

Bölüm 20

Premenstrüel Sendrom

Dr. Nahit ATA

Premenstrüel sendrom(PMS), menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkan siklik olarak tekrarlayan ve adetle beraber şikayetlerde düzelme gösteren ve sonrasında foliküler fazda semptomsuz bir dönemin bulunduğu kadının yaşamını, sosyal ilişkilerini, normal aktivitesini bozabilecek düzeye kadar ulaşabilen, davranış değişikliklerine neden olabilecek psikolojik ve fiziksel semptomların eşlik ettiği bir rahatsızlık olarak tarif edilmiştir. Yıllarca premenstrüel devrede birçok kadın mizaç ve davranış değişiklikleri tariflemiş olsa da ilk defa 1931 yılında R.T. Frank tarafından premenstrüel tension adı tanımlanmıştır. Bu tanımlamada mensturasyondan önceki 7-10 günde belirgin gerilim hissi, yorgunluk, irritabilite gibi şikayetlerin mensturasyonun başlamasından sonra 1-2 saat içerisinde hafiflediği belirtilmiştir(1).(Frank,1931)

PMS'de 100'den fazla semptom olup en sık karşılaşılanlar; karın şişkinliği, anksiyete, memelerde gerginlik, değişken ruh hali, depresyon, yorgunluk, irritabilite, iştah değişiklikleri ve çeşitli derecede ekstremitelerde ödemdir

PMS; ırk, sosyoekonomik düzey, meslek gurubu ayırt etmeksizin yaşla beraber artan oranda bayanların etkilemektedir.

Düzenli adet gören bayanların %80-90'ında premenstrüel dönemde, rahatsız etmeyecek düzeyde bir veya birkaç semptom olabilir ve buna **premenstrüel molimina** denir(2) (Dickerson,2003). Premenstrüel sendrom, esas olarak bayanların %20-30'unda sosyal ve çalışma hayatını etkiler.(3) (Deuster,1999)

Fakat; bayanların %3-5'inde ise öfke, sinirlilik, içsel gerginlik gibi duygusal semptomlar oldukça belirgin olup, kadının hayat kalitesini bozup psikiyatrik bir hastalığı taklit edebilecek kadar ağır seyrebilen bu ağır PMS'ye Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından **premenstrüel disfori** denilmiştir(2)(Dickerson,2003). **Premenstrüel alevlenme** ise altta yatan psikiyatrik hastalığın premenstrüel şiddetinin artmasıdır. Ayrımı şikayetlerin sadece premenstrüel dönemde değil de tüm siklusda gözlenmesiyle yapılır(4)(Panay, 2011).

ETİYOLOJİ

PMS normal fizyolojinin abartılı bir şekilde ortaya çıkması olup fiziksel ve psikolojik komponentleri içermektedir. PMS üzerinde birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen net bir neden bulunamamıştır. Bununla beraber birçok teori üzerinde durulmuştur.

Patofizyoloji:

Steroid Hormon Dengesizliği

Gerçek hormonal tetiklemenin ne olduğu bilinmemekle birlikte düzenli ovuluar siklusların PMS etyolojisinde rol oynadığı bilinmektedir. Anovuluar sikluslar, ovulasyonun baskılanması ve bilateral oofektomi PMS semptomlarının kaybolmasına yol açar. Östrojenin ve progesteronun fazla veya az olmasına bağlı olabileceği savunulmasına rağmen çalışmalarda net birşey gösterilememiştir. Güncel iki teori vardır. Birincisi bazı kadınlar progesteron

Kaynaklar

1. Frank RT: The hormonal causes of premenstrual tension, *Arch Neurol Psychiatry*, 26:1072, 1931.
2. Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH: Premenstrual syndrome, *American Family Physician*, 67(8): 43-52, 2003.
3. Deuster PA, Adera T, South-Paul J: Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome, *Arch Fam Med*, 8:122, 1999.
4. Panay, N: Management of premenstrual syndrome: evidence-based guidelines. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*. 21(8), 221-228, 2011.
5. Yonkers K. A, O'Brien PM, Eriksson E: Premenstrual syndrome, *Lancet*, 371:1200–1210, 2008.
6. Chuong CJ, Bartholomew P, William EG: Periovulatory b- endorphin levels in premenstruel syndrome, *Obstetrics and Gynecology*, 83: 759, 1994.a
7. Chuong CJ, Bartholomew P: Effect of naloxone on luteinizing hormone secretion in premenstrual syndrome. *Obstetrics and Gynecology*, 61(6): 1039-44, 1994.b
8. Wood SH, Mortola JF, Chan YF, Moossazadeh F, Yen SS: Treatment of premenstrual syndrome with fluoxetine: a double-blind, placebo-controlled, crossover study, *Obstet Gynecol*, 80(3): 339-44, 1992
9. Moline ML, Zendell SM: Evaluating and managing premenstrual syndrome. *Medscape Womens Health*, 5: 1-16 2000.
10. Tollan A, Qian P, Fadnes HO, Maltau JM: Evidence for altered transcapillary fluid balance in women with the premenstrual syndrome, *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavia*, 72 :238-42, 1993.
11. Posacı C, Erten O, Uren A, Acar B: Plasma copper, zinc and magnesium levels in patients with premenstrual tension syndrome, *Acta Obstet Gynecol Scand*. 73(6): 452-5 1994.
12. O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, Dennerstein L, Endicott J, Epperson CN, et al: Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPMO Montreal consensus, *Arch Womens Ment Health* 14: 13–21, 2011.
13. Taylor D: Perimenstruel syndrom ve syndromes: guidelines for symptom management and self care, *Obstetrics & Gynecology*, 5(5): 229-241, 2005.
14. Kelderhouse K, Taylor JS: A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder, *Nurs Womens Health*, 17(4): 294-305, 2013.
15. Giannini AJ, Sullivan B, Sarachene J, Loiselle RH: Clonidine in the treatment of premenstrual syndrome: a subgroup study. *J Clin Psychiatry*. 49(2):62-3, 1988
16. Usman SB, Indusekhar R, O'Brien S: Hormonal management of premenstrual syndrome, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 22(2): 251-260, 2008.
17. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BW: Progesterone for premenstrual syndrome, *Cochrane Database of Systematic*, 14(3), 2012.
18. Mezrow G, Shoupe D, Spicer D, Lobo R, Leung B, Pike M: Depot leuprolide acetate with estrogen and progestin add-back for long-term treatment of premenstrual syndrome, *Fertil Steril*, 62(5): 932-7, 1994.