

Premenstruell tensjon (PMS)

Kari Anne Trosterud

Randi Aarøy Lundgren

Unni Larsen

## Anbefalinger

### Anbefales

SSRI (selektiv serotonin-reopptakshemmere) er best dokumentert, god effekt også på somatiske symptomer; det er effekt når det er gitt syklisk med oppstart 10 dager før forventet mens, men også effekt ved kontinuerlig regime. For eksempel *fluoksetin* (Fluoxetin®) 10 mg<sup>1,3,6,7,8,9</sup>.

### Foreslår

- P-piller, eller langsyklus regime med p-piller<sup>2,5,7</sup>.
- Små studier viser effekt av hormonspiral<sup>4,5</sup>
- GnRh-agonister, god effekt (<75 %) kan ikke brukes alene over tid(I). «Add-back» med østrogen i lave doser og syklisk gestagen opphever delvis effekten<sup>5,7</sup>
- Lavdose GnRh-agonist, 100µg intranasalt daglig har effekt bortsett fra mastalgi 5,7
- *Spirolakton* (Aldactone®, Spirix®) 100 mg fra 14. dag i menstruasjonssyklus og fram til menstruasjon har god effekt på oppblåsthet og mastalgi, også de affektive plagene<sup>1,5,7</sup>
- Magnesium har effekt på væskeretensjon<sup>5,7</sup>
- Vitamin B6 (Pyridoksin) har mulig effekt i metanalyser. Effekt ikke doseavhengig, tilstrekkelig med 50-100 mg daglig. (Større doser kan gi alvorlig bivirkninger over tid)<sup>5,7</sup>
- Vitamin E mulig effekt<sup>5,7</sup>

### Foreslår ikke

- Diuretika har ingen dokumentert effekt
- Progesteron eller progesteronkrem, har ingen dokumentert effekt<sup>4</sup>
- Natlysolje (engelsk *Primerose oil*), inkonsistente resultater. Metanalyser har ikke dokumentert effekt bortsett fra syklisk mastalgi<sup>5</sup>
- Østrogentilskudd 100 µg plaster to ganger ukentlig og syklisk gestagentilskudd fra 17.-26.dag (I). (Bivirkninger av gestagentilskuddet, relativt kostbart)<sup>5</sup>
- Ekstirpasjon av uterus og begge adnex + HRT inklusive testosteron. Det presiseres at det på forhånd bør prøve GnRH-agonist med add-back<sup>5</sup>
- Plaster og hormonspiral i kombinasjon, ikke dokumentert. Sekvensplaster kan forventes å gi tilsvarende effekt, dokumentasjon mangler

## Søkestrategi

- Pyramidesøk
- Up To Date
- Medline
- Greentop
- The Cochrane Library
- BMJ Best Practice.

## Definisjon<sup>1,3,5,6,7,8,9</sup>

- Symptomene er ikke definert, men typiske symptomer forefinnes
- Individuelt hvor mange symptomer den enkelte har
- Fysiske og psykologiske symptomer er viktig
- Symptomene opptrer i lutealfasen
- Symptomene forsvinner i løpet av menstruasjon
- Det må være en symptomfri uke mellom menstruasjon og ovulasjon
- Symptomene må kartlegges over flere sykler
- Symptomene er ikke en forverrelse av en underliggende psykologisk, fysisk eller annen kronisk tilstand
- Symptomene fører til betydelig nedsatt funksjonsevne
- Typiske symptomer:
  - Affektive, irritabilitet, angst, depresjon, humørsvingninger, nedsatt kontroll, problemer i sosiale relasjoner, følelse av tap av kontroll, tretthet.
  - Kognitive, nedsatt konsentrasjonsevne.
  - Somatiske, oppblåsthet, mastalgi, generelle smerter, vektøkning, øket appetitt
- Mindre fysiske og emosjonelle forandringer premenstruelt oppleves av 80-95 % av normale kvinner, men kvalifiserer ikke for diagnosen<sup>3,5,7,9,10</sup>

## Forekomst

- Vanligst fra 30-40 års alder.
- Hos 5-8 % signifikant forverring av livskvaliteten<sup>5</sup>

## Etiologi

- Ukjent, sannsynlig avvikende respons på normal ovarialfunksjon, trigget av fluktuasjon av kjønnshormoner, og forsvinner i menopause. Det er ikke hormonell ubalanse<sup>2</sup>
- Det er vist at kjønnshormoner påvirker serotonintransmisjon i hjernen i dyreforsøk
- En annen neurotransmitter som er blitt koblet til PMS er den inhibitoriske aminosyre GABA

## Diagnostikk

- Symptomene opptrer opptil 2 uker før menstruasjon i de fleste menstruasjonssyklusler
- Forsvinner kort tid etter menstruasjon starter, og er fraværende mesteparten av den midtfollikulære fasen
- Assosiert med nedsatt funksjonsevne i daglige gjøremål og/eller sosiale relasjoner og/eller forårsaker lidelse, emosjonelle eller fysisk distress
- Den menstruasjonsrelaterte sykklisiteten med tilstedeværelse i lutealfasen og fravær i den midt follikulærfasen er dokumentert ved gjentatte observasjoner av en lege og/eller daglig monitorering utført av pasienten
- Symptomene er ikke forverring av andre mentale, fysiske eller kroniske tilstander. PMS kan opptre samtidig<sup>3,5,7</sup>

## Risikofaktorer

- Symptomene blir feiltolket med andre tilstander

## Behandling

- Se anbefalinger

## Oppfølging

- Kontroll av behandling etter minimum 3 måneder
- Seponer hvis ingen eller liten effekt
- Plagene avtar mot menopause
- Velg alternativ etter de mest plagsomme symptomene, dra nytte av placeboeffekten
- Start trening, stressreduksjon

## Komplikasjoner

- Preparatbivirkninger, se felleskalogteksten
- Familiære konflikter
- Redusert arbeidsevne.
- Suicidalitet.

## Referanser

1. Shaughn O'Brien, Lorraine Dennerstein [Diagnosis and management of premenstrual disorders](#). BMJ 2011;342:1136/bmj.d2994
2. L M Lopez, A. Kaptein, F.M. Helmerhorst: Oral contraceptives containing drospirenone for PMS. Cochrane review 2012
3. J. Majoribanks, J. Brown, P.M.S. O'Brien, K. Wyatt: SSRI for PMS. Cochrane 7. June 2013.
4. O. Ford, A. Lethaby, H. Roberts, B.W.J Mol: Progesterone for PMS. Cochrane 14 March 2012
5. Dr Kimberly Ann Yonkers, Prof PM Shaughn O'Brien, Prof Elias Eriksson The Lancet vol 371,1200-1210 april 08. Premenstrual syndrome.
6. J Majoribanks, J Brown, O'Brien PMS, Wyatt K .Cochrane Review 2013 Issue 6
7. Tracy Nevatte, Shaughn O'Brien Torbjørn Backstrøm, Candace Brown, Lorraine Dennerstein, Jean Endicott, Ellen W Freeman, consesusgroup of the International Society for Premenstrual Disorder. ISPMD consensus on the management of premenstrual disorder .Womens Mental Health aug2013 Vol16, Issue 4pp279-291
8. [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists \(RCOG\)](#) Green-Top Guideline no 48December 2007
9. Naheed B, O'Brien PMS, Uthman OA, OMahony F. Reprint Cochrane protocol 3013 Issue 4
10. Ellen W Freeman Ph.D, Steffanie M Halberstadt M.S, Karl Rickels, M.D, Julie M. Legler, ScD, Hui Lin M.S. Mary D. Sammel Sc.D. Core, Journal of Womens Health Vol 20 No 1 2011. Symptoms that Discriminate Premenstrual Syndrome