

Adet Öncesi Disforik Bozukluk

Doç. Dr. Figen KARADAĞ*

Özet

Adet öncesi disforik bozukluk adet döngüsünün adet öncesi evresinde ortaya çıkan, adetten sonra kaybolan duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtilerdir. Kadınların %80'inde hafif şiddette belirtiler görülürken, bu kadınların %2-10'unda ise iş, ilişkiler ve sosyal yaşamı bozacak düzeyde belirtiler görülür. Kesin olarak etiyojisi bilinmeyen adet öncesi disforik bozuklukta serotoninerjik antidepresanlar üzerinde en çok çalışılan ve yan etkileri en fazla bilinen tedavi yaklaşımıdır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 2001;5:11-14

Hipokrat'tan beri yüzyıllardır uterus ile akıl arasında bir ilişki kurulmuştur. Trotula De Salerno daha 11. yüzyılda yazdığı kadın sağlığı, hastalıkları ve çocuk bakımı, eğitimi konusundaki kitabında adet öncesi sendrom (AÖS) ile ilgili bir değinmede bulunmuştur. 16. yüzyılda ise Padova'lı Giovanni De Monte ilk kez depresyon ve adet döngüsü arasındaki olası bir ilişkiye dikkati çekmiştir. İcard ise piromani, dipsomani, homisidal ve suisidal mani, erotomani, nimfomani, morbid kıskançlık, melankoli ile adet döneminin ilgisi olduğundan söz etmiştir. Leacock ise 1840'da bazı kadınların adet döneminde "histerik, nöraljik ve kaprisli" olduklarını yazmıştır.

Literatüre ilk kez Frank'ın 1931'de adete 7-10 gün kala başlayan belirtiler gösteren 15 kadın hastasını yayınlaması ile girmiştir. Frank bu belirtiler için "pre-

menstruel gerginlik" terimini kullanmıştır. 1952'de Katharina Dalton "premenstruel sendrom" terimini ilk kullanan kişi olmuştur. 1968'e kadar 150 kadar AÖS belirtisi yayınlanmıştır. AÖS ile ilgili araştırmalar son 20 yılda artış göstermiştir.

Adet öncesi sendrom (AÖS) nedir?

AÖS adet döngüsünün adet öncesi evresinde ortaya çıkan, adetten sonra kaybolan duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtiler olarak tanımlanabilir. İritabilite, emosyonel aşırı duyarlılık, anksiyetede artış ve yiyeceklere aşırma, uyku bozuklukları ve yoğunlaşmada güçlük en sık görülen belirtilerdir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Kolejinin bir raporuna göre adet gören kadınların %80'i hafif şiddette değişiklikler yaşamaktadırlar. Bu değişiklikler genellikle normal kabul edilmekte ve ruhsal sıkıntı ve işlevsellikte bozulmaya yol açmamaktadırlar. Bu kadınların %20-40'ı adet öncesi dönemde daha fazla güçlük yaşamaktadırlar. %2-10'u ise iş, ilişkiler ve sosyal işlevsel-

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

liği bozacak şiddette belirtiler yaşarlar. Dikkatli bir şekilde tanı konulan AÖS/AÖDB'li (adet öncesi disforik bozukluk) kadınlarda yaşam boyu depresyon görülme sıklığı %30-76 arasında değişmektedir.

TANI

AÖS için ICD-10 tanı ölçütleri:

Aşağıdakilerden sadece biri yeterlidir:

1. Hafif psikolojik huzursuzluk
2. Şişme hissi/kilo alma
3. Memelerde hassasiyet
4. El ve ayaklarda şişme
5. Çeşitli ağrılar
6. Dikkatte azalma
7. Uyku bozukluğu
8. İştah değişikliği

AÖDB için DSM-IV araştırma ölçütleri:

A. Son bir yıl içinde adet döngülerinin çoğunluğunda aşağıdaki belirtilerden 5; (ya da daha fazlası), en az (1), (2), (3) ya da (4)'ten biri olmak kaydıyla, luteal evrenin son haftası sırasında zamanın çoğunluğunda vardır, follüküler evrenin başlamasından sonraki birkaç gün içinde iyileşmeye başlar ve adetten sonraki hafta içinde kaybolurlar.

