GYNAECOLOGIE

Bij cyclusklachten is de kalender de diagnose

Premenstruele klachten worden beoordeeld op wat een vrouw voelt. Het onderscheid dat de behandeling bepaalt, zit ergens anders: in wanneer ze het voelt, en vooral in hoe de week na de menstruatie eruitziet.

1,6%
van de vrouwen heeft PMDD wanneer de diagnose met een dagboek bevestigd is

64%
van de vrouwen met een depressie meldt een verergering vóór de menstruatie

2 cycli
dagelijks noteren is nodig om de diagnose te bevestigen

Het zijn de hormonen. Zo luidt de verklaring voor wie zich elke maand een week lang somber, prikkelbaar of opgejaagd voelt. De zin suggereert dat er iets mis is met die hormonen: te veel, te weinig, uit balans.

Dat is niet wat het onderzoek vindt.

+ Normale hormonen, een ander antwoord

Vrouwen met PMDD, de ernstige vorm van het premenstrueel syndroom met vooral stemmingsklachten in de dagen vóór de menstruatie, hebben geen andere hormoonspiegels dan vrouwen zonder klachten [2]. Het verschil werd zichtbaar in een experiment uit 1998 [1]. Onderzoekers legden de eierstokken tijdelijk stil met een geneesmiddel. Bij de vrouwen met premenstruele klachten verdwenen die. Daarna gaven ze, terwijl de eierstokken stil bleven liggen, opnieuw oestradiol of progesteron. Bij de tien vrouwen met premenstruele klachten kwamen de klachten terug. Bij vijftien vrouwen zonder klachten, die exact hetzelfde kregen, gebeurde er niets.

Dezelfde hormonen. Een ander brein.

Een vervolgstudie bij twaalf vrouwen verfijnde dat [2]. De klachten kwamen terug in de eerste maand waarin de hormonen opnieuw werden gegeven, en doofden uit in de

tweede en derde maand, hoewel de spiegels even hoog bleven. Niet het peil lokt de klachten uit, wel de verandering van laag naar hoog.

PMDD is dus geen hormoonstoornis. Het is een overgevoeligheid voor een normale schommeling.

+ Twee aandoeningen die op elkaar lijken

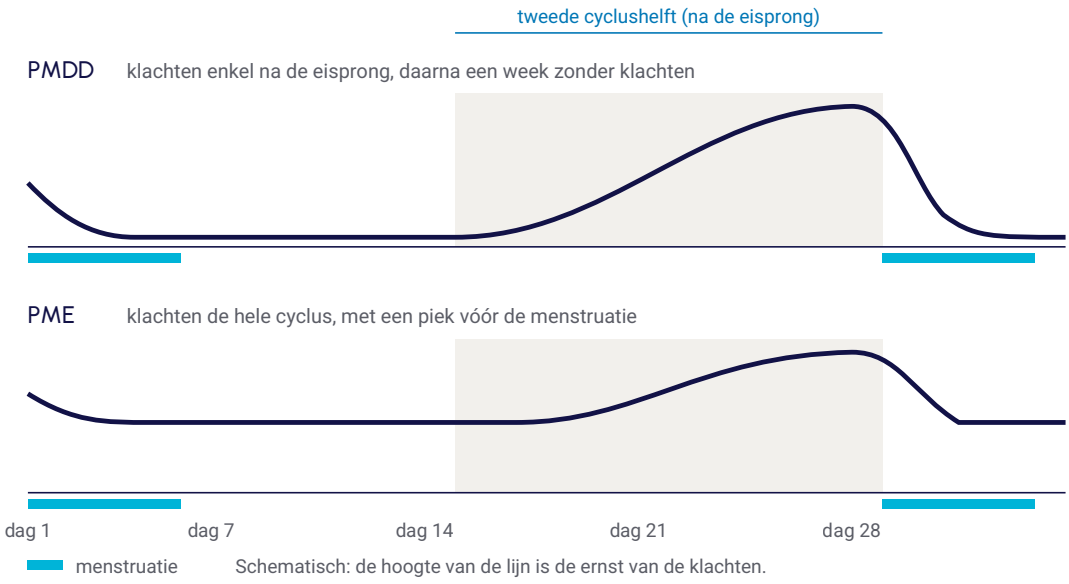
Die schommeling komt er elke maand na de eisprong. Daarom heeft PMDD een vaste plaats in de cyclus: de klachten beginnen in de tweede helft, verdwijnen binnen enkele dagen na het begin van de menstruatie, en daarna volgt minstens een week waarin er niets aan de hand is.

Er bestaat een tweede patroon dat er in de slechte week precies hetzelfde uitziet. Een vrouw heeft een depressie, een angststoornis, ADHD of migraine, de hele maand lang, en vóór de menstruatie wordt het erger. Dat heet premenstruele exacerbatie, afgekort PME: een piek bovenop een basislijn.

Zeldzaam is dat niet. Van 433 vrouwen met een depressie die nog menstrueerden, meldde 64% dat de klachten in de vijf tot tien dagen vóór de menstruatie verergerden [3].

Het verschil tussen beide zit niet in de slechte week. Het zit in de goede.

TWEE PATRONEN OVER ÉÉN CYCLUS



Figuur 1. PMDD en PME zien er in de week vóór de menstruatie hetzelfde uit. Het verschil zit in de rest van de cyclus. Schematische voorstelling, geen meetgegevens.

