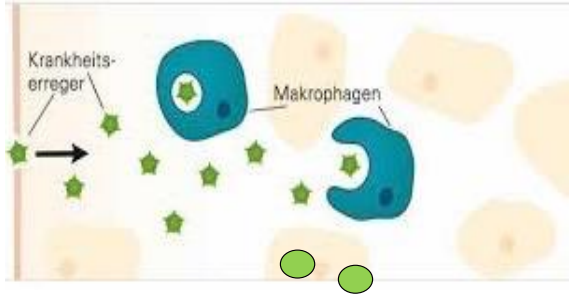
Sympathikus
LC-NE-Achse
Adrenalin

Para-
Sympathikus
Acetylcholin

Neuro-
inflammation
Cytokine

Gedanken Gefühle Verhalten Gewohnheiten
gelernte Reaktionen

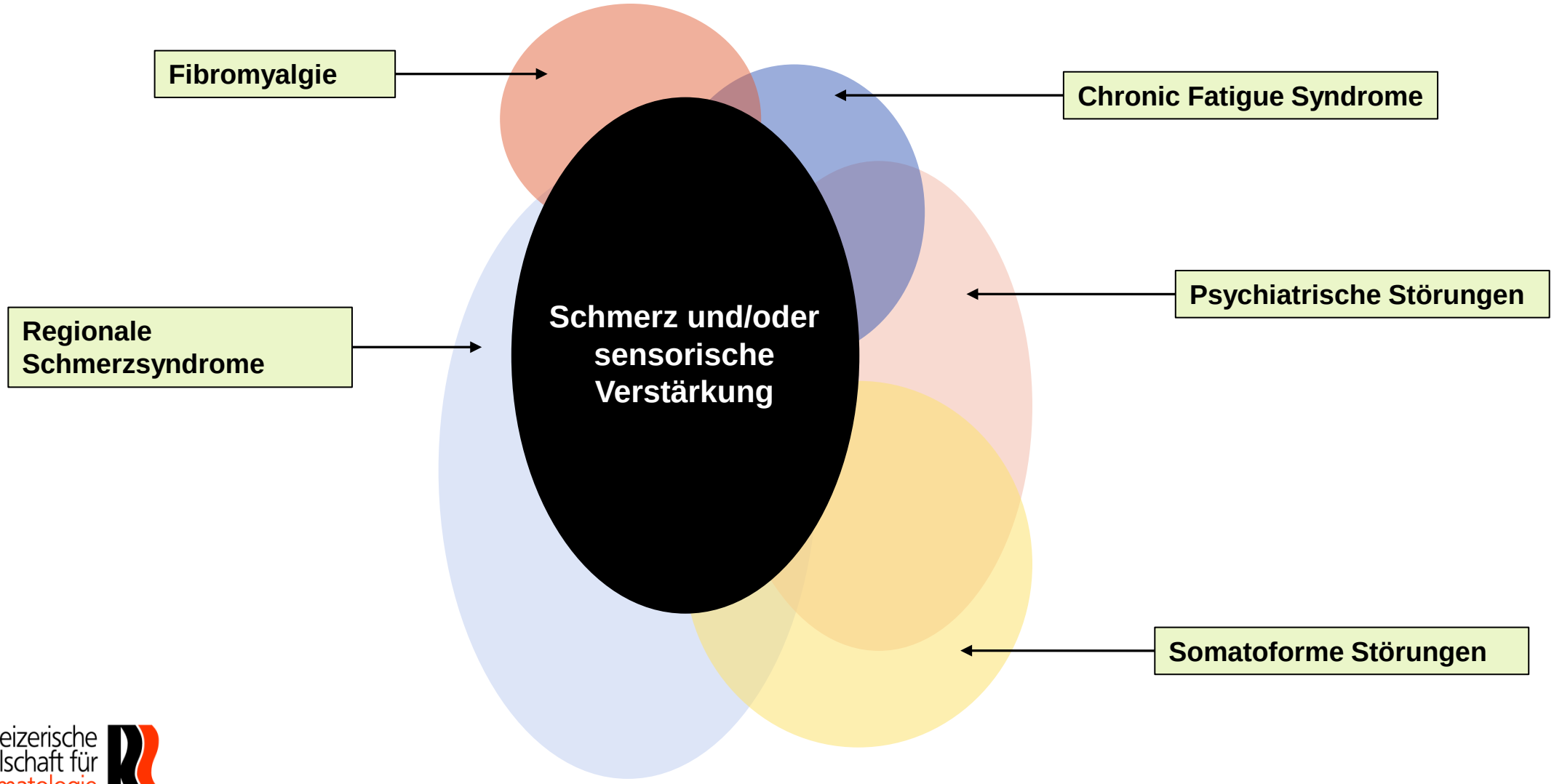
Biologische und psychosoziale Stressauslöser



Reste abgestorbener Zellen

Quelle: Folie von Prof. U. Egle 2020

ÜBERLAPPUNG ZWISCHEN SYSTEMISCHEN SYNDROMEN



The Journal of
Rheumatology 2003

Editorial

Stop Using the American College of Rheumatology Criteria in the Clinic

FREDERICK WOLFE, MD,
National Data Bank for Rheumatic Diseases,
Arthritis Research Center Foundation,
1035 N. Emporia, Suite 230,
Wichita, Kansas 67214, USA.

