



Premenstrual Sendromun Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar

Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management

Halime ABAY, Sena KAPLAN

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Premenstrual sendrom (PMS) menstrüasyondan yaklaşık beş gün önce ortaya çıkan, menstrüasyonun başlamasıyla birkaç gün içinde sonlanan fiziksel ve psikolojik semptomların eşlik ettiği bir sağlık sorunudur. En yaygın görülen semptomlar iştah değişikliği, ödem, göğüslerde hassasiyet, abdominal ağrı, bel ağrısı, baş ağrısı, yorgunluk, uykusuzluk, depresif duygulanım, irritabilite, öfke nöbetleri, anksiyetedir. Çoğu kadının yaşamının yarısı premenstrual dönem sorunlarıyla geçmekte olup, yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir. Dünyada ve ülkemizde PMS prevalansı oldukça yüksektir. Bu bakımdan sağlık çalışanlarının ve kadınların PMS'ye ilişkin farkındalıklarının artırılması önem taşımaktadır. Derlemede uluslararası rehberler eşliğinde PMS'nin yönetimine ilişkin güncel yaklaşımların açıklanması amaçlanmıştır. PMS tanısı için ayrıntılı anamnez alınmakta, gerekirse konsültasyon ve laboratuvar incelemelerine başvurulmaktadır. Ayrıca kadının en az iki ay boyunca kayıt ettiği semptomların tipi ve menstrual siklustaki ortaya çıkış zamanı değerlendirilerek PMS tanısı doğrulanmaktadır. PMS'nin yönetimi integratif holistik yaklaşımı benimsemiş, multidisipliner bir ekip tarafından, bireyselleştirilmiş bir plan doğrultusunda kademeli olarak gerçekleştirilmektedir. Birinci basamakta PMS'ye ilişkin farkındalık oluşturulması ve kadınlara öz-izlemin, yaşam tarzı değişikliklerinin, diyet düzenlenmesinin ve stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi yer almaktadır. İkinci basamakta bilişsel davranışçı terapi ve tamamlayıcı alternatif tedavi yöntemleri uygulanmaktadır. Eğer sorun devam ederse üçüncü basamaktaki farmakolojik tedaviye geçilmektedir. Son olarak ise dördüncü basamakta yer alan cerrahi tedaviye başvurulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Premenstrual sendrom, hastalık yönetimi, kadın sağlığı

ABSTRACT

Premenstrual syndrome (PMS) is a health problem that occurs with physical and psychological symptoms presenting about five days before menstruation, end within a few days after the onset of menstruation. The most common symptoms are appetite changes, edema, breast tenderness, abdominal pain, back pain, headache, fatigue, insomnia, depressive affect, irritability, angry outbursts and anxiety. Most women's half of lives go through with premenstrual problems and quality of life is affected negatively. PMS prevalence is notably high in the world and in our country. In this respect, it is important to increase awareness of health professionals and women about PMS. The aim of this review is to explain current approaches of PMS management in the context of international guidelines. Getting detailed anamnesis for the diagnosis of PMS, if necessary, consultations and laboratory investigations are carried out. In addition, the diagnosis of PMS is confirmed by assessing women's symptom records for at least two months showing the type of symptoms and the time of appearance of these symptoms in the menstrual cycle. PMS management is carried out gradually by multidisciplinary team that adopted an integrative holistic approach in the direction of individualized plan. The first step includes creating awareness about PMS, teaching to women self-screening, lifestyle changes, regulation of diet, methods of coping with stress. In the second step, cognitive behavioral therapy and complementary alternative therapies are implemented. If the problem continues, there is pharmacological treatment in the third step. Finally, surgical treatment is applied in the fourth step.

Keywords: Premenstrual syndrome, disease management, women's health

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Halime ABAY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Tel.: +90 312 906 19 14 **E-posta:** halime_colak@hotmail.com **ORCID ID:** orcid.org/0000-0001-9286-9755

Geliş Tarihi/Received: 02.01.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 04.06.2018

Atıf: Abay H, Kaplan S. Premenstrual Sendromun Yönetiminde Güncel Yaklaşımlar. Bezmialem Science 2019;7(2):150-6.

©Telif Hakkı 2019 Bezmialem Vakıf Üniversitesi
Bezmialem Science, Galenos Yayinevi tarafından basılmıştır.

