

## **NOVE MOŽNOSTI ZDRAVLJENJA PREMENSTRUALNEGA SINDROMA (PMS) IN PREMENSTRUALNE DISFORIČNE MOTNJE (PMDD)**

Nadvse zanimivo temo je predstavila dr. Diana L. Dell, docentka na katedri za porodništvo in ginekologijo ter na katedri za psihiatrijo, Duke University Medical Center iz Durhama v Severni Karolini, ki se že 25 let ukvarja z izboljševanjem zdravstvene oskrbe žena.

Klinično sliko PMS-a je prvi opisal nevrolog Robert Frank 1931. leta kot kombinacijo telesnih in čustvenih sprememb, ki se pojavijo pred menstruacijo in jo poimenoval premenstrualna napetost. Predstavil je 14 žensk s ponavljajočimi se simptomi, povezanimi z nastopom mensesa. Menil je, da jih povzroča nizko renalno izločanje estrogena. Prvi je PMDD kot "bolezen devic" opisal Hipokrat: različne kognitivne motnje z blodnjami, manijo in suicidalno ideacijo je pripisal "zadržani menstrualni krvi".

Diagnostični kriteriji DSM-IV za PMDD zahtevajo prisotnost najmanj 5 od 11 simptomov pri večini menstrualnih ciklov v preteklem letu in sicer v zadnjem tednu lutealne faze, ki izzvenijo v nekaj dneh po nastopu folikularne faze ter jih ne najdemo v tednu po menstruaciji:

1. izrazito depresivno razpoloženje, obup, podcenjevanje same sebe
2. izrazita anksioznost, napetost, živčnost, občutek biti na robu
3. izrazita čustvena labilnost (nenadna žalost, jokavost, preobčutljivost)
4. jeza, razdražljivost, pogostejši medosebni konflikti
5. zmanjšan interes za običajne aktivnosti (delo, šolo, prijatelje, hobije)
6. težave s koncentracijo
7. letargija, hitra utrudljivost, izrazito pomanjkanje energije
8. značilne spremembe apetita: prenajedanje ali želja po določeni hrani (pogosto gre za ogljikove hidrate)
9. preveč ali premalo spanja
10. subjektivni občutek uničenosti ali izgube kontrole
11. drugi telesni znaki: preobčutljivost ali boleče otekanje dojk, glavobol, boleči sklepi ali mišice, napetost trebuha in povečanje telesne teže.

Motnja pomembno zmanjša delovno učinkovitost, uspešnost v šoli, poslabša odnose z drugimi in socialne aktivnosti. Nikakor ne sme biti le premenstrualno

poslabšanje neke druge bolezni: depresije, panike, distimije, osebnostne motnje. Znake PMDD lahko predvidevamo in spremljamo v najmanj dveh zaporednih ciklikih. Priporočilo DSM-IV je, da uvrstimo PMDD kot Depresivno epizodo, neopredeljeno F 32.9.

Če primerjamo PMS, PMDD in depresijo ugotovimo tako podobnosti kot razlike: pri PMS se pojavijo znaki le v lutealni fazi, ne prevladujejo spremembe razpoloženja in neučinkovitost v vsakdanjem življenju. Za PMS trpi po različnih podatkih od 30 – 50 % žena v fertilem obdobju. Tako pri PMDD kot pri depresiji so moteče spremembe razpoloženja in učinkovitosti, vendar se PMDD pojavlja le pri 3 – 5 % žensk z menstruacijo (v lutealni fazi); depresija ni vezana na menstrualni cikel, oboli pa 5 – 9 % žensk in 2 – 3 % moških. Pri PMS in PMDD pomagajo SSRI-ji, ne pa tudi drugi antidepresivi. Izključitev ovulacije (BCP, nosečnost, supresija ovarijev) odpravi simptome, vendar se ti po ukinitvi terapije povrnejo.

Biokemične ali endokrine spremembe ne pojasnijo mehanizma nastanka PMS in PMDD. Morebiti bi lahko igrala določeno vlogo neuravnoteženost hipotalamično-hipofizno-adrenalne osi. Verjetnejša je različica čustvene motnje v "ranljivem času" pri biološko ranljivih ženskah ali interakcije med neurotransmiterji ter neuropeptidi in neurosteroidi.

Diferencialno diagnostično pridejo v poštev psihiatrična obolenja (depresija, distimija, generalizirana anksioznost, panična motnja, bipolarna motnja in osebnostna motenost), somatska (anemija, avtoimune bolezni, hipotiroidizem, diabetes, konvulzivne motnje, endometrioza, kronična utrujenost, perimenopavza). Lahko gre seveda za premenstrualno poslabšanje psihiatričnega, konvulzivnega, malignega obolenja, sistemeskega lupusa erythematosusa, anemije in endometrioze. Upoštevati moramo tudi psihosocialne dejavnike: pretekla spolna zloraba, nasilje v družini, zloraba drog ali alkohola.

Kaj pravzaprav to pomeni za "prizadeto" žensko? Motnja traja tri do štirinajst dni in preprost račun pokaže, da znese to pri ženski, ki ima težave od svojega 26. leta več kot 200 simptomatskih ciklusov ali 1400 do 2800 simptomatskih dni. Znaki pomembno vplivajo na socialno, delovno in učno uspešnost, pri čemer je najbolj moteno socialno funkcioniranje. Po svojem vplivu na družino in družbene aktivnostjo se PMDD povsem lahko primerja z depresijo.

Simptomi PMDD so nedvoumno povezani z zmanjšano aktivnostjo serotonina, ki se kaže z depresijo, razdražljivostjo, manjšo samozavestjo, anksioznostjo, agresivnostjo, jezavostjo, slabšo kontrolo impulzov, znižanim pragom za bole-

čino, motnjami spanja in koncentracije ter spremembo apetita. To so potrdile tudi izkušnje, saj so dosegli najboljše uspehe z uporabo SSRI-jev, kar je še posebej pomembno za tiste ženske, ki jim hormonski preparati niso pomagali. V predstavljenih študijah primerjajo med seboj vsa znana zdravila iz te skupine in poročajo o učinkovitosti najpogosteje uporabljenega – fluoksetina. V dvojno slepe študije, ki so zajele 2 – 6 ciklusov, je bilo vključenih 565 žensk, v odprte, ki so trajale od 2 – 20 ciklusov, pa 169 žensk. Prav vse so dokazale nesporno učinkovitost zdravila že v dozi 20 mg dnevno. Morda velja omeniti, da so bili rezultati ob višjih dozah enaki. Dodatno prednost pomeni možnost intermitentnega jemanja fluoksetina. Doslej niso odkrili interakcij med fluoksetinom in oralnimi kontraceptivi, niti med kliničnim preizkušanjem, nadaljnim spremljanjem, niti v literaturi.

Verjetno tudi pri nas drži ugotovitev, da je PMDD slabo prepoznana in zato tudi neustrezno zdravljena motnja. Dodala bi le še svoje skromne izkušnje s sedmimi ženskami, od katerih je le ena – zaradi stranskih učinkov – opustila fluoksetin. Ostale ga jemljejo (20 mg, intermitentno) z odličnim učinkom.

Anamarija Ziherl, dr. med.  
spec. psihiatrije  
psihiater zasebnik  
1241 Kamnik