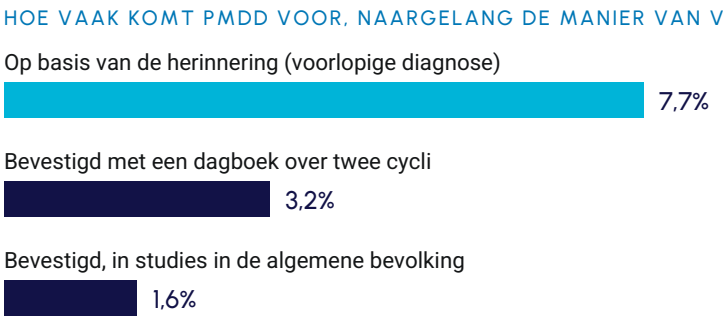
+ Het geheugen is een slechte kalender

Wie achteraf vertelt wanneer het slecht ging, vertelt vooral over de ergste dagen. De rest van de maand vervaagt. Een analyse van 44 studies bij 50.659 vrouwen toont

hoeveel dat uitmaakt [4]. Werd de diagnose PMDD gesteld op basis van de herinnering, dan had 7,7% van de vrouwen ze. Werd ze bevestigd met een dagboek, elke dag ingevuld over twee cycli, dan bleef 3,2% over. In studies in de algemene bevolking, met een bevestigde diagnose, was dat 1,6%.

Een dagboek doet nog iets anders: het toont de goede dagen. Wie alleen de slechte week onthoudt, vergeet dat er drie andere waren.

Meer dan de helft van de vermoedelijke diagnoses houdt dus geen stand zodra iemand dagelijks noteert. Dat betekent niet dat die vrouwen geen klachten hebben. Het betekent dat hun klachten een ander patroon volgen, en dus een andere aanpak vragen.



Figuur 2. Een dagboek halveert het aantal diagnoses. Bron: [4].

+ Wat het moment vertelt

In mijn praktijk lees ik in het dagboek eerst het moment van de klachten. Klachten die enkel na de eisprong komen en met de menstruatie verdwijnen, passen bij PMDD. Klachten die ook in de eerste cyclushelft aanwezig zijn, doen mij eerst aan PME denken: de uitlokkende hormoonverandering is er dan nog niet, dus moet er een andere basis zijn. Rond de overgang ligt het nog anders, omdat de cycli dan over elkaar schuiven en de eisprong zich verplaatst. En zware menstruaties met een ijzertekort, of een schildklierprobleem, kunnen hetzelfde beeld geven.

Voor de behandeling is dat geen detail. Bij PMDD richt de aanpak zich op de tweede cyclushelft of op het stilleggen van de schommeling. Bij PME wordt eerst de onderliggende aandoening behandeld, de hele maand door. Wie PME behandelt als PMDD, behandelt één week van een probleem dat vier weken duurt.

+ Waar het bewijs stopt

De twee experimenten telden tien en twaalf vrouwen, geselecteerd omdat ze goed reageerden op het stilleggen van de eierstokken. Het cijfer van 64% steunt op wat vrouwen zelf meldden, niet op een dagboek. PME is geen afzonderlijke diagnose in het handboek van de psychiatrie, en studies die behandelingen voor PME met elkaar

vergelijken, ken ik weinig. De manier waarop ik het moment van de klachten lees, is klinische redenering en geen bewezen beslisregel. En beide patronen kunnen samen voorkomen.

+ De vraag anders gesteld

De echte vraag is dus niet hoe erg de week vóór de menstruatie is, maar hoe de week erna is.

Wie met cyclusklachten naar een arts gaat, helpt zichzelf en de arts het meest met een dagboek van twee cycli. Elke dag een cijfer voor de belangrijkste klacht, en een kruisje op de eerste dag van de menstruatie. Meer is niet nodig.

PMDD verdwijnt met de menstruatie.

PME wordt alleen wat stiller.

VOOR DE COLLEGA

- Prevalentie van PMDD (44 studies, n = 50.659): bevestigde diagnose 3,2% (95%-BI 1,7–5,9), voorlopige diagnose 7,7% (5,3–11,0); bevestigd in bevolkingsstudies 1,6% (1,0–2,5) [4].
- GnRH-agonist met add-back van oestradiol of progesteron: recidief van de klachten bij 10 vrouwen met PMS, geen stemmingsverandering bij 15 controles [1].
- Uitlokking door de verandering van laag naar hoog, niet door de steady state: scores in maand 2 en 3 van continue add-back niet verschillend (n = 12) [2].
- Zelfgerapporteerde premenstruele verergering bij 64% van 433 premenopauzale vrouwen met een majeure depressie (STAR*D) [3].

+ Bronnen

1. Schmidt PJ, et al. Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. The New England Journal of Medicine, 1998.
2. Schmidt PJ, et al. Premenstrual dysphoric disorder symptoms following ovarian suppression: triggered by change in ovarian steroid levels but not continuous stable levels. The American Journal of Psychiatry, 2017.
3. Kornstein SG, et al. Self-reported premenstrual exacerbation of depressive symptoms in patients seeking treatment for major depression. Psychological Medicine, 2005.
4. Reilly TJ, et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder: systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 2024.

Dr. Philippe Elst schrijft deze blog in eigen naam. Dit artikel geeft algemene informatie en vervangt geen consultatie.