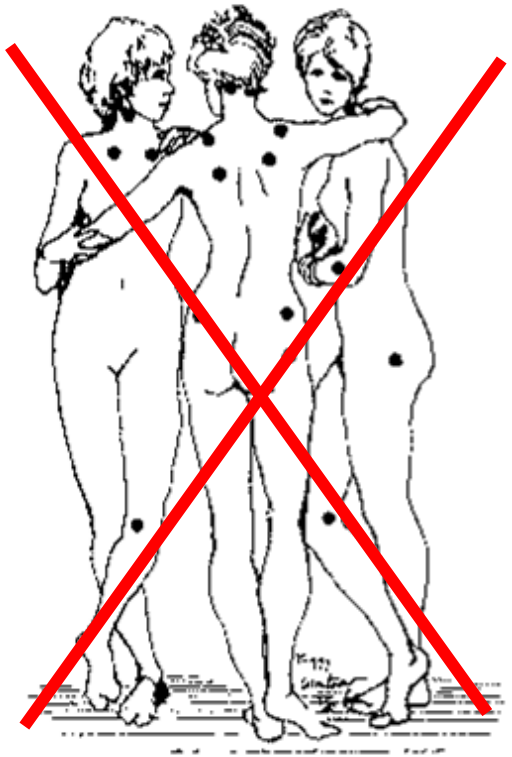
„… by ignoring the **central psychosocial and distress features** of the syndrome … and choosing instead a physical examination item, we allowed FM to be seen as mostly a physical illness.“

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

Quelle: Folie von Prof. U. Egle 2020

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

FIBROMYALGIE-SYNDROM
NEUE DIAGNOSEKRITERIEN (2011, REVIDIERT 2016)



Widespread Pain Index (WPI: 0 – 19)

- multilokulärer Schmerz (ohne Druckdolenz!) in 19 Körperbereichen

Symptom Severity Score (SSS: 0 – 12)

- Fatigue (Ausprägung 0 – 3)
- nicht-erholsamer Schlaf (0 – 3)
- kognitive Einschränkungen (0 – 3) -> „fibro-fog“
- Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Depression (0–3)

Ein Fibromyalgie-Syndrom ist zu diagnostizieren, wenn alle 3 Punkte erfüllt sind:

- **WPI 7 Punkte und SSS 5 Punkte, oder WPI 4–6 Punkte und SSS 9 Punkte**
- **Schmerz in 4 von 5 Körperregionen**
  (4 Körper-Quadranten plus 1 für Wirbelsäule)
- **Symptome seit mind. 3 Monaten persistent**
- **Andere Ursache unwahrscheinlich**

Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

Quelle: nach Folie nach Prof. U. Egle 2020

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

ANAMNESE

- Chronische generalisierte Schmerzen (vgl. vorhergehende Folie: neue Diagnosekriterien 2011, revidiert 2016)
- Müdigkeit, Abgeschlagenheit, rasche Erschöpfbarkeit
- Schlafstörung
- Angstsymptome
- Weitere Begleitsymptome wie Steifigkeits- und Schwellungsgefühl, Sicca-Symptomatik, Parästhesien, Restless Legs, Raynaud-ähnliche Symptome, Kopfschmerzen, temporomandibuläre Dysfunktion, Reizdarm und Reizblase
- Psychiatrische und psychosoziale Anamnese (z.B. Kindheitstraumata)

KLINISCHER UNTERSUCH

- Klinische Untersuchung unabdingbar, um fibromyalgietypische Berührungsdolenzen von echten myofaszialen Schmerzen abzugrenzen (z.B. Triggerpunkte).

IN DER PRAXIS

- In der Praxis ist die Anwendung der angepassten ACR-Kriterien 2016 an Stelle der alten Tenderpoints empfohlen.
- Der Begriff des Fibromyalgie-Syndroms muss vorsichtig verwendet werden bei Versicherungen.

IN DER PRAXIS

- Möglicherweise hilfreicheres Konzept der „Fibromyalginess“
- Demnach wäre die Diagnose einer Fibromyalgie nicht ein Ja oder Nein, sondern eine Bandbreite mit mehr oder weniger ausgeprägter „Fibromyalginess“.
- Je ausgeprägter also die „Fibromyalginess“ (je mehr Fibromyalgie-typische Symptome vorliegen; rev. ACR 2016-Score), desto eher besteht ein zentraler Schmerzanteil und desto unwirksamer ist eine rein somatische Analgesie.

nach D. Clauw, EULAR 2020

BEGLEITSYMPTOME
(SIEHE AUCH REVIDIERTE ACR-KRITERIEN 2016)

- Muskelkrämpfe
- Muskelschwäche
- Muskelermüdung
- Gelenkschmerzen
- Morgensteifigkeit
- Diffuse Sensibilitätsstörungen
- Schwellungsgefühl Hände und Füsse
- Raynaud-ähnliche Symptome
- Kopfschmerzen
- Schlafstörung
- Müdigkeit
- Kognitive Störungen
- Thorakales Engegefühl
- Reizdarmsymptome
- Harndrang
- trockener Mund
- subfebrile Temperaturen
- Polyallergie

LABOR

Bei der idiopathischen Form unauffällig. Laboruntersuchungen zum Ausschluss von Differentialdiagnosen gerechtfertigt.

Beispiel Routinelabor:

- BSR/CRP
- Blutbild
- TSH
- CK

BILDGEBUNG

Primär keine Bildgebung.
Wenn, dann nur zum Ausschluss von Differentialdiagnosen.

DIFFERENTIALDIAGNOSE/ ÜBERLAPPENDE KRANKHEITSBILDER

Somatisch:

- Infektiös (z.B. Hepatitis C, andere virale Infekte)
- Entzündlich-rheumatische Systemerkrankungen
- Endokrinopathien
- Knochenstoffwechselstörungen
- Neoplasien
- Medikamente (z.B. Statine)
- Andere (z.B. Hypermobilitätssyndrom)

Psychiatrische Störung mit Leitsymptom Schmerz, wie z.B.

