

Genaue Anamnese und prospektive Tagebuchführung sind wesentlich für die Diagnosestellung

# Das Prämenstruelle Syndrom

Das prämenstruelle Syndrom (PMS) fasst verschiedene psychische und körperliche Symptome zusammen, welche obligat in der 2. Zyklushälfte auftreten und nach Eintreten der Menstruation wieder verschwinden. Es wird davon ausgegangen, dass circa 10–15% der Frauen ein mittelschweres PMS (medizinische Therapie nötig) aufweisen und 2–8% an einem schweren PMS (keine sozialen Aktivitäten möglich ohne Therapie) leiden.

**+** Le syndrome prémenstruel (SPM) regroupe différents symptômes psychiques et physiques qui se manifestent obligatoirement dans la deuxième phase du cycle menstruel pour disparaître spontanément dès l'arrivée des règles. On pense que 10–15% de la population féminine présente une forme modérée (= nécessitant thérapie) et 2–8% une forme grave (= activités sociales impossibles sans traitement).

Das prämenstruelle Syndrom wurde schon zu Zeiten des Hippokrates beschrieben. Die Prävalenz, im Laufe des Lebens ein PMS zu haben, wird in der Literatur sehr heterogen angegeben (40–85%). Dies liegt sicherlich an der zum Teil uneinheitlichen Nomenklatur.

## Pathophysiologie

Es ist heute bekannt, dass ein oder mehrere Neurotransmitter, respektive das neuro-hormonale System (Serotonin, GABA, Opiode, adrenerge Rezeptoren, Allopregnanolon) mit einer pathologischen Antwort auf die Hormonschwankungen im Spontanzklus reagieren. Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung eines PMS sind Dysbalancen in der Homöostase des Kalziumstoffwechsels, genetische Faktoren, ein hoher sozio-ökonomischer Faktor, eine frühe Menarche, Zigarettenrauchen und Alkoholabusus, Adipositas, posttraumatischer Stress, sowie psychologische, soziale und kulturelle Faktoren.

## Symptomatik

Psychische Symptome eines PMS beinhalten depressive Verstimmungen/Depressionen, Angst, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Interessensverlust, Konzentrationsstörungen, Müdigkeit, Energieverlust, Heißhungerattacken, Schlafstörungen, Gefühl der Überlastung und des Kontrollverlusts. Auf körperlicher Ebene dominieren Mastodynien, Kopfschmerzen, Gelenk- und Muskelschmerzen, Ödeme, Gewichtszunahme und Blähungen. Damit kann die Lebensqualität der betroffenen Frau (und ihres sozialen Umfelds) je nach Schwere der Symptome teilweise extrem beeinträchtigt sein.



PD Dr. med. Dorothea Wunder  
Lausanne

## Diagnose

Erst 1983 wurden in den USA durch das «National Institute of Mental Health» diagnostische Kriterien für das prämenstruelle Syndrom erarbeitet. Im Jahre 1987 wurde es durch die «American Psychiatric Association» im DSM III-R als «Late Luteal Phase Dysphoric Disorder» bezeichnet. Im Jahre 1994 wurde im DSM IV auch die schwere Form des PMS, nämlich das «Premenstrual Dysphoric Disorder» (PMDD), definiert.

Die Diagnose stellt sich nicht durch einen Labortest, sondern durch einen Symptomkalender mit einer Skala von 1 bis 5 (idealerweise 3 retrospektive und 2 prospektive Menstruationszyklen), wobei andere mögliche Pathologien ausgeschlossen sein müssen. Wegweisend für die Diagnose ist, dass die Symptome während der Lutealphase beginnen und zu Beginn der Menstruation spontan verschwinden. Für die Diagnose eines PMS braucht es das Vorhandensein von mindestens einem der obgenannten psychischen oder physischen Symptome. Für die Diagnose eines PMDD, der schweren Form des PMS, ist das Vorhandensein von mindestens 5 Symptomen gefordert (wovon mindestens ein Symptom die psychische Ebene betrifft), die Lebensqualität ist beim PMDD insgesamt stark eingeschränkt und andere psychische Erkrankungen müssen ausgeschlossen sein.

## Differentialdiagnose

Differentialdiagnostisch kommen natürlich sehr viele andere Erkrankungen in Frage, von Depressionen, bipolaren Störungen, Panikattacken, Persönlichkeitsstörungen, Bulimie, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabusus, häuslicher Gewalt über Autoimmunerkrankungen, Diabetes mellitus, Hypothyreose, (funktionelle) Magen-Darmstörungen, Perimenopause etc.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist, dass es auch chronische Erkrankungen gibt, die sich in Abhängigkeit vom Zyklus verschlimmern können (z.B. Depressionen, Epilepsie, rheumatoide Arthritis, gastrointestinale Störungen, Diabetes mellitus, Endometriose etc.). Ein anderer wichtiger Aspekt ist, dass circa 20% der Frauen mit PMDD unter anderen psychiatrischen Erkrankungen leiden

(Depressionen, Angststörungen, Schizophrenie, Abhängigkeit, etc.). Mehrere Studien konnten ausserdem zeigen, dass das Risiko einer postnatalen und einer perimenopausalen Depression bei Frauen mit einem PMS erhöht ist.

**Therapieoptionen**

Unserlässlich ist eine genaue Erklärung des Menstruationszyklus, Studien haben gezeigt, dass allein schon das Verständnis der physiologischen Abläufe die Symptomatik vermindern kann. Wichtig sind ausserdem Lebensstilveränderungen (Stressmanagement, Entspannungstechniken, regelmässiger und ausreichender Schlaf) sowie eine Anpassung der Ernährung (wenig Salz, Zucker, tierische Fette, Kaffee, Alkohol), regelmässiger und ausreichender Sport, Rauchstopp und im Falle einer Adipositas Gewichtsverlust.

Eine ausgezeichnete Therapiemöglichkeit auf pflanzlicher Basis stellt der Mönchspfeffer (Vitex agnus castus) dar. Seine effiziente Wirkung (ohne nennenswerte Nebenwirkungen) wurde in mehreren prospektiv randomisierten Studien bewiesen, die den höchsten Qualitätsstandards (multizentrisch, prospektiv, randomisiert, doppelblind, placebo-kontrolliert) standhielten (eine Studie wurde im renommierten British Medical Journal publiziert). Die positive Wirkung des Mönchspfeffers blieb nach Absetzen sogar während mindestens 3 Monaten bestehen.

Eine andere «natürliche» Therapieoption besteht in der Gabe von Kalziumkarbonat. In 2 publizierten Studien konnten Blähungen, Bauchkrämpfe und Heisshunger-Attacken dadurch signifikant gebessert werden.

Bezüglich der Wirkung von komplementärmedizinischen Behandlungen wie Vitamin B6, Magnesium, Linolensäure, Reflexzonentherapie, chinesischer Medizin und Homöopathie sind die Studiendaten zum jetzigen Zeitpunkt nicht klar.

Bei Vorherrschen von psychischen Symptomen kann eine Psycho- oder Verhaltenstherapie positive Effekte haben.

Eine reine Gestagentherapie kann die Symptomatologie eher verschlimmern, desgleichen auch eine hochdosierte Östrogen-therapie.

Die kombinierte kontrazeptive Pille mit Drosperinon als Gestagen (24/28 oder Langzyklus) ist für die Indikation PMS «FDA-approved» und zeigte in den Studien gute Effekte. Jedoch braucht es laut Cochrane mehr Studien, die auch von längerer Dauer sind, um mehr aussagen zu können. Aber auch die Levonorgestrel-haltige Pille war beim PMS und PMDD in einer doppelblinden, prospektiv randomisierten Studie einer Placebo-Therapie überlegen. Danazol wird wegen seiner gravierenden Nebenwirkungen praktisch nicht mehr eingesetzt.

TAB. 1 Übersicht über die Therapieoptionen beim prämenstruellen Syndrom			
	Symptome	Therapie	Weitere Therapieoptionen
<b>1. Schritt</b>	PMS generell	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Erklärung des Zyklus, der Pathophysiologie des PMS, etc.</li> <li>– Optimierung des Lebensstils (Ernährung, Sport, Schlafrhythmus, etc.)</li> </ul>	
<b>2. Schritt</b>	Körperliche Symptome (insbesondere geblähter Bauch, Blähungen, etc.)	<b>Kalziumkarbonat</b>	
	Körperliche (Mastodynien, Kopfschmerzen, Blähungen, Gewichtszunahme, etc.) und psychische Symptome (depressive Verstimmung, Aggressivität, Angst, Reizbarkeit, etc.)	<b>Agnus castus</b>	
	Körperliche (Mastodynien, Kopfschmerzen, Blähungen, Gewichtszunahme, etc.) und psychische Symptome (depressive Verstimmung, Aggressivität, Angst, Reizbarkeit, etc.) sowie Wunsch nach Kontrazeption	<b>Kombinierte kontrazeptive Pille</b> (Drosperinon = «FDA-approved») CAVE eventuelle Kontra-indikationen	
	Körperliche Symptome (insbesondere Ödeme, Gewichtszunahme, etc.), aber auch psychische Symptome	<b>Spirolactone</b> CAVE eventuelles Vorliegen einer Hypotonie.	
	Essentiell psychische Symptome	SSRI (z.B. Fluoxetin),	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Psychotherapie,</li> <li>– Kognitive Verhaltenstherapie</li> <li>– Lichttherapie</li> <li>– Eventuell Komplementärmedizin (jedoch nicht «evidence based»)</li> <li>– Wenn immer möglich Verzicht auf Anxiolytika, (Benzodiazepine), da grosses Suchtpotential</li> </ul>
<b>3. Schritt</b>	Nach Versagen aller anderer Therapieoptionen Sehr schwere Symptomatik, äusserst handicapierend für die Patientin und ihr Umfeld Körperliche und psychische Symptome	<b>GnRH-Analoga</b>	
<b>4. Schritt</b>	Als allerletzte Massnahme denkbar jedoch nur bei äusserst starker und handicapierender Symptomatik und wenn Familienplanung vollständig abgeschlossen	<b>Chirurgische Therapie (Adnexektomie beidseits, Hysterektomie)</b>	

Beim Vorherrschen von psychischen Symptomen sind Antidepressiva eine sehr effiziente Therapie; Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin sind zur Therapie eines PMS/PMDD «FDA-approved».

Bei starker Ödemneigung in der 2. Zyklushälfte kann auch Spirolacton ab dem 12. Zyklustag eingesetzt werden. Nichtsteroidale Entzündungshemmer können durch ihre anti-inflammatorische Wirkung auch einen positiven Effekt auf das PMS haben.

GnRH-Analoga sind zur Therapie eines PMS/PMDD «FDA-approved», jedoch sehr teuer und ohne Add-back-Therapie mit starken Nebenwirkungen verbunden (inklusive Knochenstoffwechsel) und sollten nur nach Versagen anderer Therapiemöglichkeiten eingesetzt werden. Eine chirurgische Therapie (Adnexektomie beidseits, zumeist mit Hysterektomie) sollte bei diesen im Allgemeinen jungen Frauen

absolut vermieden und nur im allergrössten Notfall bei Versagen aller Therapieoptionen und sehr starkem Leidensdruck durchgeführt werden.

In Tabelle 1 sind die Therapieoptionen nochmals in der Übersicht dargestellt.

### PD Dr. med. Dorothea Wunder

Centre der Procréation Médicalement Assistée et Endocrinologie  
Gynécologique, CPMA  
Rue de la Vigie 5, 1003 Lausanne  
dorothea.wunder@cpma.ch

**+ Interessenkonflikt:** Die Autorin hat keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

### Take-Home Message

- ◆ Das prämenstruelle Syndrom ist relativ häufig und betrifft circa 10–15% der Frauen (mittelschweres PMS)
- ◆ Die Symptomatik des PMS kann sehr verschieden sein, von rein körperlichen Symptomen über gemischte zu rein psychischen Symptomen
- ◆ Eine genaue Anamnese (sowie eine prospektive Tagebuchführung, idealerweise 2–3 Monate) ist essentiell zur Diagnosestellung
- ◆ CAVE: Komorbiditäten, Ausschluss von Differentialdiagnosen (z.B. Depression, posttraumatische Stresserkrankung, häusliche Gewalt, Drogenabusus, sexueller Missbrauch, Panikattacken, Hypothyreose etc.)
- ◆ Die Therapie ist abhängig von der Symptomatik sowie vom Schweregrad

### Messages à retenir

- ◆ Le syndrome prémenstruel (SPM) est relativement fréquent et touche environ 10 à 15% des femmes (pour la forme modérée).
- ◆ La symptomatologie du SPM est très variée et va de symptômes purement physiques à des symptômes mixtes ou purement psychiques
- ◆ La prise de l'anamnèse précise (avec journal des symptômes mené prospectivement sur 2–3 mois) est essentielle pour établir le diagnostic
- ◆ CAVE: Comorbidités! Poser le diagnostic uniquement après exclusion des diagnostics différentiels (p.ex. dépression, stress post-traumatique, violence domestique, abus de substances, attaques de panique, hypothyroïdie, abus sexuel etc)
- ◆ La thérapie dépend de la symptomatologie et de la gravité