(1) belirgin çökkün duygudurum, umutsuzluk duygusu ya da kendini değersiz hissetme,

(2) belirgin bunaltı, gerginlik, endişe ya da sabırsızlık,

(3) duygulanımda belirgin ani değişiklikler (yani üzüntülü ya da ağlamaklı olma ya da reddedilmeye aşırı duyarlılık)

(4) belirgin ve kalıcı öfke ya da huzursuzluk veya kişilerarası çatışmalarda artış,

(5) olağan etkinliklere karşı ilgi azalması (iş, okul, arkadaşlar, hobiler gibi),

(6) yoğunlaşma güclüğü,

(7) halsizlik yorulma ya da belirgin enerjisizlik,

(8) iştahta belirgin değişiklik, aşırı yeme ya da özel yiyeceklere aşırma,

(9) uykusuzluk ya da aşırı uyuma,

(10) başa çıkamama ya da kontrolü kaybetme duygusu,

(11) memelerde hassasiyet ya da şişme, baş, eklem ya da kas ağrıları, şişkinlik hissetme, kilo alma gibi diğer fiziksel belirtiler,

B. Bozukluk iş ya da okul veya olağan sosyal etkinlikleri ve diğer insanlarla ilişkileri belirgin şekilde etkiler (yani sosyal etkinliklerden kaçınma, üretkenlikte ve iş ya da okul başarısında azalma),

C. Bozukluk sadece major depresif bozukluk, panik bozukluk, distimik bozukluk ya da kişilik bozukluğu gibi diğer bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir (bu gibi bozuklukların üzerine binmiş olsa bile),

D. Ölçüt A, B ve C en az iki birbiri ardına gelen belirtilerin olduğu döngüler esnasında günlük ileriye dönük ölçümlenme ile doğrulanmalıdır (Bu tarz bir doğrulama öncesinde tanı geçici olarak konulabilir).

Bu tanı ölçütlerinden anlaşılacağı gibi AÖS tanısı ICD-10 ile AÖDB tanısı ise DSM-IV ile konulmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. AÖS ve AÖDB ile ilgili çeşitli özellikler

	AÖS	AÖDB
Tanı ölçütleri	ICD-10	DSM-IV
Tanı koyanlar	Jinekolog/pratisyen	Psikiyatrist
Gerekli belirti sayısı	1	11 tanenin 5'i
İşlevsellikte bozulma	Gerekli değil	Gerekli
İleriye dönük ölçekler	Gerekli değil	Gerekli (2 ay)

Bu tablodan anlaşılacağı gibi AÖS tanısını jinekologlar koymaktadır. AÖDB de ise duygudurum belirtileri ön planda olup tanı psikiyatrist tarafından konulabilir. İleriye dönük günlük sorun yoğunluğunu ölçen ölçekler AÖDB tanısı koymak için gereklidir ve bu amaçla kullanılan çeşitli ölçekler mevcuttur.

ETİYOLOJİ

AÖS ve AÖDB nedenleri bilinmemektedir. Çok sayıda etioloji ileriye sürülmüştür. Östrojen, progesteron, FSH, LH, kortizol, dihidrotestosteron, tiroid hormonları, endojen opioidler, serotonin, GABA, melatonin düzeyleri ile ilgili çok sayıda çalışma yapılmasına rağmen kesin bir etiolojik ajan gösterilememiştir. Adet döngüsündeki biyolojik değişiklikler önemli bir rol oynar gibi görünmektedir. Çünkü bu belirtiler adet döngüsünün olmadığı dönemlerde

yani ergenlik öncesi, gebelik ve menapozda ortadan kaybolmaktadır.