- Somatisierungsstörung («bodily distress disorder»)
- generalisierte Angststörung
- soziale Ängste
- gesundheitsbezogene Ängste
- Perfektionismus als Persönlichkeitsstil
- posttraumatische Belastungsstörung

BEHANDLUNG

Drei Möglichkeiten:

1. Trainings- und Physiotherapie
2. Psychologische/psychosomatische Therapie
3. Medikamente: geringer Stellenwert, v.a. zur Behandlung der Begleitsymptome

BEHANDLUNG

Trainings- und Physiotherapie

- Etablierung regelmässiger Ausdaueraktivitäten:
  Aerobes Training → 3-4x/Woche, Puls < 120
- Training zur Verbesserung beeinträchtigter Körperfunktionen
- Erlernen/Erfahren, dass trotz Schmerzen bewegt und gearbeitet werden kann – funktionelle Zielsetzung

  → Frequenz vor Dauer vor Intensität steigern
- Information bzw. Schulung im Umgang mit den Schmerzen

- Absprache zwischen behandelndem Arzt <> Physiottherapeut*in

BEHANDLUNG

Psychologische/psychosomatische Therapie

- Aufklärung und Information über die Krankheit
- Angehen von psycho-sozialen Cofaktoren, Stressreduktion
- Erlernen und regelmässiges Ausüben von Entspannungstechniken, z.B. autogenes Training
- Erlernen von kognitiven, verhaltenstherapeutischen Techniken („Bewegen und Funktionieren im Alltag trotz Schmerz“)
- Regelmässige Gespräche
- Zuhören bei Auftreten von (neuen) Symptomen und richtiges Werten derselben

BEHANDLUNG

Medikamente

Medikamente haben in der Behandlung des Fibromyalgie-Syndroms nur einen sehr geringen Stellenwert!

- Kurzzeitiger (≤ 14 Tage) Einsatz von Schmerzmitteln (**keine potenten Opioide!**) bei Schmerzschüben.
- Langzeitiger Einsatz von schmerzmodulierenden Substanzen (z.B. Antidepressiva); **keine Opioide**
- **Keine Steroide**

SCHMERZMODULIERENDE SUBSTANZEN

Zurückhaltend einsetzen!

Trizyklika	Amitriptylin (Saroten®) Trimipramin (Surmontil®)	Initial 10–20 mg abends, bei schlechtem Ansprechen bis 50 mg/d Bis 50 mg abends (kann auch mit Tropfen aufdosiert werden)	Mit Studien gut belegte Wirkung: - Schmerzreduktion - Abnahme der Tender points - Verbesserung der Schlafqualität
SSRI	Fluoxetin (Fluctine®) Citalopram (Seropram®)	20–40 mg morgens 20–40 mg morgens (kann auch mit Tropfen aufdosiert werden)	Wirkung allein eher gering Fluoxetin manchmal gut wirkend in Kombination mit Amitriptylin
SNRI	Duloxetin (Cymbalta®) Venlafaxin (Efexor®)	60–120mg morgens 75–225mg morgens	 Hohe Dosis nötig (noradrenerge Wirkung)
Antiepilep-tikum	Pregabalin (Lyrica®)	25–600mg (abends beginnen)	Zulassung für neuropathische Schmerzen

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SNRI: Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitors

GEZIELTE **BEHANDLUNG DER BEGLEITSYMPTOME**

- Schlafstörung (z.B. sedierendes Antidepressivum)
- Migräne (z.B. Triptane)
- Colon irritabile (z.B. Constella®, Iberogast®)
- Restless Legs (Dopaminagonisten)

AUSWAHL LOKALER WEICHTEILPROBLEME

«TENDOVAGINITIS DE QUERVAIN»

- Diagnose: Druckdolenz

  Finkelstein-Test
  (im Seitenvergleich)

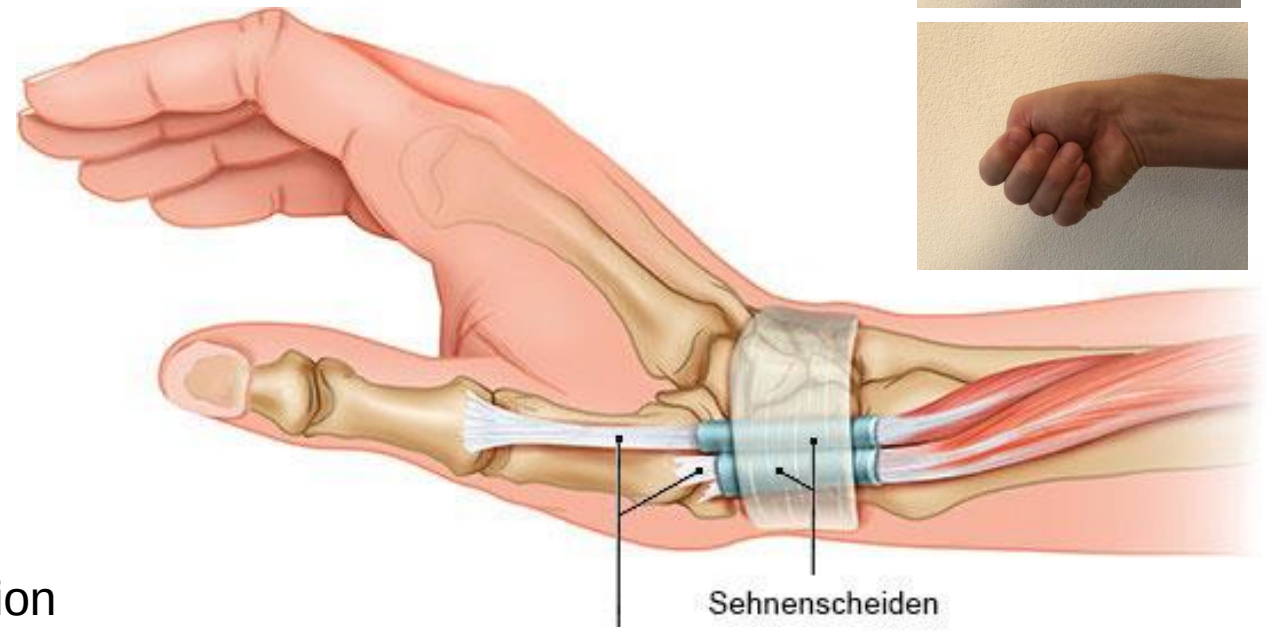
- Therapie: Ruhigstellung, Kühlen

  NSAR (top./syst.)

