



Gender Dentistry und Schmerz

Frau PD Dr. Dr. Christiane Gleissner ist Präsidentin der Gender Dentistry International und Wissenschaftliche Leiterin des Dentista e.V. Sie sagt uns, womit sich Gender Dentistry befasst und welche Ergebnisse es zu Schmerz, Anästhesie und Medikation gibt.

Dentista: Wie kommen Sie in der Gender Dentistry zu Ihren Daten und wie werden diese ausgewertet?

Christiane Gleissner: Häufig werden in der Forschung die geschlechtsspezifischen Faktoren nicht untersucht. Verzerrungen aufgrund einer nicht angemessenen Berücksichtigung der Kategorie Geschlecht (der sog. „Gender Bias“) können in jeder Phase des Forschungsprozesses auftreten. Das beginnt bei der Formulierung der Forschungsfrage und reicht über die Datenanalyse bis hin zu den Schlussfolgerungen und Empfehlungen für den Praktiker. Viel zu oft ist über die Geschlechtszusammensetzung des Untersuchungskollektivs nichts bekannt. Die Ansicht, es sei ausreichend, die Anzahl untersuchter Frauen und Männer zu nennen oder gleich viele Männer und Frauen zu untersuchen, ist leider weit verbreitet. Es gibt kaum ein Bewusstsein für die Notwendigkeit, in der (zahn-)medizinischen Forschung Geschlechteraspekte stärker zu berücksichtigen. Dabei ist unstrittig, dass die Evidenzbasis für Frauen insgesamt geringer ist als für Männer, während medizinische Konzepte zur Prävention eher auf die Bedürfnisse von Frauen ausgerichtet sind. Diese Evidenzdefizite sollten aufgearbeitet werden, denn sie betreffen Männer genauso wie Frauen, und beide Geschlechter profitieren davon.

Ich prüfe deshalb für bestimmte Fragestellungen in den dazu publizierten Originalarbeiten und Reviews, ob das Geschlecht als Einflussfaktor berücksichtigt wurde. Damit dies reproduzierbar und systematisch erfolgt, habe ich gemeinsam mit einer Doktorandin einen Index erarbeitet, der eine quantitative Aussage über die Geschlechtersensibilität der Publikation erlaubt. Damit evaluieren wir in einzelnen Projekten, z. B. bei einer Leitlinienmitarbeit, die vorhandene Literatur und können Aussagen darüber treffen, ob es gesichertes Wissen für beide Geschlechter gibt. Darüberhinaus pflegen wir eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem „Institute of Gender in Medicine“ der Charité. Dort wurde ein spezielles Literaturrecherchetooll entwickelt und es gibt die Datenbank Gendermedizin, ein systematisches Archiv wissenschaftlicher Publikationen zu Geschlechterunterschieden in der Medizin mit mehr als 13 000 Einträgen.

Dentista: Gibt es Unterschiede im Schmerzempfinden zwischen Mann und Frau?

Christiane Gleissner: Ja, solche Unterschiede gibt es. Große populationsbasierte Studien zeigen eine höhere Prävalenz von Schmerzen bei Frauen, und zwar als Einzelsymptom und als Schmerzsyndrom. Frauen weisen fast durchgängig niedrigere Werte bei der Messung der Schmerz- und der Toleranzschwelle für die meisten experimentellen Schmerzreize auf als Männer. Am deutlichsten sind die Unterschiede bei schmerzhaften Druckreizen. Diese hohe Druckempfindlichkeit wird als Erklärung dafür herangezogen, dass eine Reihe von Schmerzsyndromen mit chro-

nischen Muskelschmerzen (Fibromyalgie, temporomandibuläres Schmerzsyndrom, Spannungskopfschmerz) bei Frauen häufiger auftreten. Auch ist bei Frauen die Summation von Schmerzwahrnehmungen stärker ausgeprägt. Dies bedeutet, dass bei kurzfristig wiederholter Reizung im Sekundenbereich die Schmerzwahrnehmung deutlich zunimmt. Dieser Effekt gilt als Risikofaktor für die Schmerzchronifizierung. Frauen haben wohl aus biologischen Gründen ein größeres Risiko für chronische Schmerzen als Männer.

Dentista: Auf welche Mechanismen sind diese Unterschiede zurückzuführen?

Christiane Gleissner: Hier kann man neurobiologische (Geschlechtshormone, endogenes Opioidsystem) und psychosoziale Mechanismen (Geschlechterrolle, Schmerzbewältigung) unterscheiden. Es gibt deutliche Hinweise, dass die Geschlechtshormone die Schmerzverarbeitung beeinflussen. So variiert die Schmerzempfindlichkeit von Frauen, die nicht hormonell verhüten, systematisch mit dem menstruellen Zyklus, mit Spitzen luteal (15.-24. Zyklustag) und prämenstruell (ab dem 25. Tag). Ob dies für die zahnärztliche Praxis klinisch relevant ist, ist unklar. Scheinbar werden Wirkung und Dauer der zahnärztlichen Lokalanästhesie durch den Menstruationszyklus und Kontrazeptiva nicht beeinflusst. Allerdings kann eine Substitutionstherapie mit Östrogen die Schmerzstärke bei Patientinnen mit orofazialen Schmerzsyndrom erhöhen. Zahnärzte sollten dies bei der Behandlung von Frauen berücksichtigen.

Der Einfluss des Östrogens auf die Schmerzintensität wird auf Wechselwirkungen des Hormons mit dem endoge-

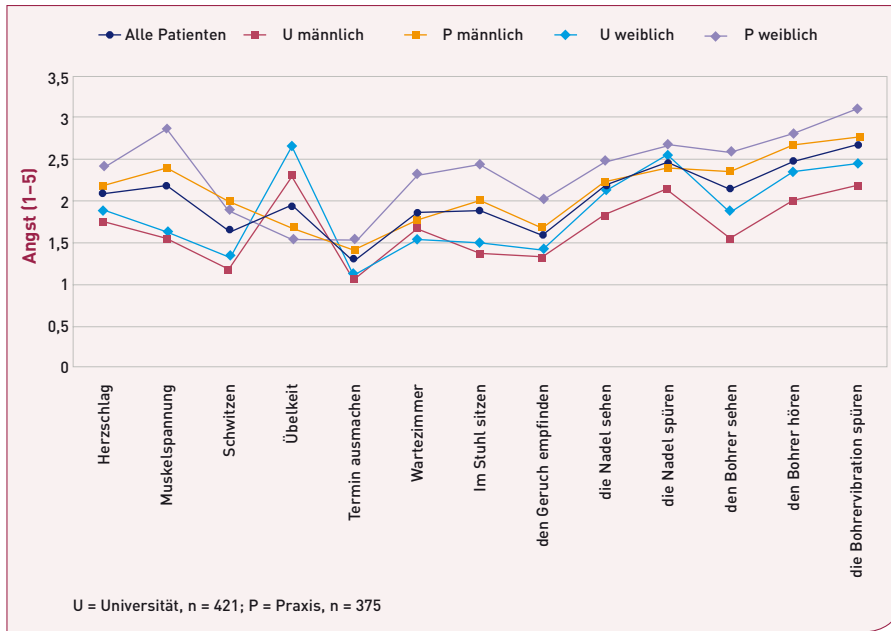


Abb. 1 Vegetative Reaktionen und Angststimuli im Vergleich.

nen Opioidsystem zurückgeführt. So wirken Opiatanalgetika bei Frauen besser als bei Männern.

Angst, Depression und Schmerzbewältigungsstrategien hängen eng mit der Schmerzverarbeitung zusammen. Interessanterweise scheinen Ängste das Schmerzerleben von Männern stärker zu beeinflussen als das von Frauen, während bei Frauen Depression und Frustration eine stärkere Rolle spielen. Von kognitiven Strategien zur Schmerzbewältigung profitieren Männer mehr als Frauen. Die Zuwendung und Besorgtheit der Partnerin verstärkt bei Männern das Schmerzerleben, während die Schmerzen von Frauen durch eine positive Partnerreaktion nicht beeinflusst werden. Gerade zum Einfluss der psychosozialen Faktoren auf die Schmerzwahrnehmung gibt es in der Zahnmedizin bisher kaum Daten; hier sollte die Forschung dringend intensiviert werden.

Mediziner sind heute davon überzeugt, dass eine Optimierung der Schmerzbehandlung in Zukunft nur unter Berücksichtigung des Faktors Geschlecht vorstellbar ist. Wichtig erscheint mir, dass die Prädiktoren für eine erfolgrei-

che Behandlung chronischer Schmerzen geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen: Während Angst bei Männern ein positiver Prädiktor zu sein scheint, ist sie bei Frauen ein negativer. Dies untermauert die Forderung nach geschlechtsspezifischen Aufklärungs- und Behandlungskonzepten bei chronischen Schmerzzuständen in Gesichtsbereich.

Dentista: Gibt es Anästhesieformen, die eher von Männern oder eher von Frauen gewünscht werden?

Christiane Gleissner: Klinische Studien in der Anästhesie zeigen, dass Frauen häufiger eine Vollnarkose wünschen und mehr Angst vor einer Regionalanästhesie haben als Männer. Die Akzeptanz der RA steigt bei beiden Geschlechtern, wenn sie das Verfahren bereits selbst erlebt haben. Ähnliche Beobachtungen gibt es auch in der Zahnmedizin: So zeigte eine kürzlich erschienene Studie, dass Frauen deutlich häufiger während einer zahnärztlichen Behandlung eine Sedierung erhielten als Männer (63 vs. 37 %). Es ist jedoch unklar, inwieweit dies in einem geschlechterrollenkonformen Verhalten begründet ist. Männern

sollte deshalb die Möglichkeit einer Sedierung auch dann angeboten und erläutert werden, wenn sie nicht danach fragen.

Dentista: Wer hat mehr Angst vor der Spritze?

Christiane Gleissner: Kürzlich las ich ein Interview mit Angélique Kerber, dem neuen Stern am deutschen Tennishimmel. Darin bekennt sie unter dem Punkt „Z wie Zahnarzt“: „Ich lasse mir immer eine Betäubungsspritze geben. Schon wenn ich einen Bohrer höre, kralle ich mich am Stuhl fest.“ Damit steht sie nicht alleine. Die zur Erfassung von Zahnarztangst gebräuchlichen Messinstrumente zeigen immer wieder, dass Frauen ein höheres Angstlevel angeben als Männer. Auch hängt der Behandlungsschmerz von der Zahnbehandlungsangst ab. Wir haben bei Patienten aus unseren Studentenkursen und einer Zahnarztpraxis die Angst vor zahnärztlichen Stimuli (Dental Fear Survey) und das Schmerzlevel zahnärztlicher Maßnahmen untersucht. Anblick und Gefühl der Spritze verbanden Frauen mit mehr Angst als Männer, aber auch der Bohrer war stark mit Angst besetzt (Abb. 1). Frauen schrieben zwar Routinemaßnahmen eine höhere Schmerzintensität zu als Männer, dies galt jedoch nicht für invasivere Maßnahmen (Scaling, Wurzelkanalbehandlung, Kronenpräparation).



PD Dr. Dr. Christiane Gleissner
Praxis Gleissner & Kollegen
Bahnstraße 15
61203 Reichelsheim/Wetterau
E-Mail: christianeg@gleissner.de