



La version française de cet article sera publiée dans le numéro 4 de PrimaryCare.

Müdigkeit

Ein Kapitel aus dem Buch «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Klaus Bally

Definition, Bedeutung, Epidemiologie [1]

- Müdigkeit = subjektives Empfinden (~Energie-mangel, Erschöpfung, Einschlafneigung tagsüber).
- Qualitative Komponenten: körperlich, emotional, kognitiv.
- Prävalenz in Primärversorgung: 20–30% je nach Definition und Art der Studie.
- 7% Müdigkeit als Hauptgrund für Arztbesuch, 14% Müdigkeit als Haupt- oder Nebensymptom.

Ursachen

- Enge Assoziation des Symptoms Müdigkeit mit psychischen Störungen [2]: 45% aller müden Patienten leiden unter Depression oder Angststörung, nur 28% der Pat. ohne Müdigkeit. 75% aller Menschen mit somatoformen Störungen leiden unter Müdigkeit. Vorbestehende psychische Störungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer postviralen Müdigkeit [3]. Müdigkeit ist wichtiger Bestandteil funktioneller Syndrome mehrerer Organsysteme [4]: Colon irritabile, Dyspepsie, Fibromyalgie, Hyperventilationssyndrom, CFS, Spannungskopfschmerzen, Globus-syndrom, Unverträglichkeit für verschiedenste Medikamente.
- Malignome: Müdigkeit ist als alleiniger Hinweis auf Malignom sehr selten.
- Anämie, Eisenmangel: Zusammenhang zwischen Anämie und Müdigkeit wird kontrovers beurteilt, Zusammenhang zwischen Eisenmangel und Müdigkeit konnte dokumentiert werden [5].
- Endokrinologische Ursachen: 1159 Patienten: 3 subklinische Hypothyreose, 4 Diabetes [2].
- Hepatitis: als Ätiologie von alleiniger Müdigkeit äusserst selten.
- Postinfektiöse Müdigkeit [6]: 6 Monate nach Mononukleose: 40% Müdigkeit; 6 Monate nach anderen Atemwegsinfekten: 15% Müdigkeit.
- Chronisch somatische Erkrankungen: Herzinsuffizienz, Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, chron. Polyarthrit, Neoplasien, chron. Niereninsuffizienz, Status nach Operation.

- Art. Hypotonie: Zusammenhang zwischen Müdigkeit und Hypotonie wird kontrovers beurteilt.
- Schlafstörungen: Prävalenz: 20–25%; Müdigkeit und Schlafstörung: oft gemeinsame Ursache (Depression, psychosomat. Erkrankung); Schlafapnoe-syndrom – erhöhtes Verkehrsunfallrisiko [7].
- Bewegungsmangel: Aerobes Training führt zu Verbesserung des Befindens.
- Medikamente: Benzodiazepine, Muskelrelaxan-tien, Antidepressiva, Neuroleptika, Antihyperten-siva, Opiate, Antiparkinsonika, Antihistaminika. Suchterzeugende Mittel: vor allem Alkohol.
- Umwelteinflüsse: Blei, Amalgam (?), Kohlen-monoxid (Rauchen!), Kohlenwasserstoffe usw.
- Neuromuskuläre Erkrankungen.

Diagnose/Abklärungsgang

Anamnese

- Dauer, Qualität (Energienmangel, Schläfrigkeit), Ausmass, tageszeitlicher Verlauf (Müdigkeit schon beim Erwachen?), neuartig, ungewohnt.
- Beeinträchtigung: körperlich, psychisch, sozial, emotional, kognitiv.
- Schlafdauer.
- Einnicken am Tag (Narkolepsie, Schlafapnoe), Schnarchen, Atempausen (Schlafapnoe).
- Muskelschwäche, rasche Muskelermüdbarkeit (neuromuskuläre Erkrankung).
- Suchtmittel, Medikamente.
- Familiäre, berufliche, soziale Situation, Arbeits-platzzufriedenheit.
- Sonstige Symptome: Blässe, Durst, Dyspnoe, Inappetenz, Gewichtsverlust, Fieber.
- Vorstellungen des Patienten über die Ätiologie der Müdigkeit.
- Depression [8] (2 wichtige Fragen):
 1. Haben Sie sich im letzten Monat oft niederge-schlagen, schwermütig, hoffnungslos gefühlt?
 2. Haben Sie im letzten Monat oft wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten gehabt?
 - 2mal nein: Depression wahrscheinlich ausge-schlossen (Sensitivität 96%, Spezifität 72%).
 - 1mal ja: Fragen nach Schlafstörung (zuwenig oder zuviel), Appetit- oder Gewichtsverände-rung, negativer Meinung von sich selbst, Ver-sagensängsten, Konzentrationsschwierigkeiten,

vermehrtem oder verringertem Bewegungsdrang, Suizidgedanken. Werden 5 oder mehr Fragen bejaht, liegt sicher eine ausgeprägte Depression vor.