  Physio-/Handergotherapie

  peritendinöse Steroidinfiltration

  (Operation)



M. ext. poll brevis
M. abd. poll. Longus

gesundheitsinformation.de

«TENNIS-ELLBOGEN»
SYNONYM: EPICONDYLOPATHIA HUMERO-RADIALIS

- Diagnose: Druckdolenz

  Schmerz-Verstärkung durch resistive HG/Finger-Extension
- Differentialdiagnose: Supinator-Syndrom (Irritation des R. prof. N. radialis)
- Therapie: Vermeiden provozierender Belastungen

  Dehnübungen; Ergo-/Physiotherapie

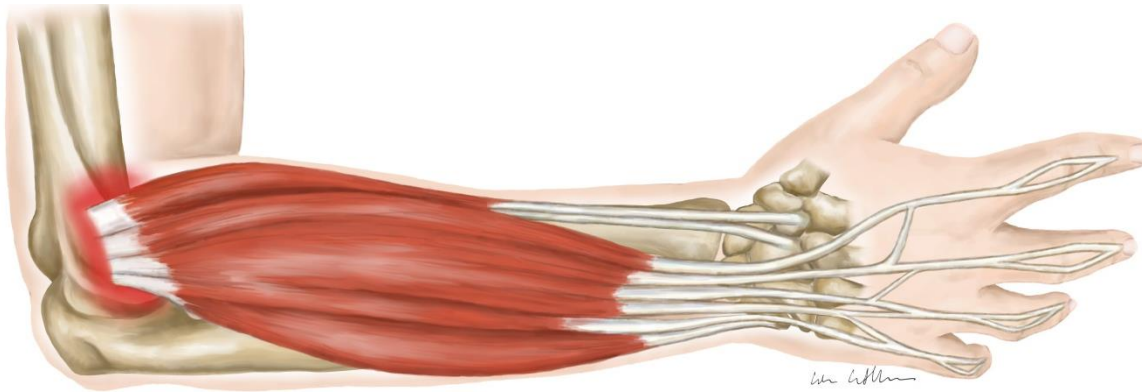
  lokal NSAR

  Stosswellen-Therapie; PRP-Infiltration

  Entzündungsbestrahlung

  Möglichst keine Steroid-Infiltrationen

  (Selten Evaluation einer Operation)



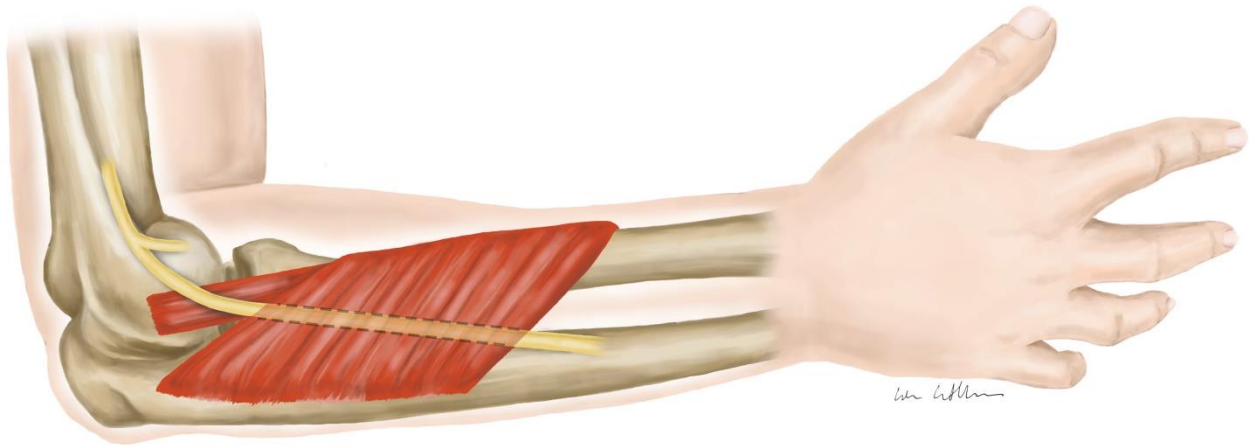
Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Lega svizzera contro il reumatismo

«SUPINATOR-SYNDROM»

- Diagnose: Schwäche Extensoren Dig IV/V & Handgelenk, (Schmerz)
  Neurographie, MRI

- Therapie: Vermeiden provozierender Bewegungen
  Dehnübungen; Ergotherapie
  Operation (Dekompression)



«PHS SIMPLEX»
SYNONYM: SUBACROMIALES IMPINGEMENT

- Diagnose: Painful arc; Spezifische Tests (z.B. Hawkins, Neer)

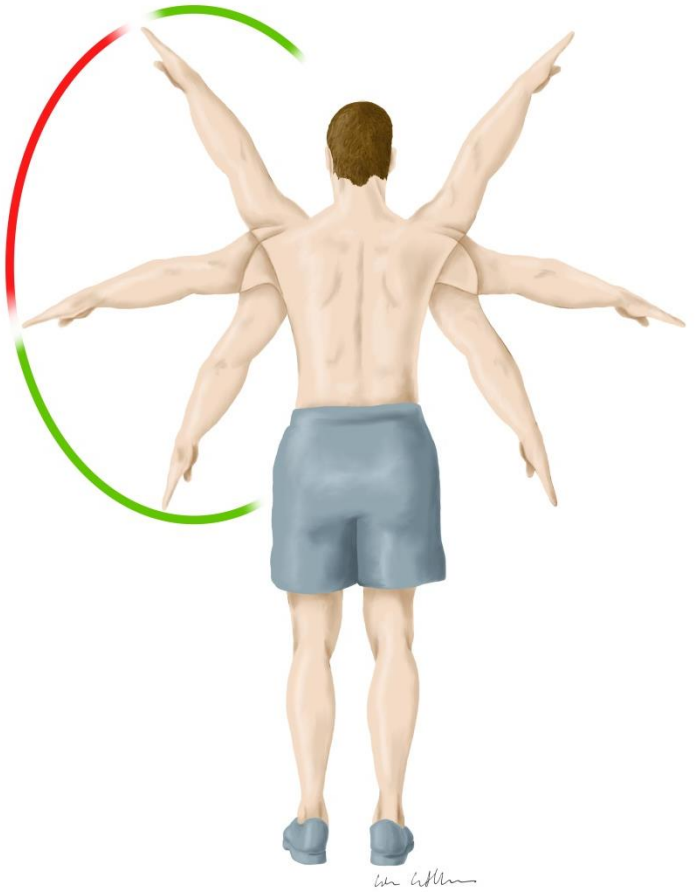
  Sonografie, Röntgen, (Arthro-MRI)

