

Geschlechtsspezifische Aspekte des Schmerzes und seiner Therapie: Wie können wir weniger schaden

Eine geschlechtssensible Perspektive in der Schmerzbehandlung hat die Vermeidung von Unterbehandlung oder Schädigung durch Überdosierung, Nebenwirkungen oder paradoxe Wirkungen zum Ziel. Insbesondere folgende Aspekte einer Schmerzbehandlung sind zu beachten: 1) Schmerzerkennung, -Einschätzung (unterschiedliche Schmerzempfindlichkeit, geschlechtsspezifische Schmerzsymptome); 2) Schmerzverstärkende Faktoren (Prävalenz von Depression und chronischen Schmerzerkrankungen; Östrogenentzug; anticholinerge Belastung infolge von Polypharmazie); 3) Behandlungsunterschiede bedingt durch Genderbias seitens der Behandler/innen und Gendernormen seitens der Patienten/innen („Under-/ Overreporting“ und „Catastrophizing“); 4) Pharmakologie („One size does not fit all“; spezifische Medikamenteninteraktionen; anticholinerge, sowie serotoninerge Nebenwirkungen) und 5) geschlechtsspezifisch ausgeprägte Nebenwirkungen oder paradoxe Wirkungen (Übelkeit, opiatbedingte Atemregulationsstörung oder kappa-opiatbedingte Schmerzverstärkung).

Die geschlechtsspezifische Schmerzforschung begann 1992 mit einer provokanten Publikation über mangelhafte/ fehlende Berücksichtigung des Geschlechts in der neurowissenschaftlichen Literatur (Berkley). Weitere Meilensteine waren eine erste umfassende Publikation über geschlechtsspezifische Unterschiede des klinischen und experimentellen Schmerzes (Berkley 1997), sowie das „Global Year Against Pain in Women 2008/09“ der IASP (International Association for the Study of Pain) mit einer weltweiten Informationscampagne zu den häufigsten Schmerzsyndromen der Frau (Dysmenorrhoe, Endometriose, Vulvodynie, Schwangerschafts-assoziiierter Schmerz, Geburtsschmerz, orofazialer Schmerz, Fibromyalgie, chronischer Beckenschmerz, Reizdarmsyndrom, AIDS („factsheets“ unter dem Motto “real woman, real pain” unter www.iasp-pain.org).

Unterschiede der Schmerzempfindlichkeit sind nicht nur klinisch, sondern auch experimentell nachweisbar. Insbesondere dynamische Schmerzmodelle zeigen, dass die Frau vulnerabler für spinale Sensibilisierung ist als der Mann. Aus solchen Schmerzmodellen lassen sich therapeutische Ansätze ableiten (Modulation der Schmerzverarbeitung auf Rückenmarksebene), zB. für die postoperative Schmerztherapie. Spinale Schmerzverstärkung könnte eine Erklärung dafür sein, warum postoperativer Schmerz bei Frauen größer ist (Fillingim 2009).

Auch die Mechanismen endogener Schmerzhemmung sind unterschiedlich (zB. endogene Opiatanalgesie). Hier spielt beim weiblichen Geschlecht das Dynorphin-Kappa-System eine besondere Rolle. Es ist zum Zeitpunkt einer Geburt aufreguliert, was die hohe Schmerzschwelle (geringe Schmerzempfindlichkeit) der Frau in dieser Phase erklärt, sowie die gute Wirksamkeit der Kappa-Opiatagonisten in der Geburthilfe. Entscheidend für die Effizienz endogener Schmerzhemmung sind endogene Sexualhormonspiegel und so führt andererseits Östrogenentzug (perimenstruell, postpartal, perimenopausal) zu einer Reduktion endogener Schmerzhemmung und damit zum Neuauftreten von Schmerz oder zu Verstärkung präexistenter Schmerzen (zB. perimenstruelle Migräneverstärkung, abdomineller Schmerz im Wochenbett; postoperativer Schmerzverstärkung in der Menopause, postmenopausale Schmerzsyndrome,)

Pharmakologische Wirkunterschiede bestimmter Schmerzmittel betreffen analgetische Potenz (Ibuprofen, Kappa-Opiate), Placeboeffekte (mü-Opiate) und Nebenwirkungen (opiatinduzierte Übelkeit und Atemregulationsstörung). Weiters sind bei der Dosierung einiger Schmerzmittel Besonderheiten zu beachten:: Grössere

Wirkung und Toxizität von Lokalanaesthetika in der Schwangerschaft (Dosisreduktion); kleineres Körpergewicht der Frau, größerer Fettanteil und kleineres Plasmavolumen („One size does not fit all“); α_1 -Antitrypsin Mangel, besonders in der Schwangerschaft (erhöhte freie Medikamentenfraktion/ Toxizität); Frauen sind „poor metabolizer“ von Paracetamol, ASS, Acetaminophen, Antidepressiva (Kumulation), unter oraler Kontrazeption jedoch „extensive metabolizer (Paracetamol); Frauen nehmen häufiger und mehr Medikamente ein als Männer (Interaktionen; anticholinerge Belastung).

Weibliches Geschlecht ist ein Risikofaktor für Unterbehandlung (akutes Koronarsyndrom, AIDS, metastasierende Krebserkrankung). Dies ist auf Genderbias seitens der Behandler/innen und gendergenormtes Verhalten seitens der Patienten/innen zurückzuführen, aus denen sich auch geschlechtsspezifische kognitive und psychologische Schmerzreaktionen einer Frau (Coping, Catastrophizing), bzw. eines Mannes ergeben.

Insgesamt ist das Schmerzerleben von Frau oder Mann je nach der Phase im Lebenszyklus Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels von geschlechtsspezifischen biologischen Faktoren (genetisch, molekular, zellulär, physiologisch und organbezogen) und psychologischen, sozialen und kulturellen Einflüssen.