

TULBURĂRILE PSIHICE ÎN SINDROMUL PREMENSTRUAL (SPM)

Dorina Nicolaescu, Cristina Cheptene, Marina Lopusanscaia,

Veronica Mîndrilă, Parascovia Sagaidac

(Conducător științific – Ion Coșciug, dr., conf. univ.)

Catedra Psihiatrie și Narcologie, FPM USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Psychic Disorders of the Premenstrual Syndrome (PMS)

The premenstrual syndromes (PMS) are represented by a group of physical and/or neuropsychological symptoms which repeat during the late luteal phase of the menstrual cycle at about 5% of female population and disappear with the onset of menstrual bleeding, having a major impact on the quality of life and social activity. The only treatments which proved to be really efficient are the medical or surgical suppression of ovarian steroidogenesis or the administration of serotonin recaptation specific inhibitors. Although the diseases etiopathogeny are not completely studied yet, it is considered that one of the fundamental mechanism is represented by the steroidogenesis disorder at the central nervous system level, especially in the allopregnenolon methabolism, which activates the GABA-ergic system dopamin junction, catecholamins system, 5HT serotonin. While the mild PMS responds to a diet and the symptomatic treatment, the severe ones needs the collaboration between gynecologist and psychiatrist regarding administration of specific medication.

Rezumat

Sindroamele premenstruale sunt reprezentate de un ansamblu de simptome fizice și/sau neuropsihice care apar repetitiv în faza luteală tardivă a ciclului menstrual la circa 5% din populația feminină și se remit o dată cu declanșarea sângerării menstruale, având un impact major asupra calității vieții și desfășurării activității sociale. Singurele tratamente care și-au dovedit cu adevărat eficiența sunt reprezentate de suprimarea pe cale medicală sau chirurgicală a steroidogenezei ovariene sau administrarea de inhibitori specifici ai recaptării de serotonină[3;8]. Deși etiopatogenia afecțiunii nu este pe deplin elucidată, se consideră că unul din mecanismele fundamentale îl reprezintă tulburările steroidogenezei la nivelul Sistemului nervos central(SNC), în special a metabolismului allopregnenolonului ce acționează asupra sistemului GABA-ergic, asupra joncțiunii dopamină – sistem endocrin din diencefal, sistemului catecolaminic, sistemului noradrenalină – acetilcolină cu efecte alfa 2, joncțiunii 5 HT- psihoendocrină, joncțiunii între substanța P și 5HT encefaline, somatostatinei[4;5;6;]. Deci formele ușoare de SPM beneficiază de regim igienodietetic și tratament simptomatic, în timp ce în formele severe se impune colaborarea între ginecolog și psihiatru în vederea administrării unei medicații specifice.

Actualitatea temei

Sindroamele premenstruale sunt reprezentate de un ansamblu de simptome fizice și/sau neuropsihice care apar repetitiv în faza luteală tardivă a ciclului menstrual și care se remit o dată cu declanșarea sângerării menstruale. Deși tulburări minore apar premenstrual la 20-40% dintre femei, la 5-10% din populația feminină manifestările sindromului premenstrual prezintă un impact negativ asupra calității vieții și a posibilităților de desfășurare normală a activităților sociale. Sindroamele premenstruale reprezintă o patologie cu manifestări clinice diverse, dominate de tulburări neuropsihice. Tulburările neuropsihice pot să prezinte în anumite cazuri un asemenea grad de severitate, încât au fost clasificate în 1994 în DSM - IV (Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders) în cadrul unei entități morbide sub denumirea de tulburare disforică premenstruală (TDPM) deși clasificarea internațională a maladiilor (CIM-10) recunoaște entitatea clinică echivalentă cu altă disfuncție sexuală non – organică (F52.8), [1;2]. Pentru a încadra pacienta în tulburare disforică premenstruală, aceasta trebuie să prezinte în cursul mai multor cicluri menstruale dintr-un an cel puțin 5 din cele 11 criterii de simptome,

conform clasificării DSM-IV din care cel puțin 1 să facă parte din primele 4 criterii. Simptomele tulburării disforice premenstruale conform clasificării DSM - IV:

1. Stare depresivă marcată sau sentiment de disperare, autodeprecieri;
2. Anxietate marcată, tensiune psihică, impresie de tensiune, nervozitate;
3. Labilitate emoțională marcată;
4. Furie sau iritabilitate marcată și persistentă și exacerbarea conflictelor interpersonale;
5. Diminuarea interesului pentru activitățile obișnuite (muncă, școală, prieteni, distracție);
6. Dificultăți subiective de concentrare;
7. Letargie, oboseală excesivă sau pierdere marcată de energie;
8. Modificări semnificative ale apetitului, hiperfagie, nevoie imperioasă de anumite alimente;
9. Hipersomnie sau insomnie;
10. Sentimentul de a fi deșărit de evenimente sau de pierdere a controlului;
11. Alte simptome fizice, ca tensiunea sau umflarea sânilor, cefalee, dureri articulare sau musculare, balonări, creșterea în greutate.

