

Autoimmunerkrankungen – Ein Leitfaden für Hausärzte

Herausgegeben von M. Herold, K. Conrad und U. Sack

ThermoFisher
S C I E N T I F I C

Autoimmunerkrankungen – Ein Leitfaden für Hausärzte

Herausgegeben von M. Herold, K. Conrad und U. Sack

Übersetzte und bearbeitete Ausgabe von
„The General Practice Guide to Autoimmune Diseases“,
herausgegeben von Y. Shoenfeld und P. L. Meroni,
Pabst Science Publishers 2012



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Wichtiger Hinweis: Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Kenntnis, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag größte Mühe darauf verwendet haben, dass diese Angaben genau dem *Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes* entsprechen. Dennoch ist jeder Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel der verwendeten Präparate zu prüfen, um in eigener Verantwortung festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Das gilt besonders bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten und bei denjenigen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ihrer Anwendbarkeit eingeschränkt worden sind. Benutzer außerhalb der Bundesrepublik Deutschland müssen sich nach den Vorschriften der für sie zuständigen Behörde richten.

© 2013 Pabst Science Publishers, 49525 Lengerich

<http://www.pabst-publishers.de>

Druck: AZ-Druck, Berlin

Satz+Produktion: Hilmar Schlegel, Berlin

Cover: Agentur für zeitgemäße Kommunikation Kaner Thompson

www.kanerthompson.de

ISBN 978-3-89967-888-8

Fibromyalgie-Syndrom

Yoav Arnson, Howard Amital

übersetzt und geringfügig geändert von Andrea Studnicka-Benke

1 Einleitung

Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) ist ein häufiger Grund chronischer diffuser muskuloskelettaler Schmerzen. Es ist ein Syndrom, das Muskel und Weichteile sowie Sehnen und Bänder betrifft. Dieser Zustand ist nicht assoziiert mit genuiner Gewebeentzündung und die Ätiologie ist weiterhin kaum verstanden.

Die geschätzte Prävalenz des FMS in der Allgemeinbevölkerung beträgt etwa 2 % bis 5 %; Frauen sind fast zehnmal häufiger betroffen als Männer. Die Prävalenz nimmt mit dem Alter zu und erreicht bei Frauen zwischen 60–79 Jahren über 7 %. Wie bereits oben erwähnt ist diffuser muskuloskelettaler Schmerz die Hauptmanifestation des FMS. Obwohl der Schmerz initial meist im Hals und Schulterbereich lokalisiert sein kann, umfasst er schließlich viele Muskelgruppen der oberen und unteren Extremität. Patienten beklagen typischerweise diffuse Schmerzen im Nacken, im mittleren und unteren Rücken, an der Thoraxwand und den oberen und unteren Extremitäten. Der Schmerz ist chronisch persistierend, obwohl er an Intensität variieren kann. Patienten haben oftmals Schwierigkeiten, Gelenk- von Muskelschmerzen zu unterscheiden und berichten auch von brennenden Gefühlen mit Schwellungen, obwohl die Gelenke bei klinischer Untersuchung weder geschwollen noch entzündet erscheinen.

Der Schmerz wird oft durch körperliche Anstrengung, Stress, Schlafmangel, Wetterwechsel, und Stimmungsschwankungen verstärkt. Empfindungen wie Taubheitsgefühle, Kribbeln, Brennen oder Ameisenlaufen werden oft beschrieben. Zusätzlich leiden Patienten oft an einer Vielzahl von wenig verstandenen Schmerzsyndromen wie Bauch- und Brustwand Schmerzen und Symptomen, die an ein Reizdarmsyndrom erinnern, sowie Beckenschmerzen und Blasensymptomen mit Häufigkeit und Dringlichkeit wie bei weiblichem urethralem Syndrom oder bei interstitieller Cystitis [1].

Das FMS wird oft begleitet von anderen Komorbiditäten. Bis zu 80 % der Patienten mit FMS erfüllen auch die Kriterien eines chronischen Müdigkeitssyndroms,

bis zu 80 % haben Kopfschmerzen, 75 % temporomandibuläre Dysfunktion und bis zu 60 % können ein Reizdarmsyndrom haben.