Giriş

Kadın yaşamında her ay tekrarlanan menstrüasyon, sağlıklı olmanın göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ancak menstrual siklusun ikincisi yarısında ortaya çıkan semptomlar çoğu kadının yaşamını olumsuz yönde etkilemektedir (1). Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG), menstrüasyondan yaklaşık beş gün önce ortaya çıkan, menstrüasyonun başlamasıyla birkaç gün içinde son bulan, fiziksel ve psikolojik semptomların eşlik ettiği tabloyu premenstrual sendrom (PMS) olarak tanımlamaktadır (2). Yirmili yaşların sonu ve kırklı yaşların ortaları PMS'nin en sık görüldüğü dönemlerdir (3). Premenstrual dönemde yaygın olarak aşırı yeme ve aşırma gibi iştah değişikliği, kilo alma, ödem, göğüslerde hassasiyet, eklemlerde ödem ve ağrı, abdominal ağrı, mide sorunları, bel ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi ve sersemlik, el ve ayaklarda terleme, yorgunluk, akne gibi deri sorunları, uykusuzluk ve kısa süreli uyku hali, libido azalması, depresif duygulanım, öfke patlamaları, irritabilite, ağlama nöbetleri, anksiyete, huzursuzluk, konfüzyon görülmektedir (2,3). PMS'ye bağlı yaşanan sorunlar nedeniyle kadınlar beden algısında değişiklik, özgüvende azalma, sosyal izolasyon yaşamaktadır ve kadınların kişilerarası ilişkileri bozulmaktadır (4,5). Aynı zamanda PMS'nin madde bağımlılığına, suça ve kazaya eğilimde artışa, ekonomik kayıplara, akademik başarıda düşüşe neden olduğu belirtilmektedir (4,6).

PMS'nin prevalansı incelendiğinde; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) 10 kadından 4'ünün premenstrual semptom yaşadığını ve bunların %5-8'inin ise PMS'den ciddi derecede etkilendiğini belirtmektedir (4). Bunun yanı sıra PMS'nin en düşük oranda Fransa'da (%12), en yüksek oranda ise İran'da (%98) görüldüğü dikkat çekmektedir (7). Ülkemizde de PMS oldukça yaygın olup, çalışmalarda PMS'nin özellikle genç yaş grubu kadınlarda yüksek oranda (%66-%91,8) görüldüğü bildirilmektedir (8-10). PMS yaşama sıklığı kültürel özelliklerden etkilense de, PMS'nin yaygın bir kadın sağlığı sorunu olduğu görülmektedir. Kadın yaşamının yarısının premenstrual dönem sorunlarıyla geçtiği göz önüne alındığında, sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalıklarının artırılması ve kadınlara PMS yönetimi için gerekli özbakım uygulamalarının öğretilmesi önem taşımaktadır. Derlemede uluslararası rehberler eşliğinde PMS'nin yönetimine ilişkin güncel yaklaşımların sunulması amaçlanmıştır.

PMS'nin Etiyolojisi

PMS'nin nedeninin hala net olmadığı, ancak multifaktöriyel olduğu bilinmektedir (4,11). Günümüzde PMS'nin overial hormon düzeyleri, serotonin düzeyi ve Gama-Aminobütirik Asit (GABA) düzeyi ile ilişki olduğuna dair teoriler üzerinde durulmaktadır (11). İlk teoriler PMS'nin overial hormon düzeyleri ile ilişkili olduğu üzerine kuruludur. Puberte öncesinde, gebelikte, menopoz sonrasında, gonadotropin relasing hormon (GnRH) analogları ile tedavi sırasında PMS yaşanmaması bu durumu düşündürmektedir (4,5). Ancak semptomatik ve asemptomatik kadınların progesteron seviyeleri karşılaştırıldığında anlamlı farklılığa da rastlanamamaktadır (5). Bu durum bazı kadınların progesterona daha fazla duyarlı olduğu teorisi ile açıklanmaktadır (4).

Diğer teorilerden biri, beyindeki serotonenik aktivitenin overial hormonlardan etkilenmesi ile ilgilidir. Serotonin reseptörleri östrojen ve progesterona duyarlıdır. Progesteron serotonin taşınımı ile ilişkili olan monoamin oksidazı arttırarak bireyi depresyona yatkın hale getirirken, östrojen antidepresan bir etki yaratmaktadır (5). Dolayısıyla luteal fazda östrojenin düşük, progesteronun yüksek seyretmesi depresif duygulanımı tetiklemektedir (4).

PMS'nin etiyojisinde yer alan teorilerden biri de progesteron ve GABA ilişkisi üzerine kuruludur. Progesteronun metaboliti olarak ortaya çıkan allopregnanolon kandaki GABA düzeyini düzenlemektedir. GABA reseptörleri, luteal faz öncesinde yüksek konsantrasyondaki allopregnanolona maruz kaldığı için, sonrasında allopregnanolona karşı daha az duyarlı hale gelmektedir. Dolayısıyla luteal fazda allopregnanolonun düşük düzeydeki konsantrasyonu anksiyeteye, depresif duygulanıma ve agresyona neden olmaktadır. Nitekim PMS yaşayanlarda allopregnanolon düzeyinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (4,5,12).