Diagnosticul pozitiv al sindroamelor premenstruale este clinic și se bazează pe evidențierea caracterului ciclic și premenstrual al simptomelor care dispar după declanșarea sângerării menstruale. Mecanismele sindroamelor premenstruale (SPM) actual nu sunt clar elucidate. Titrul gonadotrofinelor, al steroizilor sexuali și al prolactinei nu diferă la pacientele cu SPM comparativ cu femeile care nu prezintă această afecțiune. Răspuns terapeutic adecvat s-a realizat prin supresia funcției hormonale a ovarului prin administrare de blocați ai funcției ovariene de tipul analogilor de Gh-Rh(growth hormoni- releasing hormoni) sau prin ovariectomie bilaterală. Un răspuns terapeutic în 70% dintre cazuri prin administrarea de antidepressive care se adresează sistemului serotoninergic. Se cunoaște prezența receptorilor pentru hormoni steroizi la nivelul sistemului nervos central, receptori care sunt implicați în reglarea funcției comportamentale. Se poate deduce că există la pacientele cu sindroame premenstruale o susceptibilitate crescută de origine genetică a SNC la variațiile steroizilor sexuali. Observațiile clinice determină debutul sindroamelor premenstruale la un interval de 5-10 ani de la instalarea menarhei, probabil progresiv are loc sensibilizarea farmacologică a structurilor SNC la steroizii sexuali., în special cu componente neuropsihice, o perturbare a mecanismului de secreție a neurosteroidelor de la nivelul SNC, cu afectarea sistemului GABA-ergic, dopaminergic, serotoninergic cu rol în controlul anxietății și al depresiei. Faptul că singurul tratament eficient în afara suprimării funcției ovariene s-a dovedit a fi administrarea de inhibitori specifici ai recaptării de serotonină, în condițiile lipsei de răspuns terapeutic la anxioliticele clasice, poate fi explicat prin acțiunile secundare a inhibitorilor de recaptare a serotoninei. Respectiv, influența acestora asupra unor enzime ce controlează sinteza neurosteroidelor, cum ar fi 3 alfa hidroxisteroid dehidrogenaza, mecanism independent de inhibiția recaptării serotoninei, aducând în acest fel în limite normale mecanismul de secreție a neurosteroidelor[3;5;8;].

Femeile și bărbații gândesc în mod diferit pentru că au creierul construit din material genetic diferit, explicația ar fi aceea că la nivelul creierului feminin se produce doar jumătate din cantitatea necesară de serotonină, hormon care induce starea de bine.

Motivația care a stat la baza inițierii unui studiu privind tulburările psihice în sindromul premenstrual a fost determinată de frecvența cazurilor la femeile în perioada reproductivă, aproximativ trei din fiecare patru femei care au menstruație trec prin acest sindrom premenstrual. E mult mai probabil ca aceste probleme să afecteze femeile între 30 și 40 de ani, însă în prezentul studiu se observă prezența sindromului premenstrual prin rândul adolescentelor. Schimbările fizice și emoționale care fac parte din sindromul premenstrual pot fi mai mult sau mai puțin intense cu fiecare ciclu menstrual. SPM poate apărea și dispărea în timpul anilor în care femeia este fertilă, simptomatologia se amplifică în jurul vârstei de 40 de ani. Un indicator veritabil al SPM este natura ciclica a simptomelor. De obicei există o perioadă de o săptămână după ce menstruația s-a terminat, fără simptome. SPM apare în perioada luteală (între ovulație și debutul sângerărilor menstruale), femeia observă că severitatea și modul de apariție a simptomelor variază de la o lună la alta și că acestea apar sau dispar fără o cauză clară.

Scopul lucrării

A vizat studierea manifestărilor clinice ale sindromului premenstrual la un lot de adolescente cu vârsta cuprinsă între 17 - 26 ani și în baza datelor de literatură evidențierea modificărilor neurohormonale la categoria de persoane menționată.

Materiale și metode

Pentru realizarea scopului propus, au fost investigate 60 de adolescente dintre care 32 de adolescente au manifestat SPM, cu vârstă cuprinsă între 17 și 26 de ani care provin din diverse pături sociale. Vârsta examinațiilor denotă faptul că maladia interesează preferențial vârsta tânără, aptă de muncă. Atenția a fost axată asupra dinamicii intrapsihice, asupra relațiilor intersubiective a aspectelor ce vizează istoricul maladii, discifării anamnestice, precizarea antecedentelor eredocolaterale, privind mediul din care provine persoana respectivă.