2 Zeichen und Symptome

Müdigkeit ist bei mehr als 90 % der Fälle vorhanden und kann fallweise die Hauptbeschwerde sein. Die meisten Patienten berichten über leichten Schlaf und ein Gefühl des nichterfrischten Aufwachens am Morgen, während andere Patienten über Symptome berichten, die auf pathologische Schlafstörungen hinweisen wie Schlafapnoe oder nächtlicher Myoklonus. Benommenheit, Schwindelgefühl und Ohnmachtsgefühle sind häufige Symptome. Kopfschmerzen (entweder Spannungskopfschmerzen oder ähnlich wie Migräne) sind bei den meisten Patienten vorhanden. Gezeigte psychologische Faktoren umfassen Stimmungsstörungen wie Depression, Ängstlichkeit, posttraumatische Belastungsstörung und vermehrte körperliche Besorgnis, sowie Gedächtnisstörungen, besonders des Kurzzeitgedächtnisses [2].

Zusätzliche Symptome und klinische Zeichen können Klagen über Augentrockenheit, multiple chemische Sensitivität und allergische Symptome, Herzklopfen, Atemnot, Vulvodynie, Dysmenorrhoe, nicht-dermatombezogene Parästhesien, Gewichtsschwankungen, Nachtschweiß, Schluck- und Geschmackstörungen, Zungenbrennen und Schwäche sein.

3 Diagnostische Kriterien

Die Diagnose des FMS ist problematisch aufgrund der Schwierigkeit, somatische Syndrome zu klassifizieren, die keine objektivierbaren physikalischen oder laborchemischen Befunde oder gut charakterisierte pathologische Befunde haben. Die Diagnose des FMS basiert auf einer Kombination von Anamnese, klinischer Untersuchung und Ausschluss anderer Ursachen für Symptome, die dem FMS zugeordnet werden.

Die klinische Diagnose des FMS basiert zum größten Teil auf der Anamnese von chronisch generalisierten Schmerzen und assoziierten Symptomen. Diese Symptome inkludieren Müdigkeit, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Gedächtnisschwierigkeiten und Stimmungsschwankungen (Tabelle 1).

Derzeit wird das FMS diagnostiziert mit den 1990 veröffentlichten Klassifikationskriterien des American College of Rheumatology (ACR) (Tabelle 2) [3]. Diese diagnostischen Kriterien basieren auf dem Vorhandensein von weitflächigem muskuloskelettalem Schmerz und übermäßiger Druckschmerzempfindlichkeit in mindestens 11 von 18 vordefinierten anatomischen Stellen (Abb. 1). Das Vorliegen beider Kriterien hat eine 80 prozentige Sensitivität und Spezifität für die Unterscheidung zwischen Patienten mit FMS gegenüber Patienten mit anderen chronischen Schmerzsyndromen. Diese ACR-Klassifikationskriterien, gut

Tabelle 1. Klinische Zeichen, die mit dem FMS assoziiert sind.

Kardinalzeichen:
generalisierter Schmerz
druckschmerzhaftes „Tender“ Punkte
charakteristische Manifestationen (bei mehr als 75 % aller Patienten):
Müdigkeit
nicht-erholsamer Schlaf
Schlafstörungen
Steifigkeit (vor allem morgens)
häufige Manifestationen (mehr als 25 % aller Patienten):
Reizdarmsyndrom
Raynaud-Phänomen
Kopfschmerzen
Schwellungsgefühl
Parästhesien
funktionelle Impotenz
psychiatrische Komorbidität (z. B. Angststörung, Depression)
symptomatische Empfindlichkeit (z. B. auf Kälte oder Stress)

angewendet in spezialisierten Kliniken, sind sehr gut geeignet, eine gewisse Patientenhomogenität für klinische Studien zu gewährleisten.

Leider werden sie in der ärztlichen Grundversorgung weitgehend nicht verwendet und die Nichterfüllung schließt das Vorliegen eines FMS nicht aus, da Tagesschwankungen möglich sind.

In den letzten Jahren hat sich die Falldefinition des FMS etwas geändert aufgrund der zunehmenden Erkenntnis über die Wichtigkeit kognitiver Probleme und körperlicher Symptome, die in den 1990 ACR-Klassifikationskriterien nicht integriert waren. 2010 schlugen Wolfe et al. neue Kriterien vor, um ein FMS zu diagnostizieren [4].

