



diagnose - særdeles viktig

- 1) kronisk tilstand - skal fortsette å leve med dette
- 2) vanskelig å forstå og akseptere -pst trenger et navn
- 3) stor innvirkning på arbeids- og dagligliv
- 4) liten effekt av konvensjonell behandling
- 4) viktig å identifisere FM hos pasienter med komorbiditet - for å unngå overbehandling

diagnosen stilles klinisk

diagnose fortsatt

ingen aktuell lab. eller billeddiagnostikk

- sykehistorie
 - når begynte smertene ?
 - når forverring?
 - sammenfall med ytre hendelser ?
 - hva hjelper?
 - hva forverrer?
- konkrete spm om ledsagende symptomer
- klinisk u.s - ledd, TP

differensialdiagnoser/koeksistens

revmatiske sykdommer – Sjögren m.fl.

endometriose

indremedisinsk sykdom

endokrine, herunder hypothyreose

infeksjon, sarkoidose, hemokromatose

paramalignitet

ledsager fenomener til kjent cancer

cytostatika

Koeksistens
svært vanlig

ME

95 % Overlapp med FM

PEM (Post exertional Malaise, gjelder også FM)

diagnostiske kriterier (wolfe 1994)

	ikke FM trekk	ubestemte FM trekk	typiske FM trekk
smerte	ingen eller begrenset	regional til utbredt	generelle
TP	0 - 5	6 - 10	> 11
symptomer	ingen eller få	få til mange	mange

når diagnosen er stilt

hvis mulig;
sammen
med partner

informasjon – alfa og omega

- opplyse og forklare om diagnose
- opplyse om risikofaktorer, patogenese, prognose, behandlingsmuligheter

behandling

f.o.m 2005 har det blitt publisert flere Guidelines for behandling alle basert på gjennomgang av forskning mhp effekt av behandling

til dels ulike anbefalinger grunnet ulike review metoder

2005 APS (American Pain Society)

2007 EULAR (European League against Rheumatism)

2008 AWMF (Association of Scientific Medical Societies)

2012 Canadian Guidelines for the Diagnosis and Management of FM in Adults

2016 EULAR revised recommendations for the management of FM

*Macfarlane G J , Kronisch,1,2 L E Dean,1 F et al
September 19, 2016 Ann Rheum Dis*

Eular Guidelines 2016

Overordnede prinsipper

- 1) rask og utvetydig diagnose
- 2) FM må forstås som
en kompleks og uensartet tilstand med
unormale fysiologiske smertemekanismer
og
med ledsagerfenomener
- 3) Håndteringen må være fullstendig

eular Guidelines 2016 fortsatt

viktigste behandlingsprinsipper

- kombinasjon av medikamentell og ikke-medikamentell behandling
- skreddersydd i forhold til smerteintensitet, funksjon, ledsagende symptomer (depresjon, fatigue, søvnforstyrrelser)
- valg av behandlingsstrategi må skje sammen med pas.
-

optimal behandling

forebygge **før** FM oppstår jfr. risikofaktorer

- redusere hyperaktiv stressrespons
(avspenning, individuell tilpasset fysisk aktivitet – trening i varmt basseng
pusteøvelser, yoga)
- smertemestringsgrupper, kognitiv terapi
- øke mengden av dyp søvn (søvnhygiene, medikamenter)
- redusere sentral sensitivisering (medikamenter)
- redusere årsakene til perifer smerte
(fascial release, triggerpunktbeh. og beh. annen vedv. nosiseptiv smerte)
- tilrettelegge for å redusere ytre belastninger (jobb og dagligliv)

ikke-medikamentell behandling

bedre dyp søvn - søvnhygiene

fysisk behandling

- fascial release
- oppmuntring til regelmessig mosjon
- trening i varmt basseng
- psykomotorisk fysioterapi for noen



opplæring i avspenningsøvelser

smertemestringsgrupper

kognitiv terapi

behandle evt. nosisepive smertetilstander og evt. depresjon

relativt liberal med kortvarige sykmeldinger

medikamentell behandling I



- vanlig smertestillende –
liten eller ingen effekt
heller ikke betennelsesdempende
- anti-depressive og anti-konvulsive er mest brukt
- tramadol *opiod med SNRI aktivitet*
smerter - kun korte perioder
- naltrexon opptrappende doser (3 – 4.5 mg)
opiodantagonist, inhiberer aktiverte mikroglia-celler
- pramipexol (Sifrol®) 0.54 mg
(restless legs)

fortsatt

tricycliske anti-depressiva *smerter, fatigue, søvn*

amitriptylin (Sarotex[®]) serotonin og NA ↑

10 mg 3-4 timer før sengetid – øke gradvis

duloksetin (Cymbalta[®]) : 30 - 60 mg

smerter, depresjon SNRI

fluoxin Citalopram SSRI

smerter og fatigue

gabapentin (Neurontin[®]) *gabapentinoid*

pregabalin (Lyrica[®]) – start 25 mg

optimal dose 300– 450 mg

smerter, fatigue, søvn

annet

Cannabinoider ?

