

Skriptum

Kongressjournal



Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation

24. und 25. November 2006, Wien

Wissenschaftliche Leitung:
UNIV.-PROF. DDR. MANFRED HEROLD, INNSBRUCK





Prim. Dr. Gudrun Lind-Albrecht

Die vorliegende Pilotstudie dient der Vorbereitung einer kontrollierten (randomisierten) Studie zur Überprüfung des Zusatzeffektes der Gasteiner Heilstollentherapie beim Fibromyalgie-Syndrom (FMS). Es wurden 21 Patienten mit FMS anlässlich ihrer Kur am Gasteiner Heilstollen (multimodales Therapiekonzept unter Einschluss der kombinierten Hyperthermie/ Radontherapie) bei Aufnahme und Entlassung sowie im Follow-up nach 4 Monaten befragt. Zielvariablen waren: Schmerz, Erschöpfung, Morgensteifigkeit, Medikamentenverbrauch und Funktionseinschränkung. Messinstrumente waren visuelle Analogskala und FIQ. Es zeigte sich eine relevante Schmerzlinderung sowohl bei Kurende als auch anhaltend nach 4 Monaten (Effektstärke jeweils > 1) und ein deutlicher Rückgang der Erschöpfung (Effektstärke = 1).

Fibromyalgie – Schmerz und Erschöpfung

Verlauf nach Gasteiner Heilstollentherapie im Rahmen der Kurbehandlung

G. LIND-ALBRECHT, K. ALTHUBER UND G. MAYERHOFER | GASTEINER HEILSTOLLEN, BAD GASTEIN

MULTIMODALES THERAPEUTISCHES KONZEPT

Über die mittelfristigen Rehabilitations- und Kurerfolge beim Fibromyalgie-Syndrom (FMS) existieren bisher nur wenige aussagekräftige Studien (1). Insbesondere die Schmerztherapie gestaltet sich nach wie vor schwierig, wenn auch neuere medikamentöse Optionen sowie das multimodale therapeutische Konzept gewisse leichte diesbezüglich Verbesserungen gebracht haben. Aufgrund der Komplexität der Erkrankung wird die Schmerzbeseitigung von einigen Autoren als kein realistisches Langzeittherapieziel angesehen (2). FMS-Patienten berichten aber immer wieder, dass die Gasteiner Heilstollentherapie (Kombinationstherapie aus Hyperthermie und Radonaufnahme über Lunge und Haut) ihnen überraschende Schmerzlinderungseffekte gebracht habe. Eine kontrollierte (randomisierte) Studie soll hier Klarheit über den schmerztherapeutischen Zusatznutzen bringen. Zu deren Vorbereitung wurde die hier vorgestellte Pilotstudie durchgeführt.

BEFRAGUNG ZU KURANFANG, KURENDE UND 4 MONATE DANACH

21 Patienten mit gesicherter Fibromyalgie (ACR-Klassifikationskriterien), deren Aufnahme zur Kur zwischen Woche 9 und Woche 18 des Jahres 2006 lag, wurden bei Kuranfang (T1), Kurende (T2) und 4 Monate später (T3) befragt. Zielvariablen waren die Schmerzstärke und das Ausmaß der Erschöpfung (Messinstrumente jeweils visuelle Analogskala = VAS 0...10), die Einnahmetage für Schmerzmittel, die Morgensteifigkeit der Hände/des Körpers insgesamt (in Minuten), die subjektive Einschätzung des Kurerfolges, die funktionelle Beeinträchtigung (Messinstrument FIQ, nur bei T3).

Begleitmerkmale waren Alter, Krankheitsdauer, Anzahl der Tender points, weitere Medikation (inklusive SSRI), Begleiterkrankungen. Neben der eigentlichen Heilstollentherapie wurde ein (nicht standardisiertes) physikalisches Begleitprogramm (mit passiven und aktivierenden, ganzheitlichen TCM-orientierten und sporttherapeutischen Einheiten sowie edukativen Elementen) angeboten.

Als Einschlusskriterium galt neben der Diagnosesicherheit die Mindestanzahl von insgesamt 6 Einfahrten in den Gasteiner Heilstollen.