Diese Kriterien beruhen auf zwei Variablen: dem weitflächigen Schmerzindex (widespread pain index, WPI; die Anzahl schmerzhafter von insgesamt 19 definierten Körperregionen) und der Fibromyalgie-Symptom-Schwere-Skala (fibromyalgia symptom severity scale, SS; Müdigkeit, unausgeschlafenes Aufwachen, kognitive Symptome) sowie dem Ausmaß (Schweregrad) allgemeiner körperlicher Beschwerden (Tabelle 3). In ihrem Modell korreliert der WPI stark mit der Anzahl der schmerzhaften ACR-Druckpunkte, und die SS-Skala korreliert mit den anderen Krankheitskomponenten. In ihrer Publikation wurde die Diagnose eines FMS ab einem zusammengesetzten Wert des $WPI \geq 7$ und $SS \geq 5$ oder $WPI = 3-6$ und $SS \geq 9$ gestellt. Die SS-Skala kann als ein Maß der Schwere des FMS allein verwendet werden. Die neuen diagnostischen Kriterien klassifizieren korrekt 88,1 % der Fälle, die durch die ACR-Klassifikationskriterien diagnostiziert wur-

Tabelle 2. Die The American College of Rheumatology 1990 Kriterien zur Diagnose der Fibromyalgie.

Anamnese eines weitflächigen Schmerzes, mit Vorhandensein von: Schmerzen auf der linken Körperseite, Schmerzen auf der rechten, Schmerzen über der Taille und Schmerzen unterhalb der Taille. Zusätzlich muss axialer Schmerz (Halswirbelsäule oder vorderer Brustkorb oder Brust- oder Lendenwirbelsäule) vorhanden sein.
Schmerz auf 11 von 18 Druckpunkten bei digitaler Palpation: Occiput: beidseitig an der Einstrahlung der suboccipitalen Muskeln untere HWS: beidseits über den vorderen Anteilen der Intertransversalspalten C5-C7 M. Trapezius: beidseitig in der Mitte der oberen Begrenzung M. Supraspinatus: beidseitig, am Ansatz, über der Spina scapula, nahe der medialen Grenze zweite Rippe: beidseitig am zweiten costochondralen Übergang Epicondylus lateralis: 2 cm distal der Epicondylen gluteal: beidseitig im oberen äußeren Quadranten des Gesäßes in der vorderen Muskelgruppe Trochanter major: beidseitig oberhalb der Trochanterausbuchtung Knie: beidseitig am medialen Fettpolster proximal der Gelenklinie.
Die Fingerpalpation sollte durchgeführt werden mit einer ungefähren Druck von 4 kg. Damit ein Druckpunkt als „positiv“ gewertet wird, muss die oder der Untersuchte angeben, dass die Palpation schmerzhaft war. Druckempfindlichkeit darf nicht als schmerzhaft bewertet werden. Um die Klassifikationskriterien einer Fibromyalgie zu erfüllen, müssen beide Kriterien erfüllt sein. Weitflächiger Schmerz muss mindestens 3 Monate vorhanden gewesen sein. Die Gegenwart einer zweiten klinischen Diagnose schließt die Diagnose einer Fibromyalgie nicht aus.

den und verlangen keine physikalische Krankenuntersuchung oder Prüfung der druckschmerzhaften Punkte.

Eine der größten Schattenseiten beider erwähnten Diagnosesysteme liegt darin, dass die Diagnose auf der Schwere der Symptome beruht. Das Verschwinden druckschmerzhafter Punkte oder schmerzhafter Körperregionen aus irgendeinem Grund einschließlich erfolgreicher Therapie kann darin resultieren, dass die diagnostischen Kriterien nicht mehr erfüllt werden im Gegensatz zu anderen rheumatischen Erkrankungen wie dem systemischen Lupus erythematodes oder der rheumatoiden Arthritis.

4 Klinik und Labor

Es gibt keine spezifischen Laboruntersuchungen zur Diagnose eines FMS. Keine Biomarker oder serologische Tests sind spezifisch oder haben einen diagnostischen Wert für das FMS. Die Pathophysiologie des FMS hängt vermutlich mit fehlgelaufenen zentralen Schmerzmechanismen zusammen. Verschiedene Prozesse des Zentralnervensystems im Gehirn und des Rückenmarkes zeigen bei

Tabelle 3. Vorgeschlagene 2010 FMS diagnostische Kriterien.

