

THEMA HEUTE: **WEICHTEILRHEUMA**

# Weichteilrheuma – viele Symptome erschweren die Diagnose

Nicht nur der Bewegungsapparat ist betroffen

Von Dr. med. Peter Korsten und Prof. Dr. med. Gerhard A. Müller (Universitätsmedizin Göttingen)

**Verwirrende Begriffe**

Der Begriff „Weichteilrheuma“ bezeichnet keine bestimmte Erkrankung, sondern einen Symptomkomplex. Auch andere Ausdrücke wie „somatoforme Schmerzstörung“ oder „Fibromyalgie“ sind gängig – dies kann für Patienten und mitunter sogar für Ärzte verwirrend sein. Im Folgenden wird der in der Rheumatologie gebräuchliche Begriff der Fibromyalgie verwendet.

Schätzungen zufolge sind circa zwei Prozent der Bevölkerung an einer Fibromyalgie erkrankt. Frauen sind im Vergleich zu Männern etwa fünf- bis zehnmals häufiger betroffen. Die Diagnosestellung ist nicht einfach: Einigen Studien zufolge dauert es in der Regel mehr als zwei Jahre, bis der Arzt die Erkrankung feststellt. Die Patienten haben dann oft eine Odyssee bei verschiedenen Spezialisten hinter sich, ohne dass diese eine Erklärung für die Beschwerden finden konnten.

**Was ist Fibromyalgie?**

Als Fibromyalgie-Syndrom (FMS) bezeichnet man eine Konstellation aus Symptomen, die verschiedene Körpersysteme betreffen können. Warum genau Patienten daran erkranken, ist nach wie vor nicht bekannt. Die Forschung geht aktuell davon aus, dass es sich um eine Störung der Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung im zentralen Nervensystem handelt. Die Nervenzellen reagieren gewissermaßen zu heftig auf einen eigentlich normalen Reiz.

**Welche Beschwerden treten bei Fibromyalgie auf?**

Patienten klagen hauptsächlich über diffuse Schmerzen, für die die behandelnden Ärzte trotz intensiver Untersuchung keine körperliche Ursache finden. Die Betroffenen können die Schmerzen normalerweise nicht genau lokalisieren; sie sind also nicht allein auf Gelenke oder gelenknahe Strukturen wie Sehnen oder Sehnenansätze bezogen, sondern machen sich auch bemerkbar, wenn etwa die Muskulatur oder das Unterhautfettgewebe berührt wird. Die typische Antwort auf die Frage danach, wo der Schmerz auftritt, lautet: „Eigentlich tut alles weh.“

Zwar sind diffuse Schmerzen das Leitsymptom, doch

meistens sind zusätzliche Beschwerden vorhanden, etwa Stimmungsschwankungen, nicht-erholsamer Schlaf, Konzentrationsstörungen, weniger Appetit, Libidoverlust, Erschöpfungsgefühle und verminderte Leistungsfähigkeit. Dies kann sogar dazu führen, dass die Betroffenen arbeitsunfähig werden oder soziale Kontakte abbrechen, weil sie normalen Freizeitaktivitäten nicht mehr nachgehen können. Die Folge ist eine deutlich verminderte Lebensqualität.

**Wie wird Fibromyalgie diagnostiziert?**

Am Anfang stehen die gründliche Befragung, die Anamnese, und die körperliche Untersuchung, um organische Ursachen für die Beschwerden auszuschließen. Der Arzt bestimmt im Labor das Blutbild sowie Leber- und Nierenwerte. Daneben ist es sinnvoll, die Entzündungswerte zu ermitteln. Um die Beschwerden von anderen rheumatischen Erkrankungen abzugrenzen, müssen Behandler oftmals spezielle Autoantikörper bestimmen. Leider gibt es jedoch für die Diagnose der Fibromyalgie keinen Test im Labor oder in der Bildgebung, der die Erkrankung beweist. In der Regel bleiben diese Untersuchungen völlig unauffällig – dies führt bei Patienten (und Ärzten) vielfach zu Frustration.

Bis vor einigen Jahren haben Mediziner so genannte „Triggerpunkte“ am Bewegungsapparat untersucht und bei Schmerzen an mindestens elf von 18 dieser Punkte die Diagnose „FMS“ gestellt. Dieses Konzept gilt inzwischen als überholt. Die US-amerikanischen und europäischen rheumatologischen Fachgesellschaften haben mittlerweile andere Diagnosekriterien entwickelt. Dazu gehören eine generalisierte Schmerzsymptomatik in vier von fünf definierten Körperregionen, eine Dauer der Beschwerden von mehr als drei Monaten und eine Mindestzahl an Punktwerten auf speziellen Schmerz- und Symptomstärkeskalen. Hilfreich können auch vom Patienten angefertigte Schmerzschilder sein.