- Differentialdiagnose: Frozen shoulder; Rotatorenmanschettenläsion; Bursitis subacromialis; (AC-G-Arthrose; Bicepspathologie)

- Therapie: Physiotherapie

  Subacromiale Steroidinfiltration

  (Operation)



«PHS ANKYLOSANS»
SYNONYM: ADHÄSIVE/RETRAKTILE CAPSULITIS („FROZEN SHOULDER“)

- Diagnose: aktive und passive Bew.-Einschränkung in alle Richtungen (v.a. auch bei **Aussen/(Innen)rotation**)

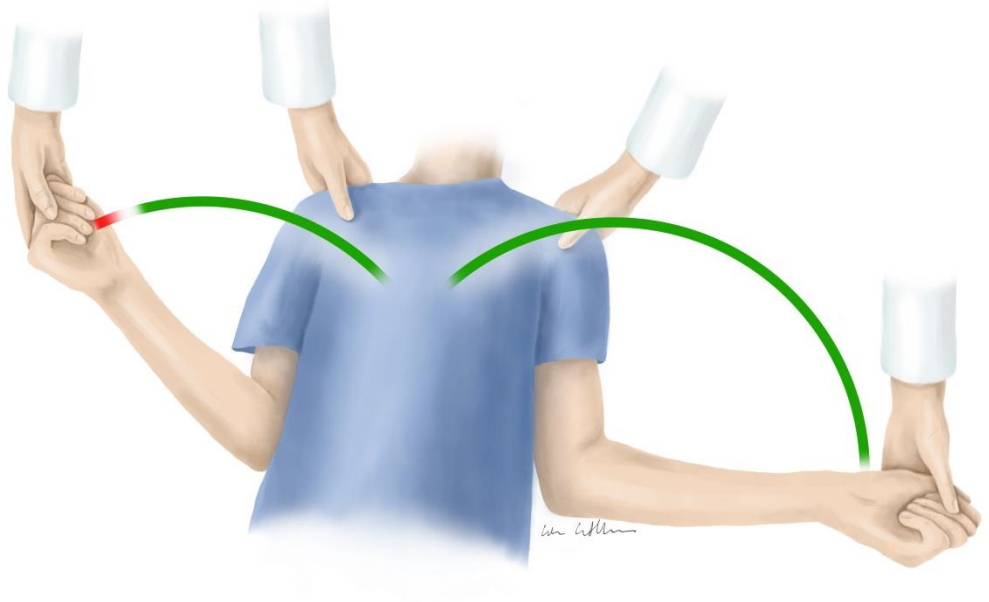
  Sonografie, Röntgen inkl. Thorax, (Arthro-MRI), nüchtern BZ (Ausschluss RM-/Labrum-Läsion, Pancoast-Tumor, Diabetes mellitus)

- Differentialdiagnose: Impingement, Tendinitis calcarea, RM-Läsion

- Therapie: früh: intraartikuläre glenohumerale Steroidinfiltration

  intensive Physiotherapie

  (Sehr selten: arthroskop. Adhäsiolyse)



«PHS CALCAREA»

Synonyme: - mechanisch: Rotatorenmanschetten-Verkalkung
- entzündlich: Tendinitis calcarea

- Diagnose: Positiver Impingement-Tests (Hawkin)

  Röntgen, Sonografie

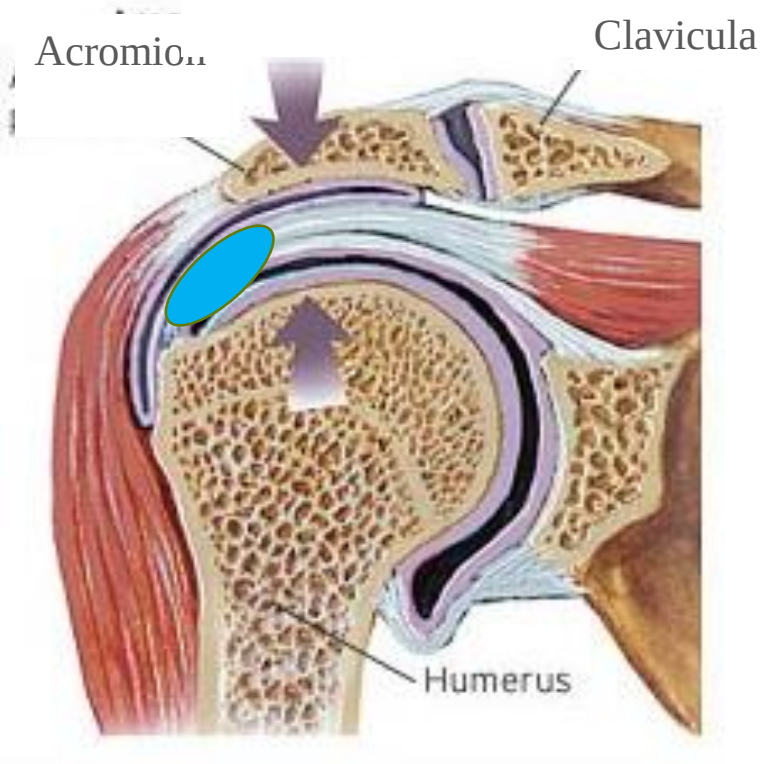
- Differentialdiagnose: Funktionelles Impingement;
  RM-Läsion; Bicepssehnenpathologie

- Therapie: Physiotherapie (Zentrierung/Dekoaptation)

  Needling/Subacromiale Steroidinfiltration

  Stosswellen-Therapie

  Operation



«PHS CALCAREA»

Synonyme: - mechanisch: Rotatorenmanschetten-Verkalkung
- entzündlich: Tendinitis calcarea

