

Ein typisches gynäkologisch-psychomatisches Problem:

Das prämenstruelle Syndrom

Es handelt sich beim prämenstruellen Syndrom (PMS) und der schweren Form prämenstruelle Dysphorie (premenstruell dysphoric disorder, PMDD) um ein typisches gynäkologisch-psychosomatisches Problem. Die Lebensqualität der betroffenen Frauen ist teilweise beträchtlich beeinträchtigt – Beruf, Familie, Partner, soziales Umfeld und vor allem die Frau leiden unter den Symptomen der zweiten Zyklushälfte.



Dr. med. Barbara Bass
Zürich

Le syndrome prémenstruel (PMS) et la forme grave du trouble dysphorique prémenstruel (trouble dysphorique prémenstruel, PMDD) sont un problème gynécologique typique psychosomatique. La qualité de vie des femmes touchées est partiellement affectée considérablement - travail, famille, partenaires, l'environnement social et surtout la femme souffrent des symptômes de la deuxième moitié du cycle

Bei 20–30% aller Frauen tritt ein prämenstruelles Syndrom (PMS) zwischen Menarche und Menopause auf, 3–8% der Frauen leiden unter einer prämenstruellen Dysphorie (PMDD). Die meisten Frauen leiden dabei unter mehreren Symptomen, häufig eine Mischung von somatischen und psychischen Symptomen. Über 150 Symptome wurden mit dem PMS in Zusammenhang gebracht, 22 Symptome sind in einer Studie bestätigt worden (Tab. 1). Die häufigsten somatischen Symptome sind abdominale Blähungen und Erschöpfung, welche von 90% aller Frauen mit PMS beschrieben werden, über 50% leiden unter Brustspannen und Kopfschmerzen.

Bei den psychischen Symptomen werden in über 80% Reizbarkeit angegeben, häufig (70%) kommen Stimmungsschwankungen, Angespanntheit, depressive Stimmungen und verändertes Essverhalten vor, bei über 50% zudem Vergesslichkeit und Konzentrationschwierigkeiten.

Die richtige Diagnose

Vor Therapiebeginn muss die Diagnose gesichert werden. Die Diagnose wird klinisch gestellt, sinnvoll ist die Anwendung eines Kriterienkatalogs wie derjenige der University of California San Diego UCSD (Tab. 2).

Es gibt keine laborchemische oder bildgebende Verfahren, die bei der Diagnosestellung weiterhelfen (vgl. auch den folgenden Abschnitt zu den Ursachen). Sehr hilfreich für die Diagnostik ist das Führen eines Symptomtagebuchs zusammen mit dem Zykluskalender.

Entscheidend sind folgende Kriterien:

- ▶ die Symptome müssen charakteristisch sein für das PMS
- ▶ die Symptome müssen in der 2. Zyklushälfte auftreten
- ▶ die Frau muss unter einem Leidensdruck stehen
- ▶ Ausschluss anderer Ursachen, hormoneller, medikamentöser oder psychischer Art.

Die weit seltenere PMDD muss noch weitere Diagnosekriterien erfüllen: So müssen mindestens fünf der folgenden Symptome eine Woche prämenstruell auftreten und die Frau muss einige Tage nach Beginn der Menstruation diesbezüglich beschwerdefrei sein.

Mindestens eines der fünf Symptome muss unter den ersten vier der folgenden Liste auftreten:

- ▶ Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Selbstentwertung
- ▶ Anspannung, Ängstlichkeit, sich am Rande fühlen
- ▶ Ausgeprägte Stimmungsschwankungen, durchsetzt mit häufiger Weinerlichkeit
- ▶ Andauernde Irritabilität, Ärger und gehäufte zwischenmenschliche Konflikte
- ▶ Vermindertes Interesse an üblichen Aktivitäten, eventuell verbunden mit sozialem Rückzug
- ▶ Konzentrationsschwierigkeiten
- ▶ Erschöpfung, Lethargie, Energielosigkeit
- ▶ Ausgeprägte Appetitveränderungen, welche mit „binge eating“ oder Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln assoziiert sein können
- ▶ Hypersomnia oder Schlaflosigkeit
- ▶ Subjektives Gefühl der Überforderung oder des Kontrollverlustes

- Weitere somatische Symptome wie Brustspannen oder -schwellung, Kopfschmerzen, Gelenk- oder Muskelschmerzen, Gefühl des Aufgedunsenseins, Gewichtszunahme.

Wie entsteht PMS?