AYIRICI TANI

Pek çok genel tıbbi duruma ait belirtiler adet öncesi dönemde alevlenebilir. AÖDB için özel bir laboratuvar incelemesi yoktur. Ancak altta yatan diğer bir bozukluk için çeşitli incelemeler yapılabilir. Ayırıcı tanıda endometriosis, kronik yorgunluk sendromu, migren, sistemik lupus eritematosus, iritabl kolon sendromu, epilepsi, fibrokistik meme hastalığı, hipohipertiroidi, Cushing hastalığı gibi endokrin hastalıklar akılda tutulmalıdır. Jinekolojik muayene ihmal edilmemeli ve gerekirse batin ultrasonografisi yapılmalıdır.

Ayırt edilmesi gereken en önemli bozukluklar ise örneğin distimik bozukluk gibi hafif duygudurum bozuklukları ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu gibi kronik anksiyete bozukluklarıdır. Adet öncesi dönemde yakınmaları olan kadınlarda bu tablolar alevlenebilir. Günlük sorun çizelgeleri bu tabloları ayırt etmede en önemli araçlardır. Bu bozuklukları olan kadınlarda sadece geç luteal evrede değil diğer evrelerde de belirtiler bulunması ayırıcı tanıyı kolaylaştırır.

RİSK ETKENLERİ

Doğum sonrası depresyon öyküsü ve doğum kontrol hapları ile duygudurum dalgalanmaları gösteren kadınlar daha fazla risk altında gibi görünmektedir. Ayrıca geçirilmiş depresyon ve ailede AÖDB öyküsü veren kadınlarda daha sıklıkla rastlanmaktadır. Adet öncesi belirtileri 15 günlük luteal evre boyunca yaşayan kadınlarda ise major depresif bir atak geçirme riski de yüksektir.

TEDAVİ

a. İlaç dışı tedaviler:

1. Eğitim, destek: Çoğu hastada değerlendirme formlarını bile doldururken belirtilerde rahatlama gözlenmektedir. Adet öncesi belirtilere karşı hastayı bilinçlendirmek bir çok hafif ya da orta şiddetteki olgularda düzelmeye sağlayabilir.
2. Aileyi bilgilendirme,
3. Stresi azaltma,
4. Yeme alışkanlıklarını düzenleme: Tuz, alkol ve kafeini kısıtlama,
5. Bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar,

6. Beden egzersizleri,
7. Gevşeme teknikleri.

b. İlaç tedavisi:

1. Psikotrop ilaçlar: Özellikle serotonin geri alım engelleyicileri en yararlı ilaç grubudur. Fluoksetin (ortalama 20mg/gün), sertralin (50-150 mg/gün), sitalopram (20 mg/gün), paroksetin (20 mg/gün) en fazla çalışma yapılan ilaçlardır. Olguların yaklaşık %70'inde belirtilerde belirgin düzelmeye sağlanmaktadır. Çoğu olguda adet döngüsünde adetten 7-10 gün öncesi ve adetten 1-2 gün sonrası kesintili uygulama yeterli olmaktadır.

2. Hormonal tedaviler: Özellikle deri altı ya da transdermal uygulanan östrojen adet öncesi belirtileri iyileştirmektedir.

Sentetik bir androjen olan danazol da hipotalamik-hipofizer-ovarian eksenini etkileyerek anovulasyon yaparak tedavi edici etkisini göstermektedir.

Gonadotropin salgılatan hormon agonistleri de (leuprolid gibi) danazole benzer etkiyle ovulasyonu durdurarak belirtilerde rahatlamaya sağlarlar. Ancak bu son iki grubun uzun süreli kullanımdaki etkileri ve yan etkileri konusu açıklığa kavuşmamıştır.

Üç fazlı doğum kontrol haplarının da memelerde hassasiyet ve şişme üzerine etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak duygudurum ve iritabilite üzerine etkileri yoktur.