diskuterte resultater – noen tyder på effekt

innsovningsmedikament (Zopiklone®)

kun sporadisk lavdose

vitaminer, kosthold

trigger point injeksjoner –

hos pas. med myofascielle smerter i tillegg

eksperimentelt: stimulering av vagusnerven/DRG

begrenset behandlingstilbud

- stort sett avslag ved smerteklinikker
- tilbud om kurs ved en del sykehus
- rehabiliteringsinstitusjoner – tverrfaglighet
- tilbud om digital oppfølging på trappene
- svært ofte ingen spesifikk behandling



dagligliv og arbeidsliv

< 20 %	bedring etter 5 år
50 %	økte smerter etter 5 år
<hr/>	
90 %	innvirkning på husarbeidet
60 %	endret på rutinene i husarbeidet
50 %	behov for mer hjelp av familiemedlemmer
<hr/>	
90 %	innvirkning på fritidsaktiviteter
80 %	påvirker det sosiale liv
60 %	mindre overskudd til venner
43 %	færre aktiviteter sammen med familien
<hr/>	
75 %	influerer på arbeidssituasjonen
56 %	fortsatt i arbeid (91 % i tilsvarende befolkning)
50 %	regelmessig fysisk aktivitet

FIQr Skjema

to hovedområder

funksjon og intensitet

re senger – handle – støvsuge - gå 20 min etc. etc

intensitet av smerter, stivhet, manglende uthvilthet, søvn, depresjon etc etc

Bennett, et al The Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQR): validation and psychometric properties Arthritis Research & Therapy 2009, 11:R1 (doi:10.1186/ar2783)