ERGEBNISSE

21 Patienten (20 Frauen, 1 Mann), mittleres Alter 59 Jahre, mittlere Krankheitsdauer 20 Jahre, mittlere Anzahl der Tender points 17/18 waren inkludiert. Schmerzmittel nahmen 16 Patienten, Antidepressiva bzw. SSRI 5. Der Kurverlauf beinhaltete durchschnittlich 9 Stolleneinfahrten. Der Rücklauf auf die Nachbefragung bei T3 (4 Monate nach der Kur) betrug 76 % (16 von 21 Patienten).

SCHMERZVERLAUF

Die Schmerzstärke (laut VAS 0...10) war zum Kurende bei 15 Patienten (= 71 %) verringert. Der Mittelwert war von 6,8/10 bei T1 auf 2,5/10 bei T2 sowie auf 3,7/10 bei T3 nach 4 Monaten reduziert. Der mittlere Umfang der Schmerzlinderung betrug bei T2 51 % und bei T3 47 % des Ausgangswertes. Die Effektstärke als Maß für die Relevanz war mit $E = 1,3$ bei T2 und $E =$

1,2 bei T3 ausgesprochen hoch. Einen mindestens 20 %igen Rückgang der Schmerzen verzeichneten bei T2 15 Patienten (71 %) und bei T3 14 Patienten (87,5 % der Antwortenden bzw. 66,6 % der Gesamtgruppe). Einen mindestens 50 %igen Rückgang der Schmerzen verzeichneten bei T2 9 Patienten (42 %) und bei T3 8 Patienten (50 % der Antwortenden bzw. 38 % der Gesamtgruppe).

Komplett schmerzfrei waren bei T2 und T3 jeweils 3 Patienten. (In der Gruppe der Patienten, die bei T3 nicht beantworteten, sind „Therapieversager“ zu vermuten, da sie zwar bei T1 weniger Schmerzen als die Antwortenden hatten, aber dennoch bei T2 einen deutlich geringeren Linderungseffekt.)

Die Einnahmehäufigkeit von Schmerzmitteln war 4 Monate nach der Kur um durchschnittlich 31 % reduziert – von 3,4 auf 2,1 Einnahmetage/Woche. Eine mind. 50 %-Reduktion gaben 7 Patienten an, eine 100 %ige Reduktion 5 Patienten.

VERLAUF DER ERSCHÖPFUNG

Das mittlere Ausmaß der Erschöpfung (VAS 0...10) sank von 8,1/10 bei Kurbeginn auf 4,7/10 nach 4 Monaten. Der durchschnittliche Rückgang der Erschöpfung betrug 35 %; die Effektivität von 1,0 zeigt einen starken Effekt an. 13 der 16 antwortenden Patienten gaben eine mindestens 20 %ige Linderung der Erschöpfung an; bei 6 Patienten war noch eine mindestens 50 % Linderung zu verzeichnen. 2 Patienten gaben keinerlei Erschöpfung mehr an.

WEITERE PARAMETER

Die durchschnittliche morgendliche Steifigkeit war von 50 Minuten bei Kurbeginn auf 5 Minuten bei Kurende und 35 Minuten nach 4 Monaten reduziert. Die Anzahl der „Wohlfühl-Tage“ pro Woche (laut FIQ) wurde nach 4 Monaten mit 4,8 angegeben. Den Kurerfolg allgemein beurteilten nach 4 Monaten 15 Patienten (94 % der Antwortenden bzw. 70 % der Gesamtgruppe) als gut.

INTERPRETATION MIT VORBEHALT

Die Daten der vorliegenden Pilotstudie dürfen sicher nur mit Vorbehalt interpretiert werden, da es sich zum Einen um eine kleine Fallzahl und zum Andern um eine Selektion von Fibromyalgie-Patienten handelt, welche sich diese Art der Kur selbst gewünscht haben. Dennoch wird sichtbar, dass mit dem multimodalen

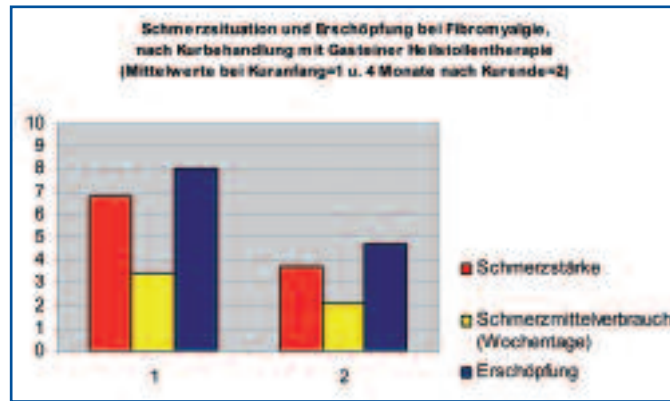


Abbildung 1: Vergleich der Parameter Schmerz, Schmerzmittelverbrauch und „Erschöpfung“ zu Kurbeginn und 4 Monate nach Kurende