3. Vitamin ve mineraller: Pridoksin, kalsiyum, magnezyum ve E vitamini verilmesi ile rahatlayan olgular bildirilmiştir.

4. Diüretikler: Adet öncesi sıvı tutulumu için yararlı olabilirler. Spironolakton tiazid grubu diüretikler yararlı olabilir. Duygudurum belirtileri olan ödemli kadınlarda duygudurum belirtilerini de düzeltirken, duygudurum belirtileri olup ödemi olmayan kadınlarda ise bu belirtileri etkilemedikleri gösterilmiştir.

5. Prostoglandin inhibitörleri: Pelvik ağrı, baş ağrısı ve krampları önlerler. Ancak duygudurum belirtilerine etkileri yoktur.

6. Diğer ajanlar: Beta blokerler (atenolol ve klonidin) anksiyete, depresyon, iritabilite belirtilerini düzeltirken, naltrekson ise bu duygudurum belirtileri yanısıra şişme ve baş ağrılarını da geçirebilirler. Adet öncesi mastalji için bromokriptin önerilmektedir.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. ACOG committee opinion (1995) Premenstrual syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*, 50:80-84.
2. Altshuler LL, Hendrick V, Parry B (1997) Pharmacological management of premenstrual disorder. *Harv Rev Psychiatry*, 2:223-245.
3. American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. Baskı (DSM-IV), Washington DC, s. 717-718.
4. Campbell EM, Peterkin D, O'Grady K et al. (1997) Premenstrual symptoms in general practice patients: prevalence and treatment. *J Reprod Med*, 42: 637-646.
5. Endicott J, Harrison W (1990) *Daily Rating of Severity of Problems Form*. New York, NY: Dept of Research Assessment and Training, New York State Psychiatric Institute.
6. Freeman EW, DeRubeis RJ, Rickels K (1996) Reliability and validity of a daily diary for premenstrual syndrome. *Psychiatry Res*, 65:97-106.
7. Freeman EW, Sondheimer SJ, Rickels K (1997) Gonadotropine releasing hormone agonist in the treatment of premenstrual symptoms with and without ongoing dysphoria: a controlled study. *Psychopharmacol Bull*, 33:303-309.
8. Freeman EW, Rickels K, Arredondo F et al. (1999) Full- or half-cycle treatment of severe premenstrual syndrome with a serotonergic antidepressant. *J Clin Psychopharmacol*, 19:3-8.
9. Mortola JF, Girton L, Beck L et al. (1990) Diagnosis of premenstrual syndrome by a simple, prospective, and reliable instrument: the calendar of premenstrual experiences. *Obstet Gynecol*, 76:302-307.
10. Ramcharan S, Love EJ, Fick GH et al. (1992) The epidemiology of premenstrual symptoms in a population based sample of 2650 urban women: attributable risk and risk factors. *J Clin Epidemiol*, 45(4): 377-392.
11. Steiner M, Steinberg S, Stewart D et al. (1995) Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *N Eng J Med*, 332:1529-1534.
12. Steiner M, Streiner DL, Steinberg S et al. (1999) The measurement of premenstrual mood symptoms. *J Affect Disord*, 53: 269-273.
13. Steiner M, Wilkins A (1996) Diagnosis and assesment of premenstrual dysphoria. *Psychiatr Ann*, 26:571-575.
14. Wikander I, Sundblad C, Andersch B et al. (1998) Citalopram in premenstrual dysphoria: is intermittent treatment during luteal phase more effective than continuous medication throughout the menstrual cycle? *J Clin Psychopharmacol*. 18:390-398.
15. World Health Organization (1992) *International Classification of Disease and Related Health Problems*. 10. Baskı (ICD-10), Geneva.
16. Yonkers K, Gullion C, Williams A et al. (1996) Paroxetine as a treatment for premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 16:3-8.
17. Yonkers KA, Halbreich U, Freeman EW et al. (1997) Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment: a randomized controlled trial. *JAMA*, 278:938-988.
18. Yonkers KA (1997) The association between premenstrual dysphoric disorder and other mood disorders. *J Clin Psychiatry*, 58 (Suppl 15):19-25.