

Allmän introduktion

Vi skall prata om PMD, premenstruell dysfori även kallat PMDD

20 – 50 % av alla kvinnor lider av medelsvåra till svåra premenstruella symtom.

5 % av dessa lider av grava symtom som ligger inom kategorin för det som är premenstruell dysfori.

I en studie publicerad i år konstaterades det att dessa kvinnor förlorar ca 3,8 år av sin livstid till denna sjukdom.

De kostar också samhället i snitt \$4333 dollar per patient och år p.g.a. nedsatt arbetsförmåga och andra omkostnader.

Många studier har gjorts och de flesta har en åsikt om detta syndrom.

Symptom

1. Deprimerat humör eller nedstämdhet.
2. Ångest
3. Känsломässig labilitet
4. Irritabilitet
5. Minskat intresse i vanliga aktiviteter
6. Koncentrationssvårigheter
7. Brist på energi
8. Tydlig aptitförändring
9. Hyperinsomnia eller insomnia
10. Känna sig överväldigad
11. Fysiska symptom som ömmanderöst, uppsvälldhet etc.

Minst fem symptom på listan måste finnas och minst ett utav dem ska vara 1,2,3 eller 4.

Symptom måste förekomma i 2 cykler för att kunna fastställa diagnos.

Symptomen uppkommer veckan före mens och avtar några dagar efter att menstruationen startat. Symptomen ska vara störande för skola, arbete, vanliga aktiviteter eller relationer. Det får inte finnas någon annan anledning till att symptomen uppkommer, en eventuell underliggande depression måste behandlas innan man diagnostiserar premenstruell dysfori.

Patofysiologi/Etiologi

PMD manifesterar sig under menstruationscykeln och därför har man kopplat sjukdomen till förändringar av ovariala hormoner som inverkar på neurotransmittorer i det centrala nervsystemet, vilket kan leda till psykisk påverkan. Uppkomsten av de premenstruella symptomen beror på en överkänslighet i hjärnan av de hormonella skiftningarna. Mängden könshormoner eller de hypotalamiska hormonerna är inte involverade. En obalans mellan

dessa hormoner kan också orsaka de mera kroppsliga besvären vid tillståndet. Denna varierande känslighet för dem fluktuerande könshormonerna kan bero på flera olika faktorer, däribland genetiska faktorer som allel-variation på genen för östrogen alpha-receptorn.

Andra faktorer som inverkar kan till exempel vara :

- Abnormalt låga nivåer av serotonin i blodet
- Ökad adrenerg receptorbindning, som ger en abnormal NA-funktion.
- Minskad GABA nivå under lutheal fasen
- Minskad känslighet hos GABA-a receptorn under lutheal fasen
- Onormal nivå av ALLO (metabolit av progesteron, som binder till GABA-a receptorn)

Det vill säga förändrad serotonin och GABA-funktion

Behandling

Med SRI-preparaten vill man hämma serotonin återupptaget.

- SRI-preparat (antidepressiva) tex. fluoxetin, citalopram, paroxetin, sertralin; serotonin har i en rad djurmodeller visats hämma aggressivitet och irritabilitet, och det är troligtvis därför SRI-preparaten är effektiva vid PMDD. Den symtomreducerande effekten uppträder redan några dagar efter insatt behandling, till skillnad från behandling vid tex. depression när symtomlindring inträffas efter 2-4 veckor.
- Detta skulle kunna förklaras med hypotesen att ALLO-pregnanolon ökar i hjärnan och då har en stimulerande effekt på GABA-A-receptorn, vilket skulle kunna bidra till personens minskade irritabilitet och aggressivitet.

ELLER

- Förstärkt funktion hos 5HT_{2c}-receptorer och inhibering av serotonin återupptaget, vilket resulterar i minskad LH-produktion.

Medicinering med SRI-preparaten behöver endast ske från ägglossning och fram till dess att menssen kommer och endast i låga doser, vilket är positivt då risken för toleransutveckling minskar. För de patienter som får biverkningar vid medicineringens start kan dock kontinuerlig medicinering vara att föredra.

Många av de patienter som behandlas med SRI-preparat blir helt symptomfria och andelen som svarar på behandlingen är mellan 60 och 100 %.

Den vanligaste oönskade effekten vid behandling är sexuell dysfunktion.

Med denna behandling vill man bland annat minska de hormonella svängningarna.

- GnRH-agonister trycker ner ovulationen genom att nedreglera GnRH receptorer i hypothalamus, vilket leder till minskat FSH och LH frisättning från hypofysen vilket resulterar i minskade östrogen och progesteron-nivåer
- Övriga behandlingar; vitaminer och mineraler, livsstilsförändringar såsom motion och kost, yoga och akupunktur.