- Diagnose: Positiver Impingement-Tests (Hawkin)

  Röntgen, Sonografie

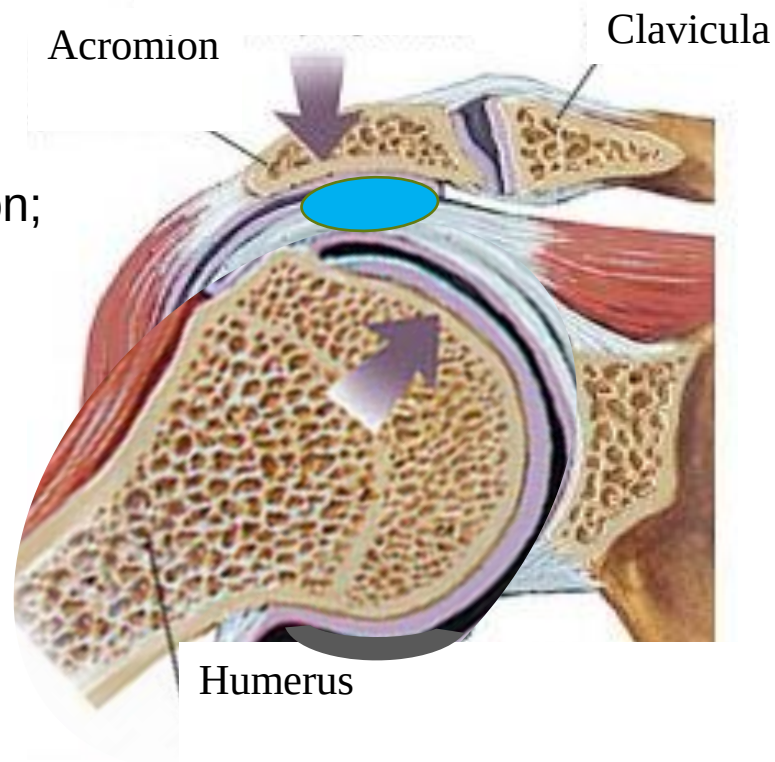
- Differentialdiagnose: Funktionelles Impingement; RM-Läsion; Bicepssehnenpathologie

- Therapie: Physiotherapie (Zentrierung/Dekoaptation)

  Needling/Subacromiale Steroidinfiltration

  Stosswellen-Therapie

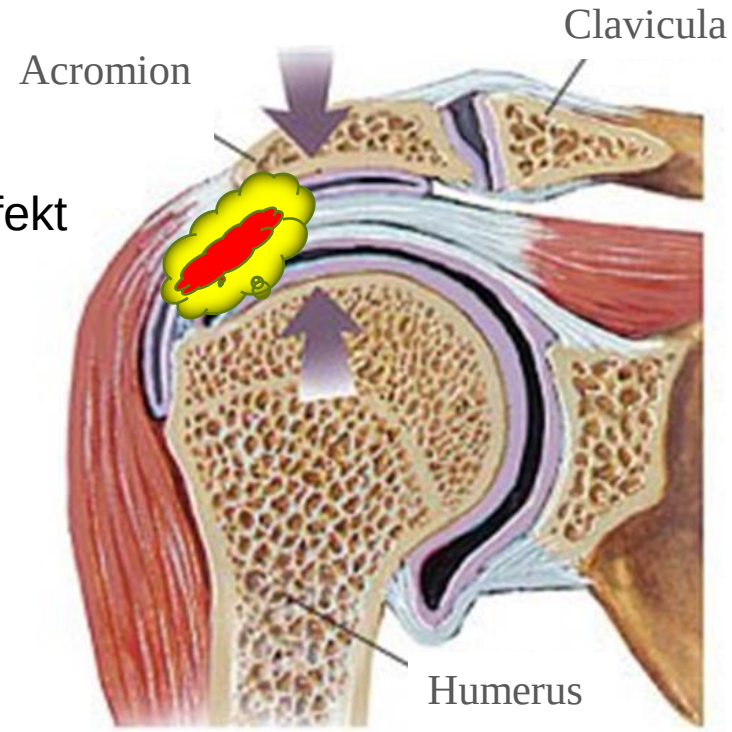
  Operation



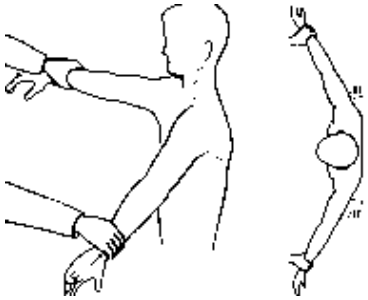
«PHS CALCAREA ACUTA»

Synonyme: - mechanisch: Rotatorenmanschetten-Verkalkung
- entzündlich: Tendinitis calcarea

- Diagnose: Heftiger Ruhe-/Nachtschmerz
  Röntgen, Sonografie
- Differentialdiagnose: Plexusneuritis; RM-Ruptur; Arthritis; Infekt
- Therapie: Kühlen
  system. NSAR
  Subacromiale Steroidinfiltration
  Physiotherapie
  (ev. später Needling à froid)