■ **Angststörung:** Fühlten Sie sich im letzten Monat deutlich beeinträchtigt durch nervliche Anspannung, Ängstlichkeit und Sorgen über vielerlei Dinge? Hatten Sie im letzten Monat eine Angst- oder Panikattacke?

■ **Somatoforme Störung [9]:** Haben Sie sich im letzten Monat gestresst gefühlt? Wie gravierend empfinden Sie Ihr Symptom (0–10)? Wie beurteilen Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand? Wieviele körperliche Symptome bestehen bei Ihnen? (Magenschmerzen, Dyspepsie, Obstipation/Diarrhoe, Rückenweh, Kopfschmerzen, Brustschmerzen, Herzklopfen, Kurzatmigkeit, Schwindel, Schwäche, Müdigkeit, Schlafstörungen, Gliederschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Dyspareunie).

Physikalische Untersuchung

Herz-/Lungen-Untersuchung inkl. Blutdruck (evtl. liegend und stehend); Abdomen; Lymphknoten; Schleimhäute; Integument; trophische Störungen und Muskeltonus; Kraft: Zehen- und Fersengang, Aufstehen von Stuhl, Aufsitzen aus Liegen; Ermüdbarkeit: Blick nach oben (Myasthenie); Sensibilität und Reflexe; Faszikulationen.

Zusätzliche diagnostische Massnahmen

Wenn Müdigkeit >4 Wochen ohne Diagnose: BSR oder CRP, Hb, Leukozyten, Glukose, Gamma-GT, TSH, Ferritin. Später evtl.: Kreatinin, Kalium, Natrium, Kalzium, GPT, Serologie EBV, HIV, Hepatitis B und C, Urinstatus und Haemocult®.

Chronisches Müdigkeitssyndrom (CFS)

Diagnostische Kriterien [1, 10]: Müdigkeit (mehr als 6 aufeinanderfolgende Monate, zeitlich bestimmbarer Beginn, nicht besser durch Ruhe, keine Ursache erkennbar, mit deutlicher Einschränkung von Aktivitäten). Zusätzlich mindestens 4 der folgenden Symptome: gestörtes Kurzzeitgedächtnis, Konzen-

tration / druckschmerzhafte Hals- oder Achsellymphknoten / Muskelschmerzen / multiple Gelenkschmerzen ohne Schwellung oder Rötung / nicht erholsamer Schlaf / mehr als 24stündige Abgeschlagenheit nach Anstrengung / Kopfschmerzen.

Auszug aus: Benedict Martina, Edouard Battégay, Peter Tschudi (Hrsg.)

Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick. Basel: EMH Schweizerischer Ärzteverlag; 2006. 119 Seiten. Fr. 20.– / EUR 14.– ISBN 978-3-7965-2262-8

Infos und Bestellung unter www.emh.ch

Information

- 1 Degam Leitlinie Nr. 2. Müdigkeit. Düsseldorf: Omikron publishing; 2002.
- 2 Cathebras PJ et al. Fatigue in primary care: prevalence, psychiatric comorbidity, illness behavior, and outcome. *J Gen Intern Med.* 1992;7:276–86.
- 3 Wessely S, et al. Postinfectious fatigue: prospective cohort study in primary care. *Lancet.* 1995;345:1333–8.
- 4 Wessely S, et al. Functional somatic syndromes: one or many? *Lancet.* 1999;354:936–9.
- 5 Verdon F, et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non-anaemic women: double blind randomised placebo controlled trial. *BMJ.* 2003;326:1124.
- 6 White PD, et al. Incidence, risk and prognosis of acute and chronic fatigue syndromes and psychiatric disorders after glandular fever. *Br J Psychiatry.* 1998;173:475–81.
- 7 Teran-Santos J, et al. The association between sleep apnea and the risk of traffic accidents. Cooperative Group Burgos-Santander. *N Engl J Med.* 1999;340:847–51.
- 8 Whooley MA, et al. Case-finding instruments for depression. *J Gen Intern Med.* 1997;12:439–45.
- 9 Kroenke K, et al. A symptom checklist to screen for somatoform disorders in primary care. *Psychosomatics.* 1998;39:263–72.
- 10 Fukuda K, et al. The chronic fatigue syndrome. *Ann Intern Med.* 1994;121:953–9.

Dr. med. Klaus Bally
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
St. Johanns-Parkweg 2
4056 Basel
klaus.bally@unibas.ch