Informații clinice referitoare la pacienții examinați

Nr.de ord.	Simptomica	Nr. de cazuri	%
I.	Simptomele fizice		
	• Umflarea și sensibilitatea sînilor	11	34,37%
	• Retenția de lichide	26	81,25%
	• Balonare	19	59,37%
	• Creștere în greutate	26	81,25%
	• Schimbări ale tranzitului intestinal	8	25%
	• Acutizarea acneei	19	59,37%
	• Acutizarea herpesului	7	21,85%
	• Durere a mușchilor, articulațiilor, de spate	11	34,27%
	• Scăderea libidoului	20	62,5%
	• Furie	23	71,87%
	• Iritabilitate	26	81,25%
	• Schimbări ale ritmului nictimeral(al somnului)	25	78,12%
	• Pofta de mâncare exagerată	23	71,87%
	• Cefalee	21	65,62%
II.	Simptomele comportamentale		
	• Agresivitate	27	84,37%
	• Atitudine retrasă față de familie și prieteni	19	59,37%
III.	Simptome emoționale		
	• Depresie	26	81,25%
	• Deznădejde	13	40,62%
	• Anxietate	21	65,62%
	• Nervozitate	17	53,12%
	• Incapacitate de concentrare a atenției	11	34,37%
	• Slăbiciune emoțională	18	56,25%
	• Sensibilitate la durere	22	68,75%

Rezultate și discuții

Sindromul premenstrual și forma sa mai severă, numită sindromul disforic premenstrual sunt strâns legate de sistemul neuroendocrin. Deoarece la femei există un sistem hormonal complex, nu sunt cunoscute în totalitate șirului de evenimente ce duc la declanșarea sindromului premenstrual la unele dintre acestea, dar nu la toate[8;11].

Singura cauză direct cunoscută este cea moștenită genetic, s-a observat că majoritatea femeilor ce prezintă acest sindrom au rude apropiate care suferă de aceeași simptomatologie. Modificările sistemului endocrin implicate în declanșarea sindromului premenstrual sunt:- nivelul ridicat al aldosteronului (un hormon secretat de glanda suprarenală), utilizarea dezechilibrată a serotoninei, dopaminei, noradrenalinei, adrenalinei, neuropeptidelor, niveluri scăzute de endorfine determină instalarea anxietății și depresiei, insomniei, agresivității, sensibilității la durere; hipersecreției de prostaglandine, sensibilitatea la insulină, care poate duce la hipoglicemie. Studiile demonstrează că femeile cu SPM, sunt vulnerabile la modificările de estrogen, estrogenul crește nivelul de serotonină și a numărului de receptori pentru serotonină la nivelul creierului, modifică producerea și efectele endorfinelor, substanțe chimice din creier responsabile pentru starea de bine.

Concluzii

Observațiile practice împreună cu studiul sistematic al comportamentului feminin în perioada premenstruală, permite evidențierea anumitor tipologii premenstruale.

1. Substratul neuroendocrin la femeile cu SPM poate fi conceput ca un sistem pluridimensional fiind implicat: sistemul serotoninergic, dopaminergic, adrenergic, noradrenergic, hipotalamus-hipofiză-corticosuprarenale.
2. La persoanele examinate predomină următoarele simptome: depresie, iritabilitate, agresivitate, furie, schimbări ale ritmului nictimeral(al somnului), anxietate, sensibilitate la durere, pofta de mâncare exagerată ,slăbiciune emoțională
3. Anamneza eredocolaterală demonstrează prezențe SPM în 72% la rudele de gradul I-II.
4. SPM debutează la 5-10 ani de la instalarea menarhei, probabil datorită sensibilizării farmacologice progresive a structurilor SNC la steroizii sexuali.
5. La categoria de persoane examinate probabil se produce un dezechilibru neurochimic și hormonal dinamic datorat suprasolicității activității nervoase superioare și a mecanismelor adaptative ale organismului.

Bibliografie

1. Clasificarea ICD – 10 a Tulburărilor mentale și de comportament, OMS Geneva 1992; 266 -141
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association 4th ed 1994.
3. Dinmock P.W., Wyatt K.M., Jones P.W. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome. A sistematic review. Lancett 2000; 1.131-6.
4. Dragoș Marrinescu, Tratat modern al schizofreniei și psihozelor afective, aius 1997, 331-22
5. Girdler S.S., Straneva P.A., Light K.C. Allopregnenolone levels and reactivity to neonatal stress in Premenstrual Dysphoric Disorder Biol. Psychiatry 2000; 49: 788-97.
6. Gold I.H. Premenstrual dysphoric disorder. An update. I. Pract. Psychiatry Behav. Health 1999, 5: 209-15.
7. Huden H.”A molecular basis of neuron-geia interation” in Macromolecular specificity and biological memory. Mit Press, Cambridge, 1962
8. Hugin-Flores M., Steimer T. Physiopathologie du trable dysphorique premenstrual Med. Hyg. 2002; 60: 733-6.
9. Johnson S.R. Premenstrual syndrome therapy. Clin. Obstet. Gynecol. 1998; 41-405-21. 10. Oprea N., Nacu A., Oprea V. Psihiatrie, Chișinău, 2007; 461-229;
11. Schmidt P.I., Nieman L.K., Grover G.N. Lack of effect of induced menses in women with premenstrual syndrome. N. Engl. J. Med 1991, 324; 1.174-79.
12. Smith S.S., Gong Q., Li X. GABA receptor alpha 4 subunit supression prevents with drawal properties of an endogenous steroid. Nature 1998: 392: 926-30.
13. Tamborini A., Taurelle R. Les Syndromes premenstruels. Encyclopedie medico-chirurgicale. Gynecologie, 1991.