«PHS TENDOPATHICA»
SYNONYM: ROTATORENMANSCHETTENRUPTUR



- Diagnose: bei Jungen Trauma, bei Älteren degenerativ

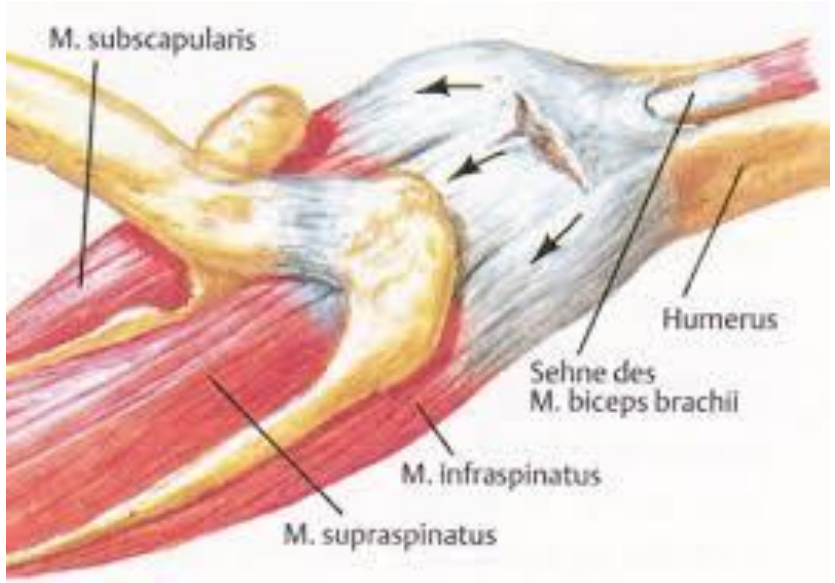
  Bewegungs-Schwäche/ev. –Ausfall
  (spezielle Tests: Jobe-, Lift-off-,
  Belly-press-test, u.a.)

  (Röntgen), Sonografie, Arthro-MRI

- Therapie: Physiotherapie

  (ev. Steroidinfiltration)

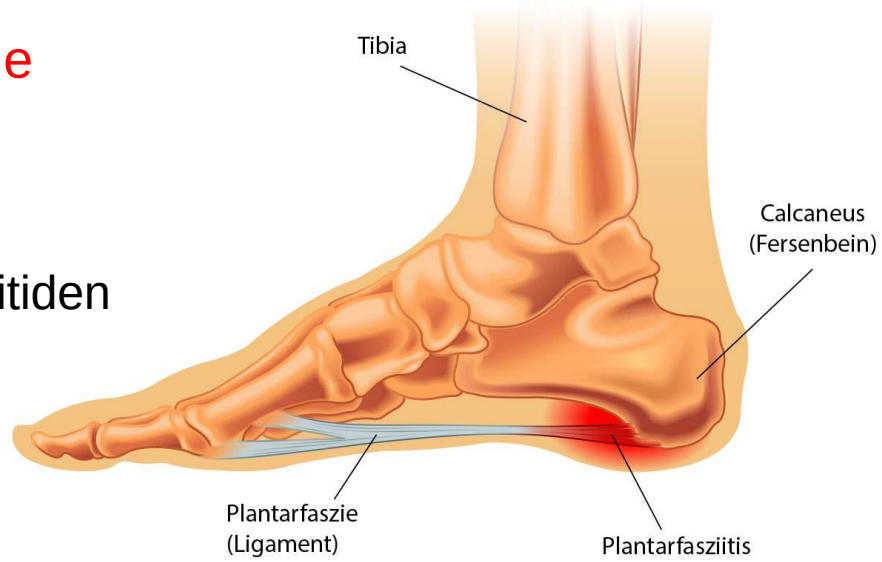
  Orthopädisches Konsil (Operation)



«FERSENSPORN»

Ätiologie: Plantarfasziitis versus Plantare Enthesiopathie

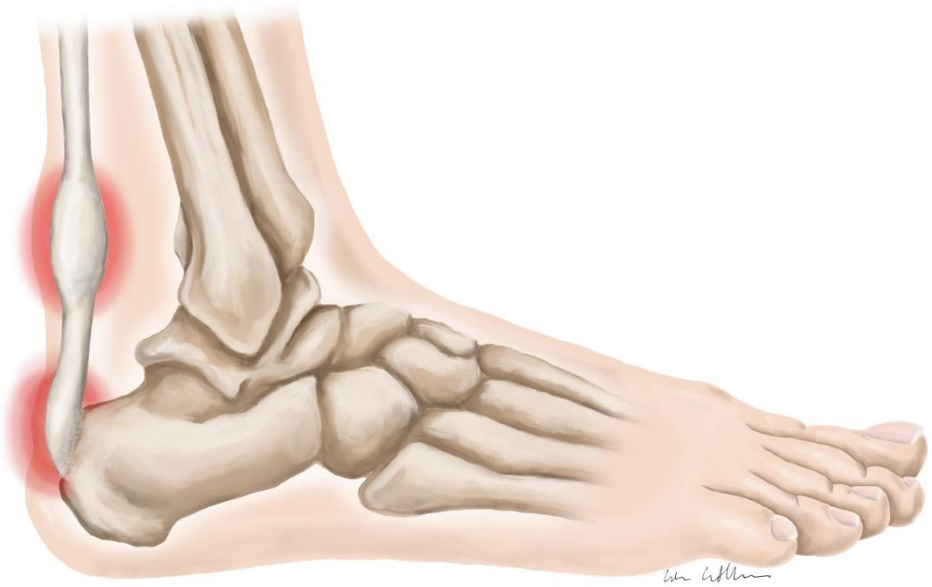
- Diagnose: Belastungs-/Anlaufschmerz
- Differentialdiagnose: Calcaneus-Fx, Fremdkörper,
  Tarsaltunnel-Syndrom / Spondyloarthritiden
- Therapie: Korrektur einer ev. Fehlstatik
  Polsterung (Silikon-Einlage, weiche Schuhe)
  Physiotherapie (Dehnung, Kräftigung der Fuss-stabilisierenden Muskulatur)
  Stosswellen-Therapie
  Entzündungsbestrahlung
  Hyaluronsäure-/PRP-Infiltration
  Laufanalyse, -info
  Möglichst keine Steroid-Infiltrationen



«ACHILLODYNIE»

Ätiologie: Achilles-Tendinose versus Achilles-Enthesitis

- Diagnose: Tendinose: Ddo im mittleren Drittel; Auftreibung
  Enthesitis: Ddo am Knochenansatz
- Differentialdiagnose: Degeneration/Über-/Fehlbelastung;
  Spondyloarthritiden;
  Haglund-Exostose; Infekt;
  Bursitis subachillea; Ruptur
- Therapie: Korrektur Fehlbelastung
  Dehnung
  Stosswelle
  PRP-Infiltration
  Entz. Bestrahlung
  Möglichst keine Steroid-Infiltrationen

