

# Interdisziplinäres PMS-Management in fünf Stufen

## Schweizer Experten entwickeln Algorithmus zur Therapie des prämenstruellen Syndroms

**Bis zu 40 Prozent der Frauen im reproduktiven Alter leiden an einem behandlungsbedürftigen prämenstruellen Syndrom (PMS) und bis zu 8 Prozent an einer prämenstruellen dysphorischen Störung (1). Auf einem Expertentreffen haben Gynäkologen, Endokrinologen, Psychiater und Psychologen aus der Schweiz zum PMS-Management einen interdisziplinären Algorithmus erarbeitet, der kürzlich publiziert wurde (2). Darin werden ein differenziertes Vorgehen in der Primär- und Sekundärversorgung, abhängig von der reproduktiven Phase der Patientinnen, sowie verschiedene Stufen der Diagnostik und Therapie empfohlen.**

Auf Stufe 1 des Algorithmus sind für die Erstversorgung Allgemeinmediziner und Gynäkologen zuständig, die auch die Diagnose anhand der Anamnese und der PMS-Symptome stellen. Die Experten empfehlen, den revidierten Fragebogen zum prämenstruellen Syndrom (PMS-r) entweder täglich oder mindestens zweimal pro Menstruationszyklus zu nutzen, beispielsweise während der Follikelphase (Tag 5–7) und der Lutealphase (entweder 14 Tage später oder 6 Tage vor der nächsten Menstruation) während zweier aufeinanderfolgender Zyklen.

Wenn nach gestellter Diagnose «PMS» oder «prämenstruelle dysphorische Störung» (PMDD) eine Erst- oder Zweitlinientherapie nicht anschlägt, sollte die Patientin zu einem gynäkologischen Endokrinologen überwiesen werden. In der

Dr. med. Ralph Hausmann

Sekundärversorgung ist ein Psychiater der geeignete Facharzt, wenn sich psychiatrische Komorbiditäten zeigen. Die Diagnostik wird durch die Bestimmung verschiedener Laborparameter (Tabelle 1) vervollständigt.

### Erstlinientherapie umfasst alternative Optionen

Bei der Therapie des PMS sollte laut dem Konsensus eine symptomabhängige Psychoedukation die Basis der Behandlung darstellen. Bei therapienaiven Frauen im reproduktiven Alter umfasst die Erstlinientherapie alternative Optionen für mindestens 2 bis 3 Monate (Tabelle 2). Die stärkste Evidenz für die Wirksamkeit solcher Behandlungsformen besteht für Kalzium, Mönchspfeffer (*Vitex agnus-castus* L.) sowie kognitive Verhaltenstherapie. Bei Nichtansprechen oder vorbehandelten Patientinnen sollten in der Zweitlinientherapie bei gewünschter Kontrazeption und fehlendem venösem Thromboserisiko kombinierte orale Kontrazeptiva über 2 Monate verschrieben werden.

Bei nicht notwendiger Kontrazeption oder einem Thromboserisiko kann ein Antidepressivum eingesetzt werden.

Tabelle 1:  
**Basislaborparameter**

Im reproduktiven Stadium	FSH (follikelstimulierendes Hormon) Östradiol (E2)
Bei Schilddrüsenerkrankungen	TSH (thyroidstimulierendes Hormon)
Bei Hyperprolaktinämie	Prolaktin
Beim Cushing-Syndrom/Morbus Addison	Kortisol

Zu bestimmende Basislaborparameter im Serum. Das Blut sollte morgens zwischen 8 und 9 Uhr vorzugsweise zwischen dem 2. und 5. Zyklustag bei der nüchternen Patientin abgenommen werden.

Tabelle 2:  
**Alternative Therapieoptionen**

#### **Mikronährstoffe**

• Kalzium	1200 mg täglich
• Vitamin E	150–600 IE täglich
• Vitamin B <sub>6</sub> (Pyridoxin)	50–100 mg täglich
• Magnesium	200–500 mg täglich
• Myo-Inositol	12 g Puder täglich

#### **Pflanzliche Präparate**

• <i>Vitex agnus-castus fructus</i> (Mönchspfeffer)	20 mg Trockenextrakt täglich
• <i>Hypericum perforatum herba</i> (Johanniskraut)	900 mg Trockenextrakt täglich
• <i>Oenothera biennis oleum</i> (Nachtkerzenöl)	1–6 g täglich
• <i>Crocus sativus</i> (Safran)	30 mg Trockenextrakt täglich
• <i>Gingko biloba folium</i>	120–240* mg Trockenextrakt täglich in der Lutealphase

(modifiziert nach [2])

\* mündliche Information Prof. P. Stute

Tabelle 3:  
**Algorithmus für die PMS-Therapie bei Frauen  
im reproduktiven Alter**

**Therapienaive Frauen mit PMS oder PMDD**

**Erstlinientherapie:** alternative Methoden, vor allem Mönchspfeffer, Kalzium, kognitive Verhaltenstherapie

**Zweitlinientherapie** bei Nichtansprechen nach 2 bis 3 Zyklen: Suppression der Ovulation mit kombinierten Kontrazeptiva oder bei Nichtansprechen. Antidepressiva (SSRI oder SNRI = selektive Serotonin-Norepinephrin-Wiederaufnahmehemmer)

**Drittlinientherapie** bei Nichtansprechen oder Nebenwirkungen nach 1 Zyklus: Spironolacton oder Ovulationssuppression

**Viertlinientherapie** bei Nichtansprechen oder Nebenwirkungen nach 2 Zyklen: Ovulationssuppression mit GnRH-Analoga plus MHT

**Letzte Therapiemöglichkeiten** bei Nichtansprechen oder Nebenwirkungen nach 2 Zyklen: chirurgische Ovulationssuppression (modifiziert nach [2])

Patientinnen, die selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) einnehmen, sollten eine Woche nach Behandlungsbeginn vom Arzt auf eine gesteigerte Angstsymptomatik hin begutachtet werden. Wenn Frauen schwanger werden wollen, sind die SSRI Citalopram und Sertralin die geeigneten Medikamente. Trizyklische Antidepressiva und Anxiolytika sollten nur von Psychiatern und nur Frauen mit schwerer prämenstrueller dysphorischer Störung verschrieben werden.

Sollte diese Therapie keinen ausreichenden Erfolg zeigen oder zu inakzeptablen Nebenwirkungen führen, kann eine Drittlinientherapie entweder mit Spironolacton oder einer Unterdrückung der Ovulation mittels transdermaler Östrogenen – in Kombination mit einem Gestagen zum Endometriumschutz – eingesetzt werden. Bei Gabe von Spironolacton

### Take Home Messages

- ✓ Das prämenstruelle Syndrom sollte laut dem Schweizer Konsensus je nach Effektivität und Verträglichkeit der Therapie sowie nach bestimmten Risikofaktoren und Komorbiditäten in fünf Stufen behandelt werden.
- ✓ Für die Erstversorgung der Patientinnen sind Allgemeinmediziner und niedergelassene Gynäkologen zuständig.
- ✓ Bei komplizierteren Verläufen kommt eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit gynäkologischen Endokrinologen, Psychiatern, Psychologen und Chirurgen in Betracht.
- ✓ Basis der Behandlung stellen alternative Methoden wie Psychoedukation, Mikronährstoffe und pflanzliche Präparate dar.
- ✓ Zu den darauf folgenden Therapieoptionen gehören die Suppression der Ovulation, Antidepressiva sowie Diuretika.
- ✓ Bei der Therapie ist zu beachten, ob sich die Patientin in ihrer reproduktiven Lebensphase oder im Übergang zu den Wechseljahren befindet.



*Doxli meint:*

**Dass du schlecht gelaunt aussiehst, merkst du, wenn die Nachbarin deinen Hund fragt, ob du beisst.**

sollten zur Kontrazeption Barrieremethoden eingesetzt und der Serumkaliumspiegel von Zeit zu Zeit überprüft werden.

#### Suppression der Ovulation

Wenn auch die Drittlinientherapie nicht den gewünschten Effekt bringt, kann eine Suppression der Ovulation mit GnRH-Analoga (Gonadotropin-releasing hormone agonists) in Kombination mit MHT (menopausaler Hormontherapie: Östrogen kombiniert mit Gestagenen) versucht werden. Da Langzeitdaten zur Sicherheit nicht verfügbar sind, wird eine Knochendichtemessung bei einer Therapie mit GnRH-Analoga ± MHT von über 6 Monaten mindestens alle 2 Jahre empfohlen. Bei deutlicher Abnahme der Knochendichte sollte die Therapie beendet werden. Als letzte Massnahme bei Versagen aller vorherigen Therapieoptionen kann ein chirurgischer Eingriff mit Hysterektomie und bilateraler Ovariectomie erwogen werden.

Laut den Empfehlungen sollten Frauen mit PMS über ein erhöhtes Risiko für Depressionen während einer Schwangerschaft, in der Post-partum-Phase sowie in der Perimenopause informiert werden. In solchen Fällen wird zu einer interdisziplinären Behandlung während der hormonsensitiven Lebensphase geraten.

#### Massnahmen in der Übergangszeit zur Menopause

In der Übergangszeit zur Menopause können prämenstruelle Symptome erneut einsetzen oder sich verschlechtern. Ähnlich wie bei den jüngeren PMS-Patientinnen sollten bei therapienaiven Frauen zunächst alternative Behandlungsmöglichkeiten für 2 bis 3 Monate versucht werden. Bei Nichtansprechen oder bei einer Vorbehandlung empfehlen die Experten eine 2-monatige Therapie mit E<sub>2</sub>-haltigen kombinierten oralen Kontrazeptiva bei erwünschter Kontrazeption

und fehlendem Thromboserisiko, orem Progesteron bei nicht notwendiger Kontrazeption oder Thromboserisiko beziehungsweise eine Suppression der Ovulation mit transdermalem Östrogen in Kombination mit einem Gestagen zum Endometriumschutz.

Bei Nichtansprechen oder Nebenwirkungen gehören auch bei Frauen in der Übergangszeit zur Menopause Antidepressiva, Spironolacton, GnRH-Analoga in Kombination mit MHT zu den weiteren Therapieoptionen sowie ein eventueller chirurgischer Eingriff als letzte Behandlungsmöglichkeit. Es muss in diesem Zusammenhang betont werden, dass in der Schweiz – ausser für Mönchspfeffer und Progesteron – keine anderen Therapieoptionen für die PMS-Behandlung zugelassen sind. **x**

#### **Literatur:**

1. Ryu A et al.: Premenstrual syndrome: a mini review. *Maturitas* 2015; 82: 436–440.
2. Stute P et al.: Interdisciplinary consensus on management of premenstrual disorders in Switzerland. *Gynecol Endocrinol* 2017; doi: 10.1080/09513590.2017.1284788.

#### zum Titelbild



**Schmerz**

**Alles überlagernd**

**Explosiv, schubweise, pulsierend**

**Linderung  
der unerträglichen Beschwerden**

**Erleichterung**