Anneleri ciddi PMS yaşayan kadınlarda, yaşamayanlara göre daha yüksek olasılıkla PMS gelişmesi, aynı zamanda monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre daha yüksek uyum oranlarının görülmesi PMS'nin genetik komponenti olduğunu da düşündürmektedir (11). Ayrıca psikososyal teorinin, bilişsel ve sosyal öğrenme teorisinin ve sosyo-kültürel teorisinin yanı sıra BKT'nin, egzersizin ve diyetin de PMS etiyojisinde yeri olduğu düşünülmektedir (3,13).

PMS'nin Tanımlanması

Premenstrual semptomlar depresyon, anksiyete, perimenopoz, kronik yorgunluk sendromu, irritabl barsak sendromu, tiroid hastalıklarında görülen semptomlar ile benzerlik göstermektedir (2,13). Aynı zamanda PMS'ye yönelik tedavi arayışında olan kadınların yarısı bu durumlardan en az birine sahiptir. En sık olarak depresyon ve anksiyete PMS'nin psikolojik semptomlarını taklit etmektedir. Bu kapsamda ayırıcı tanı olarak, kadının duygu durum bozukluğunun menstrüasyon süreci ile ilişkili olup olmadığı belirlenmelidir (2). Dolayısıyla PMS yaşadığı düşünülen kadınların, bu hastalıkları ekarte etmek için uygun şekilde konsülte edilmesi gerekmektedir (5). PMS tanısı için laboratuvar testleri olmamakla birlikte, diğer hastalıkları dışlamak için kan ve idrar analizleri kullanılabilir (3,13). Bunun yanında, PMS ile cinsel istismar ve posttravmatik stres bozukluğu arasında ilişki olduğu bilinmektedir (14). Dolayısıyla bu yönleri değerlendirebilmek için tıbbi durum, üreme durumu ve menstrual öyküye yönelik ayrıntılı anamnez alınması önem taşımaktadır (4,5).

PMS tanısı semptomların tipi ve menstrual siklustaki ortaya çıkış zamanı ile konmaktadır (3). Premenstrual semptomlar endometrial siklusun luteal fazını, overial siklusun ise ovülasyon fazını kapsayan süreçte ortaya çıkmaktadır. Semptomların ciddiyeti menstrüasyon başlamadan hemen önce artmakta, menstrüasyonun sonuna doğru ise tüm semptomlar çözülür. Menstrüasyonun bitimi ile ovülasyonun başlangıcı arasında semptomsuz bir periyot bulunmaktadır (5). ACOG'ye göre

yaşanan semptomların PMS ile ilişkilendirilebilmesi için en az bir fiziksel ve psikolojik semptomun menstrüasyondan yaklaşık beş gün önce ortaya çıkması, bu semptomların menstrüasyonun başlangıcından dört gün sonra sona ermesi, ard arda en az üç menstrual siklus boyunca devam etmesi, günlük aktiviteleri ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkilemesi gerekmektedir. Aynı zamanda premenstrual semptomların yapısının sağlık çalışanı tarafından onaylanması önerilmektedir (2). Bu kapsamda sağlık çalışanları PMS ölçeklerini ve prospektif olarak en az iki ay boyunca tutulan günlük kayıtları kullanmalıdır (2,4,5). Böylece ölçek ile konulan tanı, günlük ile doğrulanabilmektedir (5,15). Kadınlar günlük tutmada zorlandığı için, bu amaçla kullanılabilecek pratik mobil uygulamalar geliştirilmiştir. “PreMentriCS” bu uygulamalardan biri olup, premenstrual semptomları grafiksel olarak belgelemekte, sağlık çalışanlarına tanıda ve tedaviyi izlemede yardımcı olmaktadır (5). Bu uygulamalar özellikle teknoloji ile ilgili olan genç yaş grubundaki kadınlar için önerilebilir.

PMS'nin Yönetimi

PMS yönetiminin integratif holistik yaklaşımı benimsemiş, multidisipliner bir ekip tarafından, kademeli olarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Aynı zamanda premenstrual semptomların sayısı, tipi ve şiddeti kişiden kişiye farklılık gösterdiği için bireyselleştirilmiş bir yönetim planı uygulanmalıdır (4,12). PMS hafif ve orta derecede ise yaşam stili değişiklikleri ve diyet ile iyileşme sağlanırken, semptomlar günlük yaşamı olumsuz etkilemeye başlamış ise farmakolojik tedavi uygulanması önerilmektedir (2). PMS yönetiminde ilk aşama; eğitim ve

danışmanlık ile farkındalık oluşturmak, kadına öz-izlemine (self-screening) ve özbakım uygulamalarını öğretmektir. Ardından non-farmakolojik ve farmakolojik stratejiler izlenmekte, son seçenek olarak ise cerrahi yöntemlere başvurulmaktadır (5,16) (Şekil 1).

