

Zespół napięcia przedmiesiączkowego

Wojciech Krawczyk, Ewa Rudnicka-Drożak

Samodzielna Pracownia Medycyny Katastrof, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (premenstrual syndrome – PMS) jest grupą uciążliwych objawów natury fizycznej, behawioralnej i psychologicznej pojawiających się u pacjentek regularnie w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego i ustępujących z chwilą pojawienia się miesiączki. PMS pojawia się w okresie dojrzewania i towarzyszy kobiecie do okresu przekwitania. Objawy zespołu najbardziej odczuwalne są w wieku 25-35 lat. Artykuł przedstawia etiologię i kliniczne aspekty PMS. W artykule zostały przedstawione również aktualne zasady terapii.

Natężenie oraz rodzaj odczuwanych objawów podmiotowych mogą różnić się w sposób znaczący u kobiet. Symptomy podmiotowe PMS w sposób istotny zaburzają ich życie osobiste, społeczne i zawodowe. Jednak przy objawach o umiarkowanym nasileniu osoby te są w stanie funkcjonować i reagować na bodźce sytuacyjne. Jest jednak grupa kobiet, u której objawy są tak silnie wyrażone, że uniemożliwiają im one właściwe funkcjonowanie w rodzinie, społeczeństwie i pracy. Ciężka postać zespołu, w której nasilone są objawy, zwłaszcza ze strony psychicznej, nazwana została przedmiesiączkowymi zaburzeniami dysforycznymi (premenstrual dysphoric disorder – PMDD). Na PMDD cierpi 2-6% kobiet w wieku reprodukcyjnym.

Słowa kluczowe

napięcie przedmiesiączkowe, przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne, zaburzenia przedmiesiączkowe

WSTĘP

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (premenstrual syndrome – PMS) jest grupą uciążliwych objawów natury fizycznej, behawioralnej i psychologicznej pojawiających się u pacjentek regularnie w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego i ustępujących z chwilą pojawienia się miesiączki [1-3]. PMS pojawia się w okresie dojrzewania i towarzyszy kobiecie do okresu przekwitania, dotyczy więc kobiet w wieku reprodukcyjnym oraz z cyklami owulacyjnymi. Objawy zespołu najbardziej odczuwalne są w wieku 25-35 lat [3, 4].

Natężenie oraz rodzaj odczuwanych objawów podmiotowych mogą różnić się w sposób znaczący u kobiet. Symptomy podmiotowe PMS w sposób istotny zaburzają ich życie osobiste, społeczne i zawodowe. Jednak przy objawach o umiarkowanym nasileniu osoby te są w stanie funkcjonować i reagować na bodźce sytuacyjne. Jest jednak grupa kobiet, u której objawy są tak silnie wyrażone, że uniemożliwiają im one właściwe funkcjonowanie w rodzinie, społeczeństwie i pracy [5].

Ciężka postać zespołu, w której nasilone są objawy, zwłaszcza ze strony psychicznej, nazwana została przedmiesiączkowymi zaburzeniami dysforycznymi (premenstrual dysphoric disorder – PMDD). Na PMDD cierpi 2-6% kobiet w wieku reprodukcyjnym [2, 3, 6].

ETIOLOGIA

Nie poznano dokładnie przyczyn powodujących PMS/PMDD, natomiast udowodnionym czynnikiem są cykliczne zmiany czynności jajników i związane z tym wahania stężeń żeńskich hormonów płciowych. Niewystępowanie PMS przed okresem dojrzewania, w czasie ciąży oraz po menopauzie potwierdza rolę cyklicznej aktywności jajników. Jednak nie

wszystkie kobiety miesiączkujące z cyklami owulacyjnymi mają objawy PMS. W badaniach Rubinowa i Schmidta potwierdzono, że nie ma istotnych różnic w produkcji hormonów płciowych w czasie cyklu jajnikowego u kobiet z PMS i bez objawów tego zespołu [7]. Dlatego wysunięto hipotezę, że PMS dotyka kobiety predysponowane genetycznie lub w jakiś sposób bardziej podatne na fizjologiczne zmiany stężeń hormonów płciowych [2, 3, 8].

Obecnie przyjmuje się, że objawy PMS związane są z wpływem estradiolu i progesteronu na układy neuroprzekazników centralnego układu nerwowego: serotoniny i kwasu gamma-aminomasłowego (GABA). Kluczową rolę przypisuje się układowi serotonergicznemu. U kobiet, u których występują objawy przedmiesiączkowe, stwierdza się obniżone wartości stężeń serotoniny w krwi obwodowej oraz zmniejszony wychwyty serotoniny przez płytki krwi w fazie lutealnej. Natomiast w fazie folikularnej obserwuje się zwiększenie wrażliwości receptorów serotoninowych [9]. Ponadto potwierdzeniem tej teorii jest skuteczność terapii inhibitorami zwrotnego wychwyty serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitors – SSRI) lub selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwyty serotoniny i noradrenaliny (selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors – SNRI) [10-12]. Metaanaliza wszystkich opublikowanych badań z randomizacją wykazała, że SSRI są skutecznymi lekami w łagodzeniu ciężkich objawów przedmiesiączkowych, zarówno fizycznych jak i psychicznych PMS [13, 14].