Andere entzündlich-rheumatische Erkrankungen können gleichzeitig vorhanden sein und schließen ein so genanntes „sekundäres FMS“ nicht aus. Typisch ist hierbei, dass sich die Schmerzen verändern, zum Beispiel von einem Schmerz im Gelenk zu diffusen, schlecht lokalisierbaren Beschwerden.



Ein Patient mit Fibromyalgie hat ein sehr diffuses Schmerzempfinden.

FOTO: R



Dr. med. Peter Korsten

Klinik für Nephrologie und Rheumatologie der Universitätsmedizin Göttingen



Prof. Dr. med. Gerhard A. Müller

Direktor der Klinik für Nephrologie und Rheumatologie der Universitätsmedizin Göttingen

**Welche Erkrankungen können der Fibromyalgie ähneln?**

Weil sie unter vielen verschiedenen Symptomen leiden, suchen Patienten im Schnitt etwa vier Fachärzte auf, bevor an die Diagnose FMS gedacht wird. Kein Wunder, schließlich können viele rheumatologische Erkrankungen ähnliche Beschwerden verursachen.

Welche in Frage kommen, hängt auch vom Alter der Patienten ab: Bei jüngeren, vor allem weiblichen Patientinnen muss an einen systemischen Lupus erythematodes (SLE) gedacht werden. Dieser geht oft einher mit starker Erschöpfung und Gelenk- und Muskelschmerzen und betrifft klassischerweise Frauen zwischen 20 und 30 Jahren – allerdings ist die Erkrankung insgesamt sehr selten. Neben dem SLE können entzündliche Muskelerkrankungen (Myositiden) einem FMS ähneln. Typischerweise können solche Patienten jedoch bestimmte Muskelgruppen nicht oder nur noch eingeschränkt bewegen – beim FMS ist dies nicht der Fall.

Insbesondere bei Patienten, die älter als 50 Jahre sind, muss die Fibromyalgie von der ebenfalls häufigen Erkrankung „Polymyalgia rheumatica“ (PMR) abgegrenzt werden. Bei dieser entzündlichen Gefäßerkrankung haben die Patienten typischerweise Schulter- und/oder Hüftschmerzen, vielfach Fieber, Nachtschweiß oder einen plötzlichen Leistungsknick. In der Regel sind bei der PMR

die Entzündungswerte – im Gegensatz zum FMS – deutlich erhöht.

**Wichtig ist die multimodale Therapie**

So vielgestaltig die Symptome der Fibromyalgie sind, so schwierig ist die Therapie. Ein offenes Gespräch mit dem Patienten über das Wesen der Erkrankung ist erfahrungsgemäß sehr hilfreich. Es trägt auch dazu bei, das Behandlungskonzept abzustimmen und vielfach überhöhte Erwartungen an eine medikamentöse Therapie zu dämpfen. Denn leider gibt es kein Medikament, das allein und jedem Patienten hilft. Die Behandlung besteht in einem multimodalen Ansatz, also aus unterschiedlichen Maßnahmen.

Es geht vor allem darum, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern.

Es geht dabei vor allem darum, die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Anfangs soll auf pharmakologische Therapien wie Antidepressiva oder schmerzmodulierende Medikamente sogar nach Möglichkeit verzichtet werden. Am besten untersucht sind nicht-pharmakologische Therapien wie kognitive Verhaltenstherapie, aerobes Ausdauertraining, Akupunktur oder Hydrotherapie. Auch Yoga, Qi Gong oder Tai Chi empfinden viele Patienten als lindernd.

**SPRECHSTUNDE  
AUTOIMMUNKRANKHEITEN  
DER LEBER**



VON DR. LARS REINHARDT



Der GGT-Blutwert wurde bei mir (weiblich) bei einer Routine-Untersuchung auf 51 U/l nachgewiesen. Ist dieser Messwert noch vertretbar? Oder sollten andere Untersuchungen folgen?