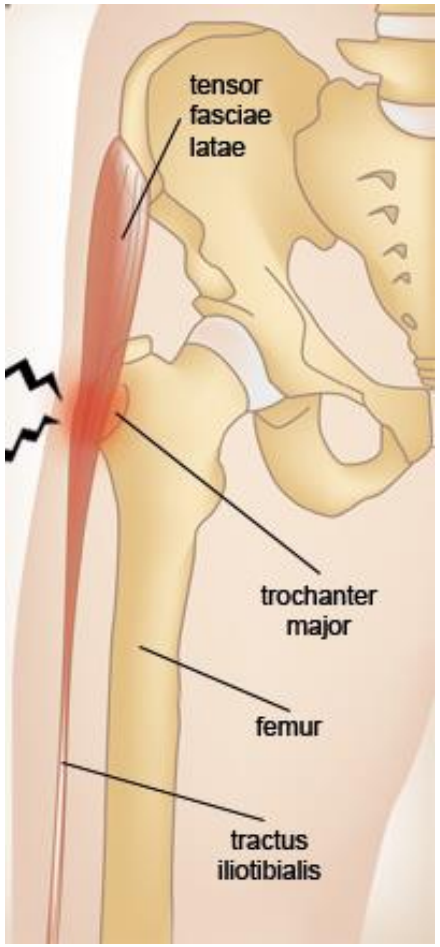


«BURSITIS TROCHANTERICA»

BESSER: «Trochanterschmerz-Syndrom»
→ Da meist keine Bursitis, sondern Myotendinosen, Enthesiopathien

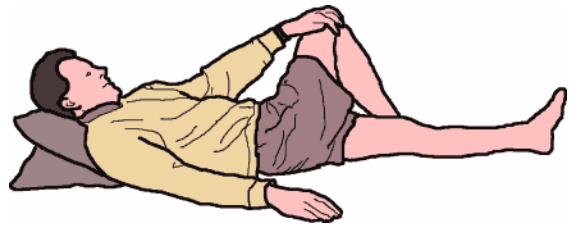
- Diagnose: Anlauf-/Belastungsschmerz; Druckdolenz; Schmerz beim (nächtlichen) Draufliegen
- Differentialdiagnose: Verkalkung; atypische Femur-Fx (Bisphosphonate); Coxarthrose; Glutealmuskulaturinsuffizienz, Femurkopf-Nekrose
- Therapie: Physiotherapie (Dehnung, Kräftigung)

  ev. einmal Steroidinfiltration



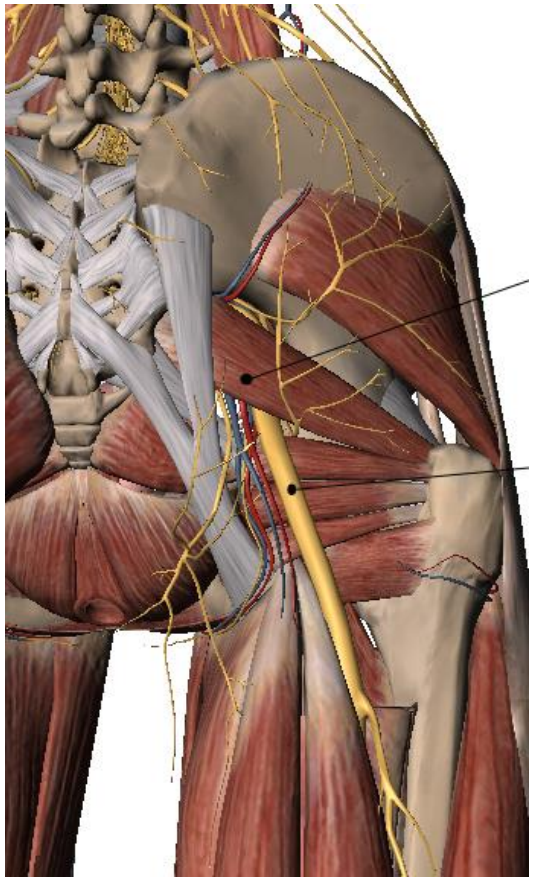
Hierhebikpijn.nl

«PIRIFORMISSYNDROM»



Im eigentlichen Sinn: Kompression des N. ischiadicus durch M. piriformis

Meist aber „nur“ Myotendinosen der tiefen Glutealmuskulatur



- Diagnose: Druckdolenz/Dehnschmerz
  (MRI, falls Differentialdiagnose gesucht werden muss)
- Differentialdiagnose: Sakrum-Fx; Lumboradikuläre Reizung L5/S1; Sacroileitis; Hüftrotatorenläsion
- Therapie: Physiotherapie (Dehnung, Kräftigung)

DIAGNOSTISCHE MÖGLICHKEITEN

- Anamnese
- Klinik (Druckdolenz?, Dehnschmerz?, spezifische Tests?)

- Röntgen (Osteophyten/Exostosen? Kalk? Usuren? Frakturen?…)
- Sonografie (Funktionell; Muskel-/Sehnendegeneration/-risse? Tendovaginitis/Bursitis? Synovitis? Erguss? Kalk? Entzündung?…)
- MRI (wie Sonografie, plus: Knochenmarkpathologie)

- Labor (mit gezielter Fragestellung z.B. entzündliches Rheuma, Osteomalazie, Myositis…?)

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN

- Muskelkräftigung/Dehnung/Mobilisation (Physiotherapie, Ergotherapie, Manualmedizin, Chiropraktik)
- ev. Schonen/Ruhigstellen; Kühlen/Wärmen
- Triggerpunktbehandlung (manuell, Dry-Needling)
- Neuraltherapie
- Lokale/systemische Analgesie (NSAR)
- Stosswellentherapie
- Injektionen (LA, Steroide, Hyaluronsäure, Platelet-Rich-Plasma)
- Operation

CAVE: Keine Steroide in Sehnen injizieren

LA- und Steroidinfiltrationen sind kassenpflichtig, alle anderen NICHT

Stosswellentherapie ist NICHT kassenpflichtig