<p>Ein Patient erfüllt die diagnostischen Kriterien für die Diagnose eines FMS, wenn folgende 3 Bedingungen erfüllt sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Weit ausgebreiteter Schmerzindex (WPI) ≥ 7 und Symptom-Schwere (SS)-Skala-Punkte ≥ 5 oder WPI 3–6 und SS-Skala-Punkte ≥ 9. 2. Die Symptome sind in etwa gleichbleibendem Niveau zumindest 3 Monate vorhanden. 3. Die Patientin oder der Patient hat keine Erkrankung, die diese Schmerzen erklärt.
<p>WPI: Anzahl der Körperregionen, in denen der Patient in der letzten Woche Schmerzen hatte. Die erreichbaren Punkte liegen zwischen 0 und 19: linker Schultergürtel, rechter Schultergürtel, linke Hüfte, rechte Hüfte, linkes Kiefergelenk, rechtes Kiefergelenk, oberer Rücken, unterer Rücken, linker Oberarm, linker Unterarm, linker Oberschenkel, linker Unterschenkel, rechter Oberarm, rechter Unterarm, rechter Oberschenkel, rechter Unterschenkel, Brust, Nacken und Abdomen.</p>
<p>Die SS-Skala-Bewertung ist die Summe der Schwere von 3 Symptomen (Müdigkeit, nicht-ausgeschlafenes Aufwachen, kognitive Symptome) plus dem Ausmaß (Schweregrad) der somatischen Symptome im Allgemeinen. Die finale Punkteanzahl liegt zwischen 0 und 12. SS-Skala-Punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Müdigkeit 2. nicht-erholsamer Schlaf 3. kognitive Symptome <p>Für jedes dieser 3 Symptome wird das Ausmaß der Schwere in der letzten Woche unter Verwendung der folgenden Skala beurteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kein Problem 2. geringfügige oder milde Probleme, allgemein mild oder intermittierend 3. moderate, bedeutsame Probleme, meist vorhanden und/oder in einer moderaten Stärke 4. schwer: tiefgreifend, ständig, lebensbeeinträchtigende Probleme
<p>In Bezug auf allgemeine somatische Symptome hat der Patient:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keine Symptome 2. wenige Symptome 3. eine moderate Anzahl an Symptomen 4. eine große Anzahl an Symptomen <p>Somatische Symptome, die berücksichtigt werden sollten: Muskelschmerz, Reizdarmsyndrom, Müdigkeit/Erschöpfung, Probleme beim Denken und Erinnern, Muskelschwäche, Kopfschmerzen, Schmerzen und Krämpfe im Abdomen, Taubheit/Kribbeln, Schwindel, Schlaflosigkeit, Depression, Verstopfung, Oberbauchschmerzen, Übelkeit, Nervosität, Thoraxschmerzen, verschwommenes Sehen, Fieber, Diarrhoe, trockener Mund, Juckreiz, Keuchen, Raynaud's Phänomen, Urtikaria, Tinnitus, Erbrechen, Herzbrennen, orale Aphthen, Verlust/Veränderung des Geschmacks, Anfälle, trockene Augen, Kurzatmigkeit, Appetitverlust, Hautausschlag, Sonnenempfindlichkeit, Schwerhörigkeit, Neigung zu blauen Flecken, Haarausfall, häufiger Harndrang, Schmerzen beim Urinieren, Harnblasenkrämpfe</p>

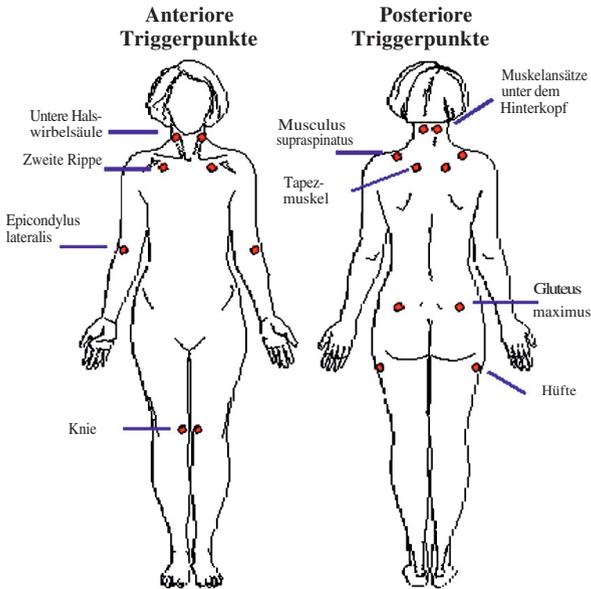


Abbildung 1. Darstellung der anatomischen Lokalisation der „TenderPoints“, die beim FMS beurteilt werden.