Therapieprogramm unter Einbeziehung der Gasteiner Heilstollentherapie – als kombinierte Hyperthermie und Radonaufnahme über Haut und Atemwege – kurz- und mittelfristig positive Effekte für FMS-Betroffene zu verzeichnen sind. Eine mindestens 4 Monate anhaltende relevante Linderung der Schmerzen und der Erschöpfung konnte für die Mehrheit der Patienten erreicht werden.

Selbst unter fortwährender kombinierter medikamentöser Therapie ist beim FMS nur in 30–50 % eine Schmerzlinderung zu erzielen (3). Der hier aufgezeigte Schmerzlinderungseffekt über physikalische Therapie (in einem multimodalen Programm) passt zu einzelnen Berichten zur analgetischen Wirkung der Hyperthermie beim FMS (4). Zum anderen ist gerade nach der Gastei-

ner Heilstollentherapie bei Schmerzpatienten für die Substanz P eine Abnahme und für die Beta-Endorphine eine Erhöhung dokumentiert (5, 6). Auch experimentell konnte im Tierversuch nach Radonapplikation eine Erhöhung der zentral verfügbaren Enkephaline aufgezeigt werden (7). Sowohl die Substanz P als auch die Enkephaline/Endorphine stehen im Mittelpunkt wichtiger Hypothesen zur Pathogenese des FMS.

Ohne am Stellenwert der aktivierenden und der edukativen Elemente in der Fibromyalgie-Behandlung (8) zu rütteln, muss den Möglichkeiten der längerfristigen Schmerzlinderung beim FMS nachgegangen werden. Eine Überprüfung der in dieser Pilotstudie aufgezeigten Effekte mittels einer kontrollierten Studie und längerem Follow-up

muss folgen, um den eigentlichen Beitrag der Gasteiner Heilstollentherapie in dem multimodalen Behandlungs-Konzept zum Kurerfolg bei Fibromyalgie zu sichern.

LITERATUR

- (1) Jäckel WH, Traber U, Gerdes N (2004) Stationäre Rehabilitation bei Fibromyalgie-Betroffenen. Akt. Rheumatol 29: 270-275
- (2) Fürst G (2006) Das Fibromyalgie-Syndrom – immer noch ein Mysterium? Edit Orthopädische Praxis 42: 3:III
- (3) Lunzer R, Skrabl P, Rainer F (2006) Das Fibromyalgie-Syndrom aus rheumatologischer Sicht: klinisches Bild, Diagnosekriterien, rheumatologische Differenzialdiagnosen. Orthopädische Praxis 42 (3):141
- (4) Schmidt KL (2004) Zur Wirkung einer Ganzkörperhyperthermie. Phys Med Rehab Kuror 14: 227-223
- (5) Graf A, Minnich B (1999) Nachweis einer Schmerzlinderung durch die Gasteiner Heilstollenkur – Ergebnisse einer psychologischen und neuroendokrinen. Evaluierung. Frankfurt am Main, Verlag Peter Lang, pp 203
- (6) Bernatzky G et al (1990) Auswirkungen niedrig dosierter ionisierender Strahlung auf regulatorische Peptide im Blut und Geweben. Z Phys Med Klin Sonderheft 2; 19: 36-53
- (7) Yamaoka K et al (1994) Changes in biogenic amine neurotransmitters in rabbit brain after radon inhalation. Neurosciences 20: 217-221
- (8) Lind-Albrecht G (2006) Patientenschulung in der Rehabilitationsbehandlung bei Fibromyalgie. Orthopädische Praxis 42: 181-186

KORRESPONDENZ:

Prim. Dr. G. Lind-Albrecht
Gasteiner Heilstollen
5645 Böckstein / Bad Gastein
Fax: ++43/6434/375366
E-Mail: lind-albrecht@gasteiner-heilstollen.com