



Prämenstruelle dysphorische Störung und Zephalgie

Wir berichten über eine 42-jährige Patientin mit prämenstrueller dysphorischer Störung (PMDS) – einer schweren Form des prämenstruellen Syndroms (PMS), wobei die psychische Komponente im Vordergrund steht. Eine PMDS tritt bei ca. 2–8% der Frauen im reproduktiven Alter auf [1, 2].

Die Erstvorstellung der Patientin erfolgte vor 2 Jahren. Frau F. beschrieb über einen Zeitraum von 2 bis 3 Jahren vermehrt zyklusabhängige Veränderungen wie eine Anspannung, Stimmungsschwankungen, Herzrasen und Unterbauschmerzen. Des Weiteren bestanden Müdigkeit und Konzentrationsstörungen. Typischerweise traten die Beschwerden in der Lutealphase verstärkt auf und liessen während der Menstruation kontinuierlich nach. Ausserdem litt die Patientin ebenfalls zyklisch unter starken Zephalgien, die aufgrund ihrer Intensität zu mehrfachen Hospitalisierungen geführt hatten, schliesslich aber als Migräne mit Aura klassifiziert wurden. Als Vorerkrankungen sind ausserdem eine Hashimoto-Thyreoiditis und ein Zustand nach Borreliose bekannt. Die Patientin gab gelegentlichen Nikotinkonsum an. Aufgrund der starken Belastung durch die Symptome wurde eine ambulante psychotherapeutische Therapie begonnen.

Eine MRT- und CT-Untersuchung des Gehirns zeigte einen altersentsprechenden unauffälligen Befund.

Die Hormonbasisdiagnostik am 2. Zyklustag zeigte folgende Ergebnisse: LH 7,1 IU/l, FSH 6,6 IU/l, Prolaktin im Serum 23,5 ng/ml, Estradiol 60 pg/ml; Testosteron 22 ng/dl, DHEAS 131 µg/dl, Androstendion i.S. 1,15 ng/ml. Das TSH lag bei 2,8 mU/l.

Sonographisch stellte sich ein unauffälliges inneres Genitale dar, bis auf die Darstellung eines kleinen bekannten intramuralen Myoms der Hinterwand (8 × 7 mm).

Folgende Therapieversuche wurden unternommen

Aufgrund der diagnostizierten Migräne mit Aura wurde von der Einnahme kombinierter hormoneller Kontrazeptiva abgeraten im Hinblick auf ein erhöhtes Risiko für einen ischämischen Hirninfarkt [3].

Eine Umstellung des Lebensstils als Basis der weiteren Behandlung (Sport, ausgewogene Ernährung, Hygiene des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie Verzicht auf Nikotin und Alkoholkonsum) wurde in die Wege geleitet [1].

Bereits vor der Erstvorstellung in unserer Ambulanz wurde zur Beherrschung der Symptome ein Therapieversuch mittels Desogestrel 75 µg durchgeführt. Aufgrund einer dauerhaften Schmierblutung über 4 Monate wurde das Präparat jedoch abgesetzt.

Ein weiterer Versuch mit einer Levonorgestrelminipille führte zu keiner Verbesserung der Symptome.

Hier wurde ein häufiger Fehler in der Behandlung des PMS begangen. Eine Besserung der Symptome ist aufgrund einer fehlenden Ovulationshemmung durch die Minipille nicht zu erwarten.

Eine perimenstruelle transdermale Substitution von Estradiol wurde in der Folge eingeleitet, um den perimenstruell abfallenden Estradiolspiegel zu erhöhen. Zunächst wurde die Kombination mit einem Gestagen-IUD gewählt. Dies führte aber zu einer spontanen Expulsion des

IUD. Eine erneute IUD-Einlage wurde von der Patientin daraufhin abgelehnt.

Die perimenstruelle transdermale Substitution von Estradiol wurde danach mit einer oralen zyklischen Gestagengabe mit mikronisiertem Progesteron kombiniert. Das Ergebnis war eine deutliche Symptomminderung prämenstruell. Dafür traten aber leider verstärkte Übelkeit, Mastodynie, körperliche Schwäche und Atemnot während der Periode sowie 4 Tage postmenstruell auf.

Mit dem Ziel der Fortführung der transdermalen Estradiolgabe perimenstruell wurde auf eine kontinuierliche Gestagengabe umgestellt. Als Gestagen wurde Chlormadinonacetat in doppelter Ovulationshemmdosis zur sicheren Zyklussuppression verabreicht.

Durch die Ovulationshemmung konnte eine zyklusabhängige Hormonschwankung im Blut ausgeglichen werden ohne störende Zwischenblutungen.

Seit der Therapieumstellung berichtet die Patientin über eine deutliche Linderung der Symptome. Sie nimmt weiterhin eine stützende psychotherapeutische Betreuung in Anspruch. Zephalgien treten nur noch selten auf. Keine davon führte bisher zur Hospitalisierung.

Fazit

Die PMDS ist eine schwere Form des PMS, die bei 2–8% der gebärfähigen Frauen vorkommt. Die Symptome einer PMDS treten in der zweiten Zyklushälfte auf. Die betroffenen Frauen leiden unter körperlichen und psychischen Erscheinungen, wobei die psychischen Symptome in den Vordergrund treten. Es können mehrere Jahre bis zur Diagnosestellung und adäquaten Therapie vergehen. Hier

ist zu berücksichtigen, dass die PMDS oft mit anderen psychischen Erkrankungen einhergeht.

Die Therapie der PMDS basiert auf 2 Säulen:

1. Unterbindung der zyklusabhängigen Schwankungen des Hormonspiegels im Blut
2. Modifikation der Neurotransmitterstoffwechselstörung und psychotherapeutische Begleitung [4]

Das Anpassen der Therapie unter Berücksichtigung der Vorerkrankungen der Patientin kann mehrere Monate dauern. Dies verlangt von den Patientinnen sowie behandelnden Ärzten und Therapeuten Geduld und gute Zusammenarbeit.

Korrespondenzadresse

Rahila Nuriyeva

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main,
Deutschland
Rahila.Nuriyeva@kgu.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. R. Nuriyeva und A. Bachmann geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autorinnen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Ma-

terials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Otti-Rosebrock G (2015) Das prämenstruelle Syndrom (PMS). https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2015/02/Das_praemenstruelle_Syndrom.pdf. Zugegriffen: 10. Okt. 2021
2. von Wolf M, Stute P (2013th) Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Schattauer, Stuttgart, S 103–109
3. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2019) Leitlinie Hormonelle Empfängnisverhütung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-015I_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhuetzung_2020-09.pdf. Zugegriffen: 11. Okt. 2021
4. Schwenkhagen A, Schaudig K (2019) Die prämenstruelle dysphorische Störung. <https://www.rosenfluh.ch/media/gynaekologie/2019/02/Die-praemenstruelle-dysphorische-Stoerung.pdf>. Zugegriffen: 12. Okt. 2021

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer