

Poremećaji povezani s menstrualnim ciklusom

- bolne menstruacije
- premenstrualni sindrom
- premenstrualni disforički poremećaj

Velimir Šimunić

Bolne menstruacije – dismenoreje (dysmenorrhea)

Dismenoreja je bolnost uz menstruaciju, grčevi i bolne kontrakcije koncentrirane na donji trbuh. Dijele se na primarne i sekundarne dismenoreje. Učestalost dismenoreja je raznolika, ovisna o neujednačenoj definiciji boli.

Primarna dismenoreja pojavljuje se u :

- 36% mladih žena u RH
- 72% adolescentica u Švedskoj
 - 15% jake dismenoreje uz izostanak s posla / škole
 - 38% koristi analgetike
- 13% jake dismenoreje adolescentica u SAD
 - 60% povremeno
 - 14% izostaje iz škole
- 25,6% djevojaka u Turskoj izostaje iz škole zbog dismenoreje

Dismenoreja počinje u prvim ginekološkim godinama, znači ubrzo nakon menarhe (prve menstruacije). Češća je u žena koje puše i nisu rodile. Izraženost boli povezana je trajnošću i obilnošću menstruacija.

Primarna dismenoreja redovito je povezana s ovulacijskim ciklusima. Nastaje zbog visoke koncentracije hormona prostaglandina proizvedenog u sluznici maternice pred odljuštenje. To potiče snažne kontrakcije mišića maternice i grčevitu bol. Taj prostaglandin ($PGF2\alpha$) ulazi u krvotok i izaziva glavobolje, mučnine, povraćanje, proljev i bol u križima. Porast $PGF2\alpha$ počinje prije menstruacije i traje oko 48 sati kada je i bolnost najizraženija. Snažne kontrakcije miometrija ponekad izbacuju veće dijelove (pa i cijelu) sluznice maternice.

Liječenje primarne dismenoreje

Liječenje se temelji na utjecaju lijekova na endometriju i sintezu prostaglandina. Ono treba započeti barem 1-2 dana prije očekivane menstruacije, ili čim se primijete predznaci. Od lijekova dolazi u obzir :

- hormonska kontracepcija (HK) – 90% uspješnost
- nesteroidni protuupalni lijekovi – 70-80% uspješnost
 - ibuprofen
 - ketoprofen
 - fenamati

Ovi lijekovi izravno ili neizravno smanjuju sintezu prostaglandina. Smanjuju obilnost menstruacija. Odabir je lakši ako postoji potreba za kontracepcijom. Protuupalni nesteroidni lijekovi mogu stvarati želučane tegobe.

Svi ostali lijekovi od analgetika do novijih prijedloga (Viagra), za sada se ne preporučuju. Primarne dismenoreje redovito nestaju nakon prve trudnoće i porođaja.

Sekundarne dismenoreje posljedica su nekih ginekoloških bolesti koje dovode do obilnih menstruacija (menoragija), nepravilnih i snažnih kontrakcija maternice. Mogu se pojavljivati i u mladih žena. To su :

- endometrioza
- miomi
- adenomioza
- upale u zdjelici
- anomalije spolnih organa

Za diferencijalnu dijagnozu potrebna je pažljiva dijagnostika – fizikalni pregled, UZV proširena dijagnostika, eventualno MR i laparoskopija.

Kod sekundarne dismenoreje liječimo ispitane uzroke ili samo simptome zdjelice boli. Želimo li izbjeći (ako je moguće) kirurški zahvat, tada izbor može biti HK, gestageni i Mirena.

Premenstrualni sindrom (PMS)

Premenstrualni sindrom definira se kao ciklička pojava jednog ili brojnih simptoma neposredno pred menstruaciju. Simptomi traju 7-10 zadnjih dana ciklusa. Opisano je više desetaka različitih simptoma, a najčešći su :

- edemi i nadutost
- promjena raspoloženja
 - pad koncentracije
 - nesigurnost
 - depresivnost
 - razdražljivost
 - nesanice
- osjetljivost dojki
- promjena apetita, porast težine
- umor i gubitak energije

Redovita pojava PMS-a stvara značajan psihosocijalni hendikep i pad kvalitete života pacijentica. Učestalost PMS je u 20-40% žena reproduktivne dobi, a u 5-10% izraženost simptoma bitno utječe na način života u tom razdoblju.

Posebno tešku simptomatologiju navodi oko 5% žena i takav se poremećaj tada naziva premenstrual dysphoric disorder (PMDD ili PMD), premenstrualni disforički poremećaj.

Simptomi i poremećaj se teško kvantificiraju te se koriste različite skale i bodovanja težine sindroma.