sykmelding og uførhet

1995: Blant kvinner 26 - 55 år med FM

24 % uføre trygd

12 % attføring

12 % langtidsykemeldt

1993: 232 397 uføretrygdede

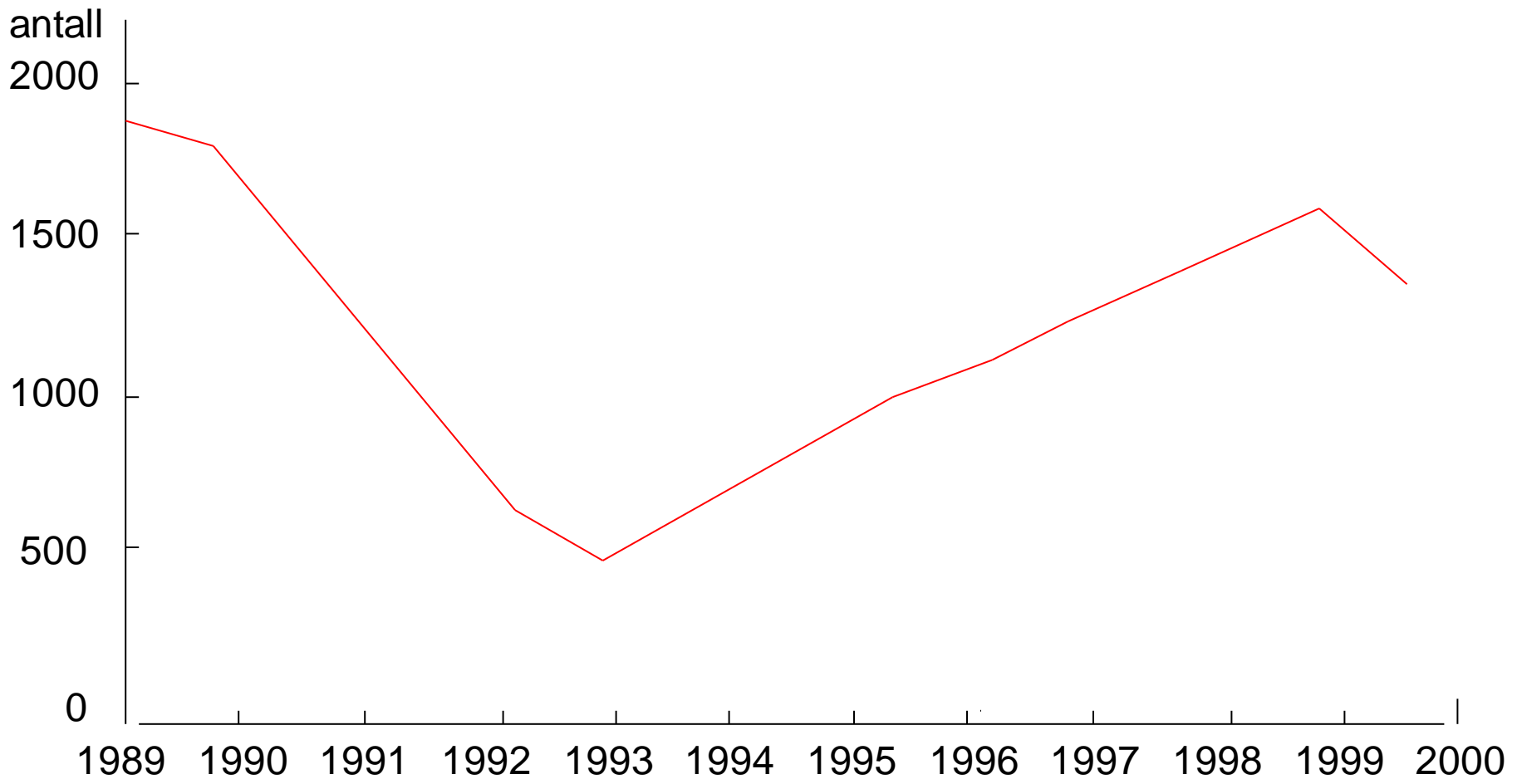
11 620 (5 %) fibromyalgi

→ 2 % av alle norske kvinner 50 - 59 år

gjennomsnittlig andel av uføretrygdede

ca 6 % - 2008 – 2011

uførhet ved fibromyalgi



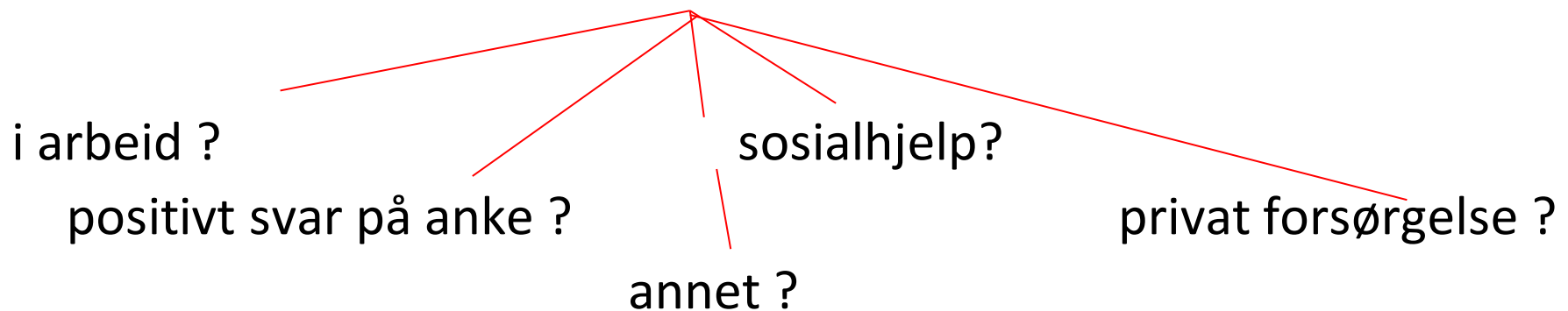
årlig tilgang av nye kvinner med uførepensjon for fibromyalgi

1991 innskjerping av krav til sykdom, skade eller lyte og nedsatt ervervsevne

1992 : avslag på uføretrygd

(menn 14 % og kvinner 22 %)

kvinner med fibromyalgi: 46 % avslag



1997 : Hyppigste diagnose for tilkjenning av trygd

Andelen blir ca. 5,5 % blant nye uføretrygdede (som har fibromyalgi) og 5,3 blant antall uføretrygdede i 2017.

NYE UFØRETRYGDEDE MED FIBROMYALGI ETTER ALDER OG ÅR, KJØNN OG ÅR. 2008-2017.

DIAGNOSE:		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fibromyalgi (ICD-9: 7290, ICD-10: M790, M797)	I ALT	738	957	1 295	1 681	1 474	1 257	1 662	1 504	1 432	1 758
	18-39 år	17	35	76	175	157	143	220	193	197	271
	40-49 år	131	232	402	617	580	464	681	543	490	592
	50-59 år	447	518	641	739	612	513	573	569	556	671
	60-67 år	143	172	176	150	125	137	188	199	189	224
Fibromyalgi (7290, M790, M797)	I ALT	738	957	1 295	1 681	1 474	1 257	1 662	1 504	1 432	1 758
	Kvinner	660	875	1 165	1 522	1 343	1 152	1 520	1 358	1 322	1 606
	Menn	78	82	130	159	131	105	142	146	110	152

ANTALL UFØRETRYGDEDE MED FIBROMYALGI ETTER ALDER OG ÅR, KJØNN OG ÅR. DESEMBER 2008-2017.