PMS entsteht wahrscheinlich aus einer Interaktion der zyklischen Hormonschwankungen mit zentralwirksamen Neurotransmittern. Hier spielt Serotonin die Hauptrolle, wobei auch Beta-Endorphine, GABA und das autonome Nervensystem mitbeteiligt sind.

Die Oestrogen- und Progesteronwerte zeigen keine Unterschiede zwischen Frauen mit PMS und nicht betroffenen Frauen. Vermutlich reagieren jedoch Frauen mit PMS anders auf die normalen Hormonschwankungen. Darauf weist auch eine grosse genetische Komponente hin: PMS ist familiär stark gehäuft. Frauen mit PMS weisen in der zweiten Zyklushälfte tiefere Serotoninwerte im Blut auf.

Und trotz entsprechender Diskussionen gibt es keine „PMS-Persönlichkeit“ und auch der Einfluss von Stress auf das PMS ist nicht erwiesen. Es ist wahrscheinlicher, dass ein PMS Stress verursacht, als dass Stress die Ursache für das PMS ist.

Aktuelle Therapieoptionen

Die therapeutischen Möglichkeiten leiten sich aus der Pathogenese ab. Bei der Auswahl einer Therapie ist essenziell, die Gesamtsituation der betroffenen Frau zu berücksichtigen. Ist beispielsweise eine sichere Antikonception gewünscht? Welche Symptome stehen im Vordergrund – sind es eher die körperlichen oder eher die psychischen Symptome, unter denen die Frau besonders leidet? Womit hat die Frau bereits selbst gute oder schlechte Erfahrungen gemacht?

Als ein erster Schritt können körperliche Aktivität und Entspannungstechniken helfen, die Symptome zu reduzieren. Die Freisetzung der körpereigenen Endorphine und eine Erhöhung des Serotoninspiegels wirken sich positiv auf das PMS aus.

Zu den nicht hormonellen, in kontrolliert randomisierten Studien dokumentierten medikamentösen Behandlungen gehört die Phytotherapie mit Mönchspfeffer-Extrakten (*Vitex agnus castus*). 20–40 mg/Tag während drei Monaten kontinuierlich kann eine deutliche Reduktion der körperlichen Symptome, insbesondere Mastodynie, Kopfschmerzen und Ödeme bewirken. Die Wirkung liegt vermutlich in der Antagonisierung von Prolaktin. Bei Ansprechen auf die Behandlung kann diese sequentiell oder kontinuierlich weiter geführt werden.

Weitere wirksame nicht hormonelle Therapien sind Spironolacton (25–200 mg/Tag, meist 100 mg/Tag ab dem 12. Zyklustag bis zur Menstruation; reduziert vor allem die Ödeme) und Kalziumcarbonat (1200 mg/Tag; lindert vor allem Blähungen und Krämpfe).

Als unwirksam haben sich Vitamin B6, andere Vitamine oder Magnesium erwiesen.

Wenn eine Antikonception gewünscht wird, wirken sich kombinierte Ovulationshemmer positiv aus, insbesondere wenn sie Drospirenon enthalten und ein 24/4 statt eines 21/7-Dosierungsschema aufweisen.

Ungünstig sind reine Gestagene, sie verstärken das PMS unter Umständen

Die hormonell wirksamste Therapie sind GnRH-Analoga. Da dadurch eine chemische Menopause eintritt, ist sie schweren Fällen von PMS vorbehalten. Um die unerwünschten Wirkungen der Me-

TAB. 1 Häufigkeit der PMS-Symptome	
Symptom	Häufigkeit (% Zyklen)
Fatigue	92
Reizbarkeit	91
Blähungen	90
Ängstlichkeit/Nervosität	89
Druckempfindlichkeit der Brust	85
Stimmungsschwankungen	81
Depression	80
Esssucht	78
Akne	71
Vermehrter Appetit	70
Überempfindlichkeit	69
Gewichtszunahme	67
Wutausbrüche	67
Weinerlichkeit	65
Isolationsgefühl	65
Kopfschmerzen	60
Vergesslichkeit	56
Gastrointestinale Beschwerden	4
Konzentrationsschwäche	47
Hitzewallungen	18
Herzklopfen	14
Schwindel	14

Mortola JF, Gorton L, Beck L, Yen SSC. Diagnosis of premenstrual syndrome by a single prospective reliable instrument. *Obstet Gynecol* 1990; 76:302

nopause inklusive Abnahme der Knochendichte zu verhindern, sollte ein niedrig dosiertes kontinuierliches Oestrogen- und Progesteron-Präparat im Sinne eines „add back“ appliziert werden.