**Das lässt sich aufgrund** eines einzelnen Blutwertes leider nicht pauschal sagen, da man „Leberwerte“ nie isoliert betrachten sollte und man noch mehr Informationen braucht: was hat die Bestimmung der anderen „Leberwerte“ (AST, ALT, AP und Bilirubin) ergeben? Sind die Werte schon längere Zeit erhöht? Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Bestehen bei Ihnen evtl. Vorerkrankungen? Wenn eine isolierte Erhöhung der GGT über einen längeren Zeitraum nachzuweisen ist, sollten vor allem auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgeschlossen werden, da die GGT keinesfalls leberspezifisch ist und Studien gezeigt haben, dass bei einer isolierten Erhöhung u.a. das kardiovaskuläre Risiko zum Teil deutlich erhöht ist.



Ich habe seit einigen Jahren immer wieder erhöhte Leberwerte und auch eine Biopsie hat keine Erkenntnis gebracht. Ich trinke keinen Kaffee und rauche auch nicht, aber in geringen Mengen trinke ich Alkohol. Bei der letzten Blutwertuntersuchung waren die Werte stark erhöht...

**Sie sollten diese Ergebnisse** zum Anlass nehmen, um generell alles zu vermeiden, was der Leber schadet. Das gilt insbesondere für den Alkoholkonsum, hier wäre ein absoluter Verzicht ratsam. Wenn trotz dieser Maßnahmen die Erhöhung bestehen bleibt, wäre zeitnah eine weiterführende hepatologische Abklärung nötig. Bitte besprechen Sie Ihren Hausarzt darauf an, unter Umständen ist eine Überweisung zu einem Spezialisten erforderlich. Moderater Kaffee-Konsum wirkt sich übrigens - wissenschaftlich belegt - positiv auf die Lebergesundheit aus, so dass Sie auf das Kaffeetrinken zumindest nicht verzichten müssten.



Bei meinem Mann wurde die Diagnose Leberzirrhose gestellt. Ich mache mir nun große Sorgen. Wie weit darf eine Leber maximal geschädigt sein, damit sie wiederhergestellt werden kann? Ist das bei der Diagnose schon zu spät?

**Alle chronischen Lebererkrankungen** können im fortgeschrittenen Stadium zu einer Zirrhose führen, auch wenn noch keine wesentlichen Beschwerden vorliegen. Unter einer Leberzirrhose versteht man den vollständigen narbigen Umbau des Lebergewebes, der nach heutigen Erkenntnissen leider immer noch irreversibel ist. Es kommt jedoch auf die Grunderkrankung an, die letztlich zur Zirrhose geführt hat. Wenn die Ursache nicht geklärt ist, sollte schnellstmöglich eine Abklärung erfolgen, damit man auch ggf. noch eine zielgerichtete Therapie vornehmen kann. Da eine Leberzirrhose auch Folgeerscheinungen wie Bauchwassersucht (Aszites) und Krampfadern der Speiseröhre (sog. Ösophagusvarizen) mit sich bringen kann, sind bei gesicherter Leberzirrhose regelmäßige Verlaufskontrollen und Vorsorgeuntersuchungen unerlässlich. Auch das Risiko für die Entwicklung eines Leberkrebses ist erhöht. Idealerweise sollten Patienten mit Leberzirrhose an ein hepatologisches Zentrum angebunden werden.

**Dr. Lars Reinhardt**  
Oberarzt der Klinik für Gastroenterologie und gastrointestinale Onkologie, ärztlicher Leiter des Leberzentrums (LZG) der Universitätsmedizin Göttingen

**Kontakt**  
lars.reinhardt@med.uni-goettingen.de UNIVERSITÄTSMEDIZIN GÖTTINGEN **UMG**

**LESER FRAGEN**

Liebe Leser, stellen Sie Ihre Frage zum Thema „Weichteilrheuma“ bitte bis Montag, 12. März, 10 Uhr. Hierfür gibt es eine eigene Email-Adresse. Sie lautet [sprechstunde@goettinger-tageblatt.de](mailto:sprechstunde@goettinger-tageblatt.de)

Ihre Fragen werden dann von Dr. Peter Kosten und Prof. Gerhard Anton Müller beantwortet werden. Die Antworten finden Sie am kommenden Sonnabend in Ihrem Göttinger Tageblatt – unter der Rubrik „Gesund in Göttingen“.



**THEMEN  
IM ÜBERBLICK**

3.3. AUTOIMMUNKRANKHEITEN DER LEBER

10.3. WEICHTEILRHEUMA

17.3. SCHLAGANFALL

24.3. NEURODERMITIS