DIAGNOSE:		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fibromyalgi (ICD-9: 7290, ICD-10: M790, M797)	I ALT	13 556	13 589	13 992	14 840	15 349	15 590	16 180	16 398	16 696	17 372
	18-39 år	219	175	201	305	366	409	520	587	646	783
	40-49 år	1 624	1 569	1 727	2 079	2 398	2 604	2 933	3 124	3 184	3 305
	50-59 år	5 736	5 561	5 614	5 876	6 027	6 052	6 236	6 320	6 511	6 905
	60-67 år	5 977	6 284	6 450	6 580	6 558	6 525	6 491	6 367	6 355	6 379
Fibromyalgi (7290, M790, M797)	I ALT	13 556	13 589	13 992	14 840	15 349	15 590	16 180	16 398	16 696	17 372
	Kvinner	12 369	12 386	12 728	13 469	13 955	14 163	14 701	14 898	15 177	15 808
	Menn	1 187	1 203	1 264	1 371	1 394	1 427	1 479	1 500	1 519	1 564

andre land

USA	34 %	økonomisk støtte	(2014)
Spania	34 %	(11% sm) + 23% (pensjon)	(2014)
Australia	35 %	økonomisk støtte	(2016)
Canada	30 %	økonomisk støtte	(2016)
Norge	10 %	?? (17000 av 170000) + AAP	??

varierer

ulike systemer for økonomisk støtte,

ulikt arbeidsmarked

ulik definisjon av arbeid

relativt få artikler om FM og arbeidsliv

Work Ability in FM: An update - review
Palstam, Mannerkorpi 2021

systematisk gjennomgang av 34 artikler

*Palstam A, et al K REVIEW ARTICLE Work Ability in Fibromyalgia: An Update in the 21st Century
Current Rheumatology Reviews, 2017, 13, 180-187*

redusert arbeidsevne kommer tidlig i forløpet

60 % (i arbeid)- 41 % (utenfor arbeid)

diagnosetidspunkt og et år etter (USA og Sverige, 2005)

54 % (i arbeid)- 16 % (utenfor arbeid)

innen 5 år etter diagnosetidspunkt (Australia 2016)

faktorer som påvirker arbeidsevnen

negative

alvorlighetsgrad av symptomer

fysisk krevende jobb

mye repeterende bevegelser

positive

redusert arbeidstid

støtte av kollegaer og sjefer

skifte til mere egnet job

innflytelse på egen arbeidssituasjon

fransk studie 2019

Utdyping av arbeidsstedets betydning

reisetid

stress og problemer på arbeidsplassen

støy

mangel på annerkjennelse

F. Laroche L et al FMA in the workplace: risk factors for sick leave are related to professional context rather than fibromyalgia characteristics— a French national survey of 955 patients (2019) 3:44 BMC Rheumatology
<https://doi.org/10.1186/s41927-019-0089-0>

Mannerkorpi – konklusjon

ingen evidens for effekt av rehabilitering på arbeidsevne

ingen av de få studiene som er utført
viste effekt på sm eller arbeidsevne

flere longitudinelle studier trengs

oppsummering

- FM er svært hyppig
- etiologi ukjent, patogenesen begynner å avdekkes
- diagnose er viktig
- hyppig komorbiditet – også rev. infl. sykdommer
- beste behandling er forebygging
- finnes adekvat, lindrende medisiner
- god strategi
- redusere stress, bedre dyp søvn, begrense perifere smerter, samt behandle sentral sensitivisering
- heller flere kortvarige sykmeldinger enn en lang



Utarbeidet av Karin Øien Forseth, Ph.D.



Temakefte **Fibromyalgi**

Utgitt av Norges Fibromyalgi Forbund



Årsaker og mekanismer



Forskning



Diagnose og behandling


En orientering for pasienter, pårørende og andre interesserte

Søk
Norges Fibromyalgi Forbund
Informasjons materiell
og last ned

FIBROMYALGI

- en innføring for helsepersonell

Professor dr med Egil A Fors



Søk
Norges Fibromyalgi Forbund
Informasjons materiell
og last ned

https://fibromyalgi.no/wp-content/uploads/2023/12/Fibromyalgi_NTNU_brosjyre_A5_web-1.pdf

https://fibromyalgi.no/wp-content/uploads/2024/02/WEB_-_Informasjonsbrosjyre-for-pasienter-parorende-og-andre-interesserte.pdf

"Bringing together the best of conventional Western medicine and effective integrative approaches, *The FibroManual* is the most comprehensive book ever written on this subject!"
—ROBERTA WORTMAN M.D.

THE **FIBRO** MANUAL

A Complete
Fibromyalgia
Treatment Guide
for You *and*
Your Doctor

Ginevra Liptan, M.D.



Søk på Ginevra Liptan
Klikk på tittelen
Kjøp



takk for oppmerksomheten

Karin Øien Forseth 2024