

Symptome einer Fibromyalgie entstehen, die auch bei weitgehender Remission der Grunderkrankung bestehen bleiben. Rheumatologen bezeichnen dies als sekundäres Fibromyalgiesyndrom.

Therapeutische Optionen

Die deutsche Leitlinie sieht vor, mit dem Patienten individuelle und realistische Therapieziele zu erarbeiten, erläuterte Prof. Christoph Baerwald, Universitätsklinikum Leipzig. Bei leicht ausgeprägtem Fibromyalgiesyndrom stehen körperliche und psychosoziale Aktivitäten im Vordergrund. Bei schweren Verläufen wird eine multimodale Therapie und zeitlich befristete Medikation empfohlen, die u.U. stationär erfolgen sollte. Multimodal beinhaltet mindestens ein aktivierendes Verfahren wie Ausdauer-

oder Krafttraining sowie wenigstens ein psychologisches Verfahren. Wassergymnastik sowie aerobes Training, Flexibilitäts-, Koordinations- und Kräftigungsübungen werden positiv beurteilt. Stark negativ wird eine Quadrantenintervention bewertet, auch Kältetherapie, Massage und TENS werden nicht empfohlen.

Eine spezielle Zulassung für Medikamente gegen das Fibromyalgiesyndrom gibt es in Deutschland nicht. Verschiedene Substanzen können jedoch off label zeitlich befristet verabreicht werden. Dazu zählte Baerwald Amitriptylin zur Schmerztherapie. Selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) oder Quetiapin bieten sich an bei komorbider Depression und/oder generalisierter Angststörung. Pregabalin kann bei Angststörung bzw. zur Behandlung neu-

ropathischer Schmerzen angewendet werden. Für andere Substanzen wie Cannabinoide, MAO-Hemmer, Muskelrelaxanzien oder nichtsteroidale Antirheumatika gibt es keine guten Daten.

Psychotherapeutische Ansätze, allen voran die kognitive Verhaltenstherapie, machen Sinn bei maladaptiver Krankheitsbewältigung, durch Alltagsstress stark schwankende Beschwerden, zwischenmenschlichen Probleme. Komplementäre Verfahren wie Tai-Chi, Gewichtsabnahme bei adipösen Patienten können dem Patienten helfen, ohne dass Belege hierfür vorliegen. Nicht zuletzt kann auch Musik das Schmerzerleben positiv verändern.

■
Martin Bischoff

- DGIM 2019 in Wiesbaden
1. www.awmf.org/leitlinien/detail/II/145-004.html

Komplementärmedizin in der Onkologie

Nicht verteufeln, sondern integrieren!

Die Komplementärmedizin in der Onkologie ist ein kontrovers diskutiertes Thema.

Gefährlich wird es dann, wenn Patienten, die sie anwenden, etablierte Therapien ablehnen.

— Nutzt oder schadet Komplementärmedizin bei Tumorpatienten? Diese Frage wurde in einer großen US-Studie untersucht, in die Daten von fast zwei Millionen Krebspatienten eingingen. Die Patienten litten an nicht-metastasierten

Karzinomen der Brust, der Lunge, der Prostata oder des Kolons. 258 Patienten unterzogen sich neben der etablierten onkologischen Therapie auch einer komplementärmedizinischen Behandlung.

Mehr Therapieverweigerer

„Patienten mit einer komplementärmedizinischen Behandlung verweigerten deutlich häufiger die etablierte Therapie“, berichtete Prof. Wolfgang Fischbach, Aschaffenburg. Bei einer Operation waren es 7,0% im Vergleich zu 0,1% in der Kontrollgruppe ohne Komplementärmedizin, bei der Chemotherapie waren es 34,1% vs. 3,2%, bei der Strahlentherapie 53% vs. 2,3% und bei der Hormontherapie 33,7% vs. 2,8%. „Folge dieser Therapieverweigerung war eine signifikant schlechtere Fünf-Jahres-Überlebensrate“, so Fischbach. Mit Komple-

mentärmedizin überlebten 82,2%, ohne Komplementärmedizin 86,6% der Patienten fünf Jahre. Die Multivarianzanalyse ergab, dass die schlechtere Prognose einzig und allein durch die Ablehnung etablierter onkologischer Therapiemaßnahmen bedingt war [1].

Angesichts der gerade bei onkologischen Patienten weit verbreiteten Sympathie für die Komplementärmedizin sei es deshalb nicht sinnvoll, diese von vornherein konsequent abzulehnen, meinte Fischbach. Vielmehr könne es sich sogar als vorteilhaft erweisen, eine solche aktiv anzubieten, um damit auch die Adhärenz gegenüber den onkologischen Therapien mit nachgewiesener Wirksamkeit erhöhen zu können.

■
Dr. Peter Stiefelhagen

- Gastro update 2019, 5.4.2019 in Wiesbaden
1. Johnson SB et al., JAMA Oncol 2018;4(10):1375–1381



© Juannino / iStock