

Simposio su "Il ginecologo e le sindromi dolorose mestruali"
organizzato dalla "Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna – Onlus"

Modena, 29-31 marzo 2012

Sindrome premestruale: inquadramento e prospettive terapeutiche

Franca Fruzzetti

Divisione di Ginecologia e Ostetricia I° Universitaria, Università di Pisa

Il termine "sindrome premestruale" (PreMenstrual Syndrome, PMS) definisce il complesso di sintomi, sia fisici, sia psicologici, che compaiono ciclicamente e ripetutamente durante la fase luteinica del ciclo mestruale e scompaiono con la comparsa del flusso mestruale¹. La PMS interessa circa il 20-40% delle donne in età fertile, ha un'elevata prevalenza durante l'età adolescenziale² ed è caratterizzata da dolori, tensione mammaria, malessere, instabilità emotiva, irritabilità e depressione di entità varia, ma tale da influire negativamente sulla vita quotidiana, personale e relazionale della persona affetta³.

Il 60-70% delle donne manifesta una sintomatologia molto lieve che non compromette lo svolgimento delle attività quotidiane; il 12-36% presenta un PMS grave con sintomi molto intensi; in circa il 3-8% delle donne le modificazioni dell'umore e del comportamento assumono le caratteristiche di un vero e proprio disturbo psichiatrico definito come "Disturbo della disforia premestruale" (PMDD)⁴. Tale disturbo compare caratteristicamente durante la fase luteinica del ciclo mestruale e va incontro a risoluzione con la comparsa del flusso mestruale, e ciò consente di differenziare tale sindrome da altri quadri depressivi, ansiosi e/o dai disturbi somatoformi persistenti. I criteri diagnostici del PMDD sono stati pubblicati dall'America Psychiatric Association⁵, mentre quelli della PMS sono stati pubblicati dall'American College of Obstetricians and Gynecologists⁶ nel 2000.

L'impatto che la PMS ha sulla vita quotidiana e lavorativa della donna è stato recentemente valutato in uno studio multicentrico. Dai risultati di tale studio è emerso che le donne che presentano una sindrome premestruale da moderata a severa con disordine disforico premestruale (PMS/PMDD) hanno un maggiore assenteismo dal lavoro e una peggiore rendimento lavorativo rispetto a quelle con sindrome premestruale blanda⁷.

Le cause all'origine dei sintomi premestruali non sono del tutto note e alcune ipotesi non sono state ancora ampiamente dimostrate. Tuttavia si ritiene che la PMS sia il risultato dell'azione di diversi fattori quali: squilibri ormonali, deficit vitaminici, alterazioni nelle concentrazioni dei neurotrasmettitori. In particolare sembra che le fluttuazioni premestruali dei livelli degli estrogeni, in soggetti geneticamente predisposti, causino una caduta dei livelli di serotonina, il neurotrasmettitore più importante nella regolazione del tono dell'umore.

Il trattamento della sindrome premestruale prevede l'utilizzo di strategie terapeutiche diverse in relazione ai livelli di intensità della sintomatologia, che possono essere molto diversi da donna a donna⁸. Il trattamento non farmacologico, riservato alle donne con sintomatologia lieve, prevede l'utilizzo di integratori alimentari quali le vitamine del gruppo B e i Sali di Magnesio, associati ad una variazione dello stile di vita (sport, adeguata alimentazione, riduzione di sostanze stimolanti). Nei casi più gravi, è necessario ricorrere a terapia farmacologica con contraccettivi ormonali. I contraccettivi ormonali agiscono attraverso l'inibizione dell'asse ipotalamo-ipofisi-ovaio e quindi attraverso la riduzione delle fluttuazioni ormonali che sono alla base della PMS. Particolarmente indicata per il trattamento della PMS è la pillola contenente 20mcg di etinilestradiolo e 3 mg di drospirenone con regime 24/4. Tale regime, rispetto al regime classico (21/7), riduce maggiormente le fluttuazioni ormonali con maggiore beneficio sul controllo dei sintomi della PMS.

Simposio su "Il ginecologo e le sindromi dolorose mestruali"
organizzato dalla "Fondazione Alessandra Graziottin per la cura del dolore nella donna – Onlus"

Modena, 29-31 marzo 2012

Nei casi di PMS con prevalenza dei disturbi di tipo psicologico ed emotivo, può essere utile il ricorso a farmaci antidepressivi quali gli inibitori del reuptake della serotonina (SSRI), che agirebbero mantenendo costanti e disponibili livelli adeguati di serotonina. Tra gli SSRI, quello che ha dato migliori risultati in termini di riduzione dei sintomi sia psicologici che fisici della PMS è la fluoxetina 20 mg/die. Gli effetti collaterali manifestati da alcune donne ne possono limitare l'impiego.

In sintesi

La sindrome premestruale (PMS) definisce il complesso di sintomi, sia fisici, sia psicologici, che compaiono ciclicamente e ripetutamente durante la fase luteinica del ciclo mestruale e scompaiono con la comparsa del flusso mestruale¹. Circa il 20-40% delle donne in età fertile manifesta la PMS con ripercussioni negative sulla vita quotidiana, personale e relazionale. Se la PMS è di lieve entità possono essere utilizzate terapie non farmacologiche quali complessi vitaminici e magnesio, associati ad una variazione dello stile di vita. Per i casi più gravi si ricorre alla terapia farmacologica, che comprende contraccettivi ormonali e farmaci ad azione sul SNC, quali gli SSRI.

Bibliografia essenziale

1. Halbreich U, O'Brien PM, Eriksson E, Bäckström T, Yonkers KA, Freeman EW. Are there differential symptom profiles that improve in response to different pharmacological treatments of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder? CNS Drugs. 2006; 20 (7): 523-47. Review
2. Rapkin AJ, Mikacich JA (2006) Premenstrual syndrome in adolescents: diagnosis and treatment. Pediatr Endocrinol Rev 3 (Suppl 1): 132-137
3. Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, O'brien S, Calil H, Ceskova E, Dennerstein L, Douki S, Freeman E, Genazzani A, Heuser I, Kadri N, Rapkin A, Steiner M, Wittchen HU, Yonkers K: Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. Gynecol Endocrinol 2007, 23 (3): 123-130
4. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn LS. The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). Psychoneuroendocrinology 2003, 28 (Suppl 3): 1-23
5. APA (American Psychiatric Association) (1994) Premenstrual Dysphoric Disorder. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM IV), Washington DC
6. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) (2000) Premenstrual Syndrome. ACOG Practice Bulletin
7. Heinemann LA, Minh TD, Heinemann K, Lindemann M, Filonenko A. Inter-country assessment of the impact of severe premenstrual disorders on work and daily activities. Health Care Women Int. 2012 Feb; 33 (2): 109-24
8. Freeman EW, Sammel MD, Lin H, Rickels K, Sondheimer SJ. Clinical subtypes of premenstrual syndrome and responses to sertraline treatment. Obstet Gynecol. 2011 Dec; 118 (6): 1293-300