Kliničari, ginekolozi, psihijatri, nikako ne smiju podcjenjivati smetnje PMS-a. Često se problemi i rješavaju višedisciplinski. Okolina, rodbina, može inducirati prepoznavanje tih simptoma, te je PMS čest unutar ženskog dijela obitelji.

Iako čest, PMS se teško dijagnosticira i liječi, jer je teško protumačiti povezanost psihosomatskih simptoma, a mnoga druga stanja imitiraju PMS.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO - WHO) je klasificirala PMS u dio ginekoloških poremećaja zbog povezanosti s ciklusom i premenstrualnoj pojavnosti. Prema strogim kriterijima ozbiljnog PMS, PMDD u SAD i EU, ta stanja stvaraju ozbiljno oštećenje kvalitete života. Parametri koji su doprinos toj tvrdnji su :

• izraženost PMS	klasa 5
• dob početka PMS	14-17 g
• učestalost u adolescentica	5,3-7,8 %
• trajanje bolesti	37 g
• broj ciklusa s PMS	450 g
• prosječno trajanje	6,1 dan
• ukupno dana / godina PMS-a	2800 dana / 7,6 g
• nemoć tijekom života	3,8 g / po ženi

Kada bi se ozbiljan PMDD proračunao za Europu, bolovalo bi 4,5 milijuna žena. Prema WHO učestalost PMS-a je u oko 30% žena reproduktivske dobi, a PMDD u 3-8% žena. Ti poremećaji postaju jedan od najčešćih zdravstvenih problema žena te dobi.

Najčešće komorbiditetno stanje uz PMS, su migrene, koje se u 60% slučajeva pojavljuju oko menstruacije. Često su modulator PMS-a. Premenstrualno su češće mnoge ozbiljne psihijatrijske bolesti i stanja, posebno depresija.

Za dijagnozu PMS-a potrebno je utvrditi perimenstrualno ponavljanje psihosomatskih poremećaja. Napetost i razdražljivost gotovo su redoviti simptomi.

Za dijagnozu težeg premenstrualnog poremećaja PMDD potrebna je redovita perimenstrualna pojava barem 5 glavnih simptoma – od kojih je redovita depresija, razdražljivost, umor i insomnija.

Zbog premenstrualne pojavnosti istražen je čitav niz nedokazanih razloga za nastanak PMS-a. Od neuroendokrinoloških poremećaja, do disbalansa estrogena i progesterona. U tumačenju se spominje promijenjena funkcija nadbubrežne žlijezde i štitnjače, utjecaj prostaglandina, funkcije bubrega. Gotovo da i nema hormona i minerala čiji poremećaj nije ponekad vezan uz etiologiju PMS-a. Mnogi govore da je uzrok disfunkcija serotonina i njegovih receptora.

Upitan je i naziv sindrom, koji treba imati posebnu patofiziologiju, utvrđene simptome i znakove i ciljano liječenje.

Liječenje PMS / PMDD

Brojne teorije o uzrocima tih poremećaja stvorile su još više terapijskih pokušaja. Današnje preporuke uglednih svjetskih društava svode liječenje na poboljšanje simptoma i kvalitete života.

1. Oralna hormonska kontracepcija

Čini se danas najjednostavniji i najučinkovitiji izbor. Najbolja se pokazuje niskodozirana OHK s drospirenonom - Yaz i Yasmin. Za tu indikaciju Yaz je dobio odobrenje i od FDA (Food and drug administration) u SAD. Dokazi za djelotvornost te vrste OHK su klasifikacija u literaturi (A, 1 b).

2. Ostala hormonska kontracepcija i gestageni

Učinkovitost pokazuju kontracepcijski naljepci, mikronizirani progesteron i Danazol.

3. Agonisti gonadotropnog releasing hormona – ag GnRh

Učinkovitost se temelji na supresiji jajnika i visoko je ocjenjena, ali dugotrajnost takvog liječenja je upitna zbog nuspojava i rizika osteoporoze.

4. Psihotropno liječenje

Brojnim antidepresivima i anksioliticima pokušava se intervenirati kod tih poremećaja.

Prema dokazima najdjelotvorniji su:

- selektivni inhibitori preuzimanja serotonina (SSRI)
- inhibitori preuzimanja serotonin / norepinefrina (SNR)

Kod tih je lijekova još uvijek upitna trajnost i kontinuitet terapije.

5. Alternativno liječenje

Golema je lista pokušaja liječenja tih sindroma alternativnom medicinom. Mjesto za takvo liječenje svakako postoji, ali s malo znanstvenih dokaza o učinkovitosti.

Literatura

O'Brien et al.: PMS i PMDD, Informa, 2007.

Speroff: Gynaecologic endocrinology, 2008.

Yen: Human reproduction, 2008

Banović I. u Šimunić i sur.: Ginekologija 2001.