Patienten mit FMS Auffälligkeiten. Veränderungen der Konzentration verschiedener Neurotransmitter wurden bei Patienten mit FMS berichtet, insbesondere von Serotonin und Substanz P. Allerdings ist bei Weitem noch nicht geklärt, ob diese Veränderungen kausal sind oder eine Konsequenz des Syndroms. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, welche für die Stress-Antwort zuständig ist, zeigt meistens eine verringerte Reaktion auf TRH.

5 Anforderung an den Hausarzt

Da die meisten Patienten mit Symptomen, die auf ein FMS hinweisen, zuerst durch Ärzte der Primärversorgung untersucht werden, ist es unbedingt erforderlich, dass diese Ärzte mit dem Gedankengebäude des FMS vertraut sind, besonders mit der Diagnose und dem prinzipiellen Herangehen an diese Patienten. Die signifikante Belastung von medizinischer Versorgung und Kosten durch dieses Syndrom verlangt ein richtiges Verständnis und Management durch alle medizinischen Professionisten.

6 Therapie

Aufgrund der unklaren Ätiologie der Fibromyalgie und der heterogenen Präsentation der Erkrankung ist verständlich, dass keine einzige Therapie allgemein wirkungsvoll ist. Viele Patienten mit FMS profitieren von einem multidisziplinären Herangehen im klinischen Vorgehen. Die komplexe Natur des FMS legt nahe, dass multimodale, individualisierte Behandlungsprogramme, die pharmakologische mit nicht-pharmakologischen Therapien kombiniert, erforderlich sein können, um optimale Ergebnisse bei Patienten mit diesem Syndrom zu erreichen [5].

Pharmakotherapie

Eine große Anzahl an Substanzgruppen wurde in der Behandlung von Patienten mit FMS eingesetzt. Trotzdem konnte nur eine kleine Anzahl dieser Medikamente in kontrollierten klinischen Studien Wirksamkeit zeigen. Antidepressiva, vor allem Tricyclika, sind effektiv, haben aber eine relativ schmale therapeutische Breite und ihre Anwendung kann aufgrund schlechter Verträglichkeit limitiert sein. SSRIs haben eine bessere Verträglichkeit als Tricyclika, scheinen aber nicht so wirksam zu sein in der Reduktion des breiten Spektrum der FMS-assoziierten Symptome. Medikamente, die die Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin (SNRI) hemmen, zeigen sich vielversprechend in beiden Richtungen, in der Behandlung von Schmerzen des FMS und von assoziierten Symptomen wie Schlafstörung und Müdigkeit, als auch koexistierender affektiver Aspekte, mit weniger Nebenwirkungen als traditionelle Tricyclika. Für das neue Antiepileptikum Pregabalin konnte gezeigt werden, dass es in der Reduktion vieler Symptome, die mit dem FMS assoziiert sind, effektiv ist und gut vertragen wird. Kürzlich wurde dieses Medikament durch die FDA zur Behandlung des FMS zugelassen. Wenige Studien unterstützen den Einsatz des Mischopiats Tramadol für das Management von Schmerz bei FMS.

Obwohl häufig verordnet, gibt es wenig objektive Evidenz, um die Effizienz von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) zu beurteilen. In einer doppelblinden, Plazebo-kontrollierten Studie war Ibuprofen nicht besser als das Plazebo und in einer anderen führte Naproxen zu minimaler, aber nicht signifikanter Symptomverbesserung. Eine Studie über den Einsatz von oralen Kortikosteroiden fand keine Effizienz.