Wenn psychische Symptome im Vordergrund stehen, haben sich selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) als besonders wirksam erwiesen. Fluoxetin (20–40 mg tgl.), Sertralin (50–150 mg tgl.), Paroxetin (20–30 mg tgl.) und Citalopram (20–30 mg tgl.) wurden mit Erfolg untersucht. Die Wirksamkeit ist auch bei PMDD sehr gut. Die SSRI können kontinuierlich oder nur in der 2. Zyklushälfte eingenommen werden, die Wirkung tritt ohne Latenzzeit ein.

Bei ausgeprägter Angstsymptomatik kann Alprazolam (0.25 mg, 3–4 x tgl.) eingenommen werden. Wegen der Abhängigkeitsgefahr wird es jedoch erst als Zweitlinienmedikament empfohlen.

Bei schwersten Fällen und Versagen aller Therapien und bei Frauen mit abgeschlossener Familienplanung kann noch die operative Therapie mit Hysterektomie und Adnexektomie beidseits erwogen werden. Die Frau wird dadurch in die Menopause versetzt.

TAB. 2 UCSD- Kriterien des PMS

1. Vorliegen (selbst berichtet) mindestens eines der folgenden somatischen und affektiven Symptome während 5 Tagen vor der Menstruation in jedem der 3 Menstruationszyklen:

Affektiv

- ▶ Depression
- ▶ Wutausbrüche
- ▶ Reizbarkeit
- ▶ Verwirrtheit
- ▶ Sozialer Rückzug
- ▶ Fatigue

Somatisch

- ▶ Druckempfindlichkeit der Brust
- ▶ Abdominale Blähungen
- ▶ Kopfschmerzen
- ▶ Geschwollene Extremitäten

2. Verschwinden der obgenannten Symptome innerhalb von 4 Tagen nach Beginn der Menstruation ohne Wiederauftreten bis mindestens zum 12. Zyklustag

3. Symptome treten auf in Abwesenheit von pharmakologischer Therapie, Hormonaufnahme, Drogen- oder Alkoholkonsum

4. Erkennbare Störung sozialen oder beruflichen Verhaltens durch eines der folgenden Kriterien:

- ▶ Ehe-/Beziehungskonflikt bestätigt durch den jeweiligen Partner
- ▶ Probleme bei der Kindererziehung
- ▶ Unzureichende Arbeits-/Schulleistung, - anwesenheit, Zuspätkommen
- ▶ Vermehrte soziale Isolation
- ▶ Gesetzeskonflikte
- ▶ Suizidgedanken
- ▶ Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung somatischer Symptome

Vor Indikation des Eingriffs muss unbedingt sicher gestellt werden, dass:

- ▶ die Diagnose eines PMDD bestätigt wurde.
- ▶ die Frau auf die Therapie mit GnRH-Agonisten positiv reagiert hat.
- ▶ die Frau eine Hormonersatztherapie toleriert.

- ▶ die Familienplanung abgeschlossen ist.
- ▶ die natürliche Menopause mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht unmittelbar bevor steht.

Dr. med. Barbara Bass

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe FMH
 Psychosoziale und psychosomatische Medizin APPM
 Leitende Ärztin Psychosomatik, Frauenklinik, Stadtspital Triemli,
 Birmensdorferstr. 501, 8063 Zürich
 barbara.bass@triemli.stzh.ch

Literatur:

1. Casper R F, Yonkers K A: Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. UpToDate 2010.
2. Casper R F, Yonkers K A: Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. UpToDate 2010.
3. Casper R F, Yonkers K A: Treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. UpToDate 2010.
4. Schellenberg R: Treatment for the premenstrual syndrome with agnus castus fruit extract: prospective, randomised, placebo controlled study. BMJ 322: 134-137. 2001
5. Mönchspfeffer für ein Frauenleiden. Medical Tribune 51-52/09.

Take-Home Message

- ◆ Frauen in der Reproduktionsphase leiden häufig an einem PMS oder PMD.
- ◆ Die Abgrenzung vor allem gegenüber anderen psychischen Erkrankungen ist durch eine sorgfältige Diagnostik möglich.
- ◆ Hormonelle und nicht-hormonelle Therapiemöglichkeiten sind individuell auszuwählen, schon Lifestyle-Änderung kann helfen.
- ◆ Als Ultima Ratio ist das vorzeitige Einleiten der Menopause zu bedenken.