

PREMENSTRUAL SENDROM ve PREMENSTRUAL DİSFORİK BOZUKLUK

Sabri ÇOLAK¹

TANIM

Premenstrual sendrom (PMS) ve daha şiddetli varyantı olan Premenstruel disforik bozukluk (PMDD), geç luteal fazın disforik bozukluğu olarak da adlandırılan, siklusun ikinci yarısında ve adet ilk birkaç gününde tekrarlayan fiziksel ve/veya davranışsal semptomların varlığı ile karakterize edilen bir sendromdur.

PMS veya PMDD semptomlarının ciddiyeti, kadının hayatının bazı yönlerinde (örneğin, aile veya diğer sosyal ilişkiler, vb.) müdahaleye ve kısıtlılığa yol açar. En yaygın fiziksel semptom abdominal distansiyondur (1,2). Göğüslerde hassasiyet ve baş ağrıları da yaygın olarak izlenmektedir. Duygusal semptomlar, fiziksel semptomlardan daha fazla görülmektedir (3).

EPİDEMİYOLOJİ

DSM-5 tarafından tanımlanan premenstruel disforik bozukluk (PMDD), duygu-durum dalgalanmaları, sinirlilik ve / veya depresyon gibi bir duygusal semptom dahil olmak üzere en az beş semptomun varlığı ile (PMS) ayırt edilebilir (4).

Bir veya birkaç adet premenstruel semptomun olması sık görülmekte, klinik olarak anlam- lı PMS, kadınların yalnızca yüzde 3 ile 8' inde

meydana gelir (1,5), PMDD ise kadınların yaklaşık yüzde 2'sini etkiler.

PMS ve PMDD' nin popülasyondaki prevalansı, tanı kriterlerinin uygulanmaması nedeniyle olduğundan fazla tahmin edilmiştir. Herhangi bir premenstruel ruh hali veya fiziksel semptomu olan kadınların dahil edilmesiyle PMS prevalansı yüzde 80 gibi yüksek oranlara çıkmaktadır (6).

RİSK FAKTÖRLERİ

Premenstruel sendrom (PMS) ve premenstruel disforik bozukluğa (PMDD) yatkınlıkta genetik faktörlerin rolünün önemli olduğu düşünülmektedir. PMDD gelişimi için diğer olası risk faktörleri arasında daha düşük eğitim ve sigara içimi (7), travmatik olaylar veya anksiyete bozukluğu öyküsü ve daha yüksek "günlük güçlük skorları" (8) bulunsa da bunlar bir dizi duygu-durum ve anksiyete bozukluklarıdır.

PATOGENEZİS

Premenstrual sendromun kadınlarda luteal faz sırasında gonadal steroidlerdeki değişikliklerle tetiklenen bir bozukluk olduğunu göstermektedir. Bunun ovarian steroidlerindeki döngüsel değişiklikler ile santral nörotransmitterlerin

¹ Dr. Öğr Üyesi Sabri ÇOLAK, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü
sabri.colak@erdogan.edu.tr



BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ NOKTALAR

1. PMS'nin patofizyolojisinde en çok rol oynayan nörotransmitter, serotoninidir.
2. PMS'u siklusun luteal fazında meydana gelen ve işlevsellikte bozulmaya yol açan en az bir semptomun psikolojik ve davranışsal özellik taşımasıdır.
3. PMS semptomlarının adet ile beraber veya adetten kısa bir süre sonra gerilemesi önemli bir özelliğidir.
4. PMDD'de en az bir "Duygusal Semptom" mutlaka bulunmalıdır.
5. Ayırıcı tanıda; özellikle menopozal döneme geçiş; tiroid hastalıkları ve majör depresif bozukluk, minör depresif bozukluk veya distimik bozukluk hastalıklar değerlendirilmelidir.
6. Tedavide hastanın kontrasepsiyon istemine göre SSRI veya KOK ilk basamak tedavi seçeneği olarak belirlenir.

KAYNAKLAR

1. Deuster PA, Adera T, South-Paul J. Biological, social, and behavioral factors associated with premenstrual syndrome. Arch Fam Med 1999; 8: 122.
2. Hartlage SA, Freels S, Gotman N, Yonkers K. Criteria for premenstrual dysphoric disorder: secondary analyses of relevant data sets. Arch Gen Psychiatry 2012; 69:300.
3. Schmalenberger KM, Eisenlohr-Moul TA, Surana P, et al. Predictors of premenstrual impairment among women undergoing prospective assessment for premenstrual dysphoric disorder: a cycle-level analysis. Psychol Med 2017; 47:1585.
4. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, et al. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. Am J Psychiatry 2012; 169:465.
5. Borenstein J, Chiou CF, Dean B, et al. Estimating direct and indirect costs of premenstrual syndrome. J Occup Environ Med 2005; 47:26.
6. Budeiri DJ, Li Wan Po A, Dornan JC. Clinical trials of treatments of premenstrual syndrome: entry criteria and scales for measuring treatment outcomes. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101:689.
7. Cohen LS, Soares CN, Otto MW, et al. Prevalence and predictors of premenstrual dysphoric disorder (PMDD) in older premenopausal women. The Harvard Study of Moods and Cycles. J Affect Disord 2002; 70:125.
8. Perkonig A, Yonkers KA, Pfister H, et al. Risk factors for premenstrual dysphoric disorder in a community sample of young women: the role of traumatic events and posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65:1314.
9. Wardlaw SL, Thoron L, Frantz AG. Effects of sex steroids on brain beta-endorphin. Brain Res 1982; 245:327.
10. Majewska MD, Harrison NL, Schwartz RD, et al. Steroid hormone metabolites are barbiturate-like modulators of the GABA receptor. Science 1986; 232:1004.
11. Bethea CL. Regulation of progesterone receptors in raphe neurons of steroid-treated monkeys. Neuroendocrinology 1994; 60:50.
12. O'Brien PM, Bäckström T, Brown C, et al. Towards a consensus on diagnostic criteria, measurement and trial design of the premenstrual disorders: the ISPM Montreal consensus. Arch Womens Ment Health 2011; 14:13.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington 2013
14. Hay AG, Bancroft J, Johnstone EC. Affective symptoms in women attending a menopause clinic. Br J Psychiatry 1994; 164:513.
15. Aganoff JA, Boyle GJ. Aerobic exercise, mood states and menstrual cycle symptoms. J Psychosom Res 1994; 38:183.
16. Eriksson E, Ekman A, Sinclair S, et al. Escitalopram administered in the luteal phase exerts a marked and dose-dependent effect in premenstrual dysphoric disorder. J Clin Psychopharmacol 2008; 28:195.
17. Pearlstein TB, Bachmann GA, Zacur HA, Yonkers KA. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. Contraception 2005; 72:414
18. Cronje WH, Vashisht A, Studd JW. Hysterectomy and bilateral oophorectomy for severe premenstrual syndrome. Hum Reprod 2004; 19:2152.