Nicht-pharmakologische Therapie

Verschiedene nicht-pharmakologische Behandlungen haben zumindest eine moderate Effizienz gezeigt bei Patienten mit FMS. 2004 fand ein systematischer Übersichtsartikel starke Evidenz für die Effizienz eines kardiovaskulären Trainings, kognitiver Verhaltenstherapie (kVT), Patientenschulung und multidisziplinärer

Interventionen, die Elemente von aeroben Ausdauertraining, kVT und Patientenschulung kombinierten. Die gleiche Übersichtsarbeit fand moderate Evidenz für die Effizienz von Krafttraining, Hypnose, Biofeedback und Balneotherapie. Schwache Evidenz existiert für manipulative und manuelle Therapien (Chiropraktik, Massage) und physikalische Modalitäten wie Elektrotherapie und therapeutischen Ultraschall. Moderate Evidenz wurde auch für Akupunktur gefunden. Seither wurden andere Formen körperlicher Aktivität wie Tai Chi als sinnvolle Behandlungen im Management des FMS aufgezeigt.

Multidisziplinäre Behandlung

Starke Evidenz existiert dafür, dass ein multidisziplinärer Ansatz effektiv ist in der Behandlung des FMS. Fünf Studien über multidisziplinäre Behandlungen, die Schulung, kVT oder beide mit körperlichem Training verbanden, zeigten günstige Effekte in der Patientenbewertung bezüglich Wirksamkeit und generell auf das FMS.

Die derzeitigen Leitlinien für die Behandlung des FMS empfehlen, dass zuerst die Diagnose des FMS bestätigt und dieses Leiden dem Patienten und seiner Familie erklärt werden muss. Jede Komorbidität, wie affektive Störung oder primäre Schlafstörung sollte identifiziert und behandelt werden. Medikamente, die initial überlegt werden können, sind niedrige Dosierungen tricyclischer Antidepressiva oder Cyclobenzaprine. Manche SSRIs, SNRIs oder Antikonvulsiva können möglicherweise Medikamente der ersten Wahl werden, wenn mehr Studien vorliegen.

Alle Patienten mit FMS sollten ein kardiovaskuläres Trainingsprogramm beginnen. Die meisten Patienten werden von einer kVT oder Stressreduktion mittels einer Entspannungstechnik profitieren. Ein multidisziplinäres Konzept, das jede dieser Modalitäten kombiniert, dürfte den besten Benefit bringen. Patienten mit FMS, die auf diese Therapiestufen nicht gut ansprechen, sollten an einen Rheumatologen, einen Facharzt für physikalische Medizin, Psychiater oder Schmerzspezialisten überwiesen werden.

7 Verlaufskontrolle

Es gibt keinen Einzelparameter oder eine Gruppe von Variablen, die ausreichen, um die Krankheitsaktivität oder Schwere im Verlauf zu beurteilen. Die komplexe Natur des FMS verlangt die Beurteilung und Verlaufsbeobachtung vieler Variablen, die alle Teil der Krankheitspathologie sind.

Die Messung von globalem Wohlbefinden, Lebensqualität und Funktion in mehreren Dimensionen (körperlich, beruflich, sozial, emotional) ist ein maßgeblicher Bereich der Beurteilung und wird durch Zulassungsbehörden als wesentlich erachtet, wenn es um die Zulassung von Medikamenten für chronische Schmerzzustände geht.

Der Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) ist ein allgemeiner Fragebogen mit 8 Untereinheiten. In der Beurteilung mit SF-36 zeigte sich, dass Patienten mit FMS reduzierte körperliche Aktivität, physikalische Rollenfunktion, allgemeine Gesundheit, Vitalität und soziale Aktivitäten haben, aber im Vergleich zu gesunden Personen erhöhten körperlichen Schmerz.

Der FM Impact Questionnaire (FIQ) ist ein einfacher und speziell entworfener Fragebogen, um Veränderungen des Allgemeinzustands bei Patienten mit FMS über die Zeit zu erfassen. Er beinhaltet 10 Fragen zur Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung, zum klinischen Verlauf und Ansprechen auf Therapie durch Beurteilung von Schmerz, Schlafqualität, Lebensqualität und eine psychiatrische Einschätzung.

Literatur

- [1] Wolfe F, Ross K, Anderson J, et al. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995; 38: 19–28.
- [2] Buskila D. Fibromyalgia, chronic fatigue syndrome, and myofascial pain syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 1999; 11: 119–26.
- [3] Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990; 33: 160–72.
- [4] Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2010; 62: 600–10.
- [5] Goldenberg DL, Burckhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004; 292: 2388–95.