

potenzial bei Frauen deutlich höher, was zu einer länger anhaltenden Wirkung als bei Männern führe, erläuterte Pfleiderer. Zudem dockten einige Opioide bei Frauen passgenauer an μ -Opioidrezeptoren an, was ebenfalls die Wirksamkeit verstärkte. Frauen benötigen deshalb für einen analgetischen Effekt deutlich geringere Morphindosen als Männer. Die Therapie sollte aber auch nicht unterdosiert erfolgen.

Das Geschlecht der Behandler ist hier ebenfalls relevant: Ärztinnen verordneten Frauen mit starken Schmerzen höhere Opioiddosen als ihre männlichen Kollegen, berichtete Pfleiderer.

Das Wissen über geschlechtsabhängige Unterschiede in der Schmerzmedizin ist derzeit noch nicht weit verbreitet. In einer Umfrage unter mehr als 2.000 Studierenden und wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der medizinischen Fakultäten der Universitäten Münster und Duisburg-Essen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Schmerzmedizin wurden weniger als 30 % der Fragen richtig beantwortet. Die Unterschiede zwischen Lehrenden und Studierenden waren dabei nicht signifikant.

Pfleiderer forderte eine stärkere Beachtung von Geschlechteraspekten in

der Schmerzmedizin sowohl in der medizinischen Lehre als auch in klinischen Studien und Schmerzmodellen, um Ergebnisse zu standardisieren. Wichtig wäre auch, geschlechterspezifische Aspekte im biopsychosozialen Schmerzmodell mehr zu berücksichtigen. Bisher werde das Geschlecht lediglich in der Kategorie „sozial“ aufgeführt, dabei sei es auch in den Kategorien „bio“ und „psycho“ hoch relevant.

Roland Fath

Exzellenzvortrag „Geschlechtersensitive Schmerzmedizin – Neue Chancen?“, 12. März 2024, Deutscher Schmerz- und Palliativtag

Kachexie in der palliativen Situation frühzeitig begegnen

Zeichnet sich bei Palliativpatientinnen und -patienten ein krankhafter Gewichtsverlust ab, sollte frühzeitig gegengesteuert werden. Denn schwere Gewichtsverluste lassen sich auch mit einer hochkalorischen Ernährung nicht mehr kompensieren.

Kachexie bezeichnet die krankhafte Abmagerung auf einen Body-Mass-Index unter 20 oder einen Gewichtsverlust von mehr als 5 % des Körpergewichts [Christ SM, Gassmann C, Blum D. *Swiss Med Forum*. 2021;21:284-9]. „Letzteres entspricht einem Gewichtsverlust um mehr als 3,5 kg bei einem 70 kg schweren Mann – und das ist schnell erreicht. Es wird aber leider oft zu spät erkannt und auch zu spät therapiert“, betonte Norbert Schürmann, Niederrheinisches Zentrum für Palliativmedizin und Schmerztherapie am St. Josef Krankenhaus in Moers.

Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen sind Schürmann zufolge zu 50–80 % von Kachexie betroffen. In 20–30 % der Fälle wird ihr schnelles Fortschreiten als ursächlich für den Tod angesehen. Damit gelte Kachexie als einer der Hauptfaktoren, die zum vorzeitigen Tod der Palliativpatientinnen und -patienten beitragen. Kachexie sei ein komplexes und noch wenig verstandenes Syndrom, dem schnell begegnet werden müsse. „Denn wenn wir erst einmal vom anabolen in den kata-

bolen Stoffwechsel gelangen, können wir es kaum mehr aufhalten“, warnte Schürmann. Die Frage nach einer hochkalorischen und eiweißreichen Ernährung sollte deshalb bei Einsetzen des Gewichtsverlustes frühzeitig gestellt werden.

Im Vordergrund steht immer die Lebensqualität

Bei primärer Kachexie sind Muskelabbau und Funktionsverlust eine direkte Folge der Grunderkrankung. Von sekundärer Kachexie ist die Rede, wenn sie sich infolge von Begleitsymptomen wie Mukositis, Ageusie oder Odynophagie entwickelt. Deshalb sollte zunächst abgeklärt werden, ob die Störung reversibel (z. B. bei entzündeter Mundschleimhaut) oder irreversibel (z. B. bei gastrointestinaler Obstruktion) ist.

Die Therapie sollte dann in Rücksprache mit der Patientin oder dem Patienten erfolgen und auch invasive Verfahren wie eine PEG-Anlage berücksichtigen. Zeichne sich eine präterminale oder terminale Situation ab, sei das Ziel der Ernährungstherapie erneut kritisch zu



Bei Gewichtsverlust zügig mittels hochkalorischer Kost gegensteuern.

hinterfragen. Denn im Vordergrund stehe immer die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Unter den medikamentösen Optionen wirkt hochdosiertes Kortison appetitanregend und leistungssteigernd. Da Kortison in hoher Dosis den Muskelabbau fördert, sollte die Dosis nach einer gewissen Zeit reduziert werden. Antidepressiva und Cannabinoide regen ebenfalls den Appetit an.

Dr. Matthias Herrmann

Symposium „Muskelschmerz in der Palliation“, 13. März 2024, Deutscher Schmerz- und Palliativtag