Kwas gamma-aminomasłowy (GABA) to główny neurotransmitter o działaniu hamującym w układzie nerwowym. Badania kliniczne stwierdzają zmniejszenie stężenia GABA w surowicy kobiet z PMDD w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego w porównaniu z grupą kontrolną [2, 3, 15].

Dolegliwości związane z PMS mogą nasilać objawy chorób psychicznych. Wystąpienie depresji poporodowej lub depresji okołomenopauzalnej jest wyższe u kobiet cierpiących z powodu PMS [16]. Z drugiej strony około 30% kobiet z objawami PMS/PMDD w przeszłości miało incydenty depresji czy zaburzeń lękowych [17].

Kobiety, które nie rodziły oraz o niskim poczuciu własnej wartości jak również stres życiowy zwiększają ryzyko wystąpienia zaburzeń przedmiesiączkowych.

OBJAWY

Kryteria rozpoznania PMS i PMDD zostały dokładnie ustalone w 2000 roku. Diagnostyka PMS opiera się na kryteriach Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów (ACOG) zawartych w klasyfikacji ICD - 10, natomiast PMDD na klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) zawartych w klasyfikacji DSM - IV.

Wyróżniono prawie 300 symptomów charakterystycznych dla PMS. Do typowych objawów psychicznych należy zmienność nastroju, drażliwość, ospałość, obniżenie nastroju lub poczucie utraty panowania nad sytuacją. Symptomami fizycznymi charakterystycznymi dla PMS są: obrzmienie i tkliwość piersi, wzdęcia, zaburzenia trawienia, bóle głowy o cechach migreny, natomiast objawy behawioralne to zmniejszenie zdolności analizy wzrokowo-przestrzennej i zdolności poznawczych.

PMS rozpoznajemy gdy: 1) jeden lub więcej objawów psychicznych lub fizycznych występuje w okresie od 5 dni przed krwawieniem miesięcznym i ustępuje do 4 dni po wystąpieniu miesiączki; 2) objawy nie pojawiają się w fazie folikularnej cyklu miesięczkowego; 3) objawy występują w średnim lub ciężkim stopniu, co upośledza społeczne i rodzinne funkcjonowanie kobiety oraz powodują znaczny dyskomfort fizyczny i/lub psychiczny, na tyle silny, żeby szukać pomocy u specjalisty; 4) symptomy pojawiają się w większości cykli miesięczkowych i muszą zostać potwierdzone prospektywnie w dzienniczku obserwacji prowadzonym przez minimum dwa miesiące; 5) występujące objawy nie mogą być zaostreniem istniejących zaburzeń psychicznych lub innych chorób [18].

Diagnostując PMS należy wyeliminować inne jednostki chorobowe mogące dawać podobne objawy. W rozpoznaniu różnicowym należy wykluczyć depresję, stany lękowe, zaburzenia osobowości jak również zaburzenia funkcji tarczycy, endometriozę czy choroby z autoagresji [1-3].

PMDD stanowi najcięższą formę zaburzeń przedmiesiączkowych. Jego rozpoznanie wymaga stwierdzenia co najmniej pięciu objawów z jedenastu wymienionych poniżej: 1) znaczne obniżenie nastroju, uczucie beznadziejności oraz braku samoakceptacji; 2) podwyższenie poziomu lęku, zwiększenie napięcia, wzmożona wrażliwość; 3) znaczna niestabilność afektu; 4) utrzymujące się nasilone uczucie gniewu lub zwiększona drażliwość; 5) zmniejszenie zainteresowania codziennymi zajęciami; 6) subiektywne uczucie utrudnionej koncentracji; 7) brak entuzjazmu, łatwe męczenie się; 8) przejadanie się lub napady niepohamowanego głodu; 9) nadmierna senność lub bezsenność; 10) uczucie subiektywnego braku kontroli lub przytłoczenia; 11) objawy fizyczne, takie jak: tkliwość piersi, bóle głowy, mięśni lub stawów, uczucie wzdęcia, przyrost masy ciała.

Powyższe symptomy muszą występować co najmniej tydzień przed wystąpieniem miesiączki i ustępować w ciągu kilku dni po wystąpieniu krwawienia miesięczkowego; zostać udokumentowane za pomocą dzienniczka występowania objawów w co najmniej dwóch kolejnych cyklach miesięczkowych; w znacznym stopniu zaburzać pracę czy naukę; codzienną aktywność lub stosunki międzyludzkie;

nie stanowić pogorszenia innych występujących wcześniej zaburzeń psychicznych (np. depresji) i/lub ogólnoustrojowych. Ponadto rozpoznanie PMDD wymaga stwierdzenia jednego symptomu z czterech pierwszych wymienionych w kryteriach diagnostycznych [1, 2].

LECZENIE

Terapia PMS jest uzależniona od natężenia objawów. Należy zaproponować pacjentce metody jak najmniej inwazyjne, przede wszystkim zmianę stylu życia, która jest pierwszą linią niefarmakologicznego postępowania w PMS. Ograniczenie stosowania używek zawierających kofeinę oraz zredukowanie spożycia soli, które wpływa na zmniejszenie zatrzymywania płynów w organizmie. Zwiększenie podaży produktów zawierających dużo węglowodanów jako źródło tryptofanu, prekursora serotoniny. Zaleca się również regularny wysiłek fizyczny, ćwiczenia relaksacyjne czy odpowiednie planowanie stresujących zadań na pierwszą połowę cyklu miesięcznego [19].

Jeżeli objawy zaburzeń przedmiesiączkowych są na tyle nasilone, że w znacznym stopniu upośledzają funkcjonowanie kobiety w życiu rodzinnym, zawodowym i społecznym, zalecane jest wówczas włączenie leczenia farmakologicznego i suplementacji wielowitaminowej, tj. wapnia, magnezu i witaminy E [20, 21]. Lekami pierwszego rzutu w ciężkiej postaci PMS i PMDD są selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI) oraz selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny i noradrenaliny (SNRI). Redukują one bardzo szybko objawy zarówno psychiczne jak i fizyczne. Efekt leczniczy uzyskuje się po 1-2 dniach od przyjęcia pierwszej dawki [22]. Terapię SSRI lub SNRI można stosować w schemacie ciągłym jak również tylko w fazie lutealnej, przy czym efekty uboczne stosowania są mniejsze przy schemacie 14 dniowym [23-25]. W przypadku stosowania SSRI/SNRI należy ostrzec kobiety o możliwości wystąpienia działań niepożądanych w postaci nudności, bezsenności oraz zmniejszenia libido.

Leki hamujące owulację są lekami drugiego rzutu w terapii PMS i PMDD. Doustne tabletki antykoncepcyjne (DTA) są powszechnie stosowane w leczeniu zaburzeń przedmiesiączkowych, pomimo, że badania nie dowodziły skutecznego działania preparatów DTA zawierających progestagen drugiej generacji (lewonorgestrel lub noretisteron) [26]. Potwierdzono natomiast skuteczność pigułki antykoncepcyjnej zawierającej drospirenon, progestagen o działaniu antymineralokortykosteroidowym i antyandrogennym [27, 28]. Istotne przy stosowaniu DTA wydaje się schemat ciągły lub skrócenie przerwy w przyjmowaniu preparatu z 7 do 4 dni w porównaniu ze schematem 21/7. Powoduje to istotne zmniejszenie objawów PMS [29-31]. Alternatywą dla kobiet nie reagujących na standardowe leczenie, zarezerwowaną wyłącznie dla pacjentek cierpiących na najbardziej nasiloną postać PMS, są analogi GnRH. Powodują one głęboką supresję cyklu jajnikowego i w ten sposób eliminację objawów PMS. Jednak podawanie ich wiąże się z wystąpieniem objawów wypadowych, począwszy od uderzenia gorąca a skończywszy na osteoporozie. Terapia analogami GnRH nie powinna trwać dłużej niż 6 miesięcy. Podając analogi GnRH zaleca się równoczesne stosowanie estrogenów (add-back therapy).

PIŚMIENNICTWO

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV. 4-th ed. American Psychiatric Association, Washington 1994.
- Freeman EW. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definition and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:25-37.
- Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual Syndrome. *Lancet* 2008; 371:1200-1210.
- Denster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social behavioral factors associated with premenstrual syndrome. *Arch Fam Med* 1999;8:122-128.
- Campbell EM, Peterkin A, O'Grady K, et al. Premenstrual symptoms in general practice patients. *J Reprod Med* 1997;42:637-646.
- Johnson SR. The epidemiology and social impact of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1987;30:367-376.
- Rubinow D, Schmidt P. The neuroendocrinology of menstrual cycle mood disorders. *Ann N Y Acad Sci* 1995;771:648-659.
- Halbreich U. The etiology, biology and evolving pathology premenstrual syndromes. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:55-99.
- Rapkin AJ, Edelmuth E, Chang LC, et al. Whole blood serotonin in the premenstrual syndrome. *Obstet Gynecol* 1987;70:533-537.
- Brown J, O'Brien PM, Marjoribanks J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD001396.
- Landen M, Eriksson O, Sundnblad C, et al. Compounds with affinity for serotonergic receptors in the treatment of premenstrual dysphoria: a comparison of buspiron, nefazodone and placebo. *Psychopharmacology* 2001;155:292-298.
- Steinberg S, Annable L, Young S, et al. A placebo-controlled clinic trial L-tryptophan in premenstrual dysphoria. *Biol Psychiatry* 1999;45:313-320.
- Dimmock PW, Wyatt KM, Jones PW, et al. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. *Lancet* 2000;356:1131-1136.
- Steiner M, Romano SJ, Babcock S, et al. The efficacy of fluoxetine in improving physical symptoms associated with premenstrual dysphoric disorder. *BJOG* 2001;108:462-468.
- Halbreich U, Petty F, Yonkers K, et al. Low plasma gamma-aminobutyric acid levels during the late luteal phase of women with premenstrual dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1996;156:718-720.
- Bloch M, Schmidt PJ, Danaceau M, et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2000;157:924-930.
- Mackenzie TB, Wilcox K, Baron H. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in women with premenstrual difficulties. *J Affect Disord* 1986;10:15-19.
- American College of Obstetricians and Gynecologist: Premenstrual Syndrome. ACOG Practice Bulletin No. 15, Apr. 2000.
- Blake F, Salkovskis P, Gath D, et al. Cognitive therapy for premenstrual syndrome. *J Psychosom Res* 1998;45:307-318.
- Usman SB, Indusekhar R, O'Brien PM. Hormonal management of premenstrual syndrome. *Best Practice & Research Clin Obstet Gynaecol* 2008;22:251-260.
- De Souza MC, Walker AF, Robinson PA, et al. A synergistic effects of a daily supplement for one month of 200mg magnesium plus Vit B6 for the relief of anxiety related premenstrual symptoms: a randomized, double blind, crossover study. *J Womens Health Gend Based Med* 2000;9:131-139.
- Freeman EW, Jabara S, Sonheimer SJ, et al. Citalopram in PMS with prior SSRI treatment failure: a preliminary study. *J Wom Health Gend Based Med* 2002;11:459-464.
- Cohen L, Miner C, Brown E, et al. Premenstrual daily fluoxetine for premenstrual dysphoric disorder: a placebo- controlled clinical trial using computerized diaries. *Obstet Gynecol* 2002;100:435-444.
- Halbreich U, Bergeron R, Yonkers KA, et al. Efficacy of intermittent luteal phase sertraline treatment of premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2002;100:1219-1229.
- Pearlstein TB, Halbreich U, Batzar ED, et al. Psychosocial functioning in women with premenstrual dysphoric disorder before and after treatment with sertraline or placebo. *J Clin Psychiatry* 2000;61:101-109.
- Graham CA, Sherwin BB. A prospective treatment study of premenstrual symptoms using a triphasic oral contraceptive. *J Psychosom Res* 1992;36:257-266.
- Freeman EW, Kroll R, Rapkin A, et al. PMS/PMDD Research Group. Evaluation of a unique oral contraceptive in the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *J Wom Health Gend Based Med* 2001;10:561-569.
- Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;2:CD006586.
- Coffee AL, Kuehl TJ, Willis S, et al. Oral contraceptives and premenstrual symptoms: Comparison of a 21/7 and extended regimen. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1311-1319.
- Pearlstein TB, Bachmann G, Zacur H, et al. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* 2005;72:414-421.
- Yonkers KA, Brown C, Pearlstein T. Efficacy of a new low-dose oral contraceptive with drospirenone in premenstrual dysphoric disorder. *Obstet Gynecol* 2005;106:492-501.

Premenstrual syndrome

Abstract

Premenstrual syndrome – PMS is a group of troublesome symptoms of a physical, behavioural and psychological nature, regularly occurring in women during the luteal phase of the menstrual cycle and disappearing when menstruation starts. PMS occurs during the period of puberty and accompanies a woman until menopause. The symptoms are most experienced at the age 25-35 years. The article presents the etiology and clinical aspects of PMS, as well as current principles of therapy. Intensification and type of physical symptoms experienced may vary considerably among women. The physical symptoms of PMS are a significantly disturbed personal, social and occupational life. However, with the symptoms of a moderate intensity, these women are capable of functioning and responding to the situational stimuli. Nevertheless, there is a group of women in whom the symptoms are so strongly manifested that they make an adequate functioning in a family, society and work impossible. A severe form of the syndrome, with intensified symptoms, especially psychological, has been named premenstrual dysphoric disorder – PMDD. From 2-6% of women at reproductive age suffer from PMDD.

Key words

premenstrual tension, premenstrual dysphoric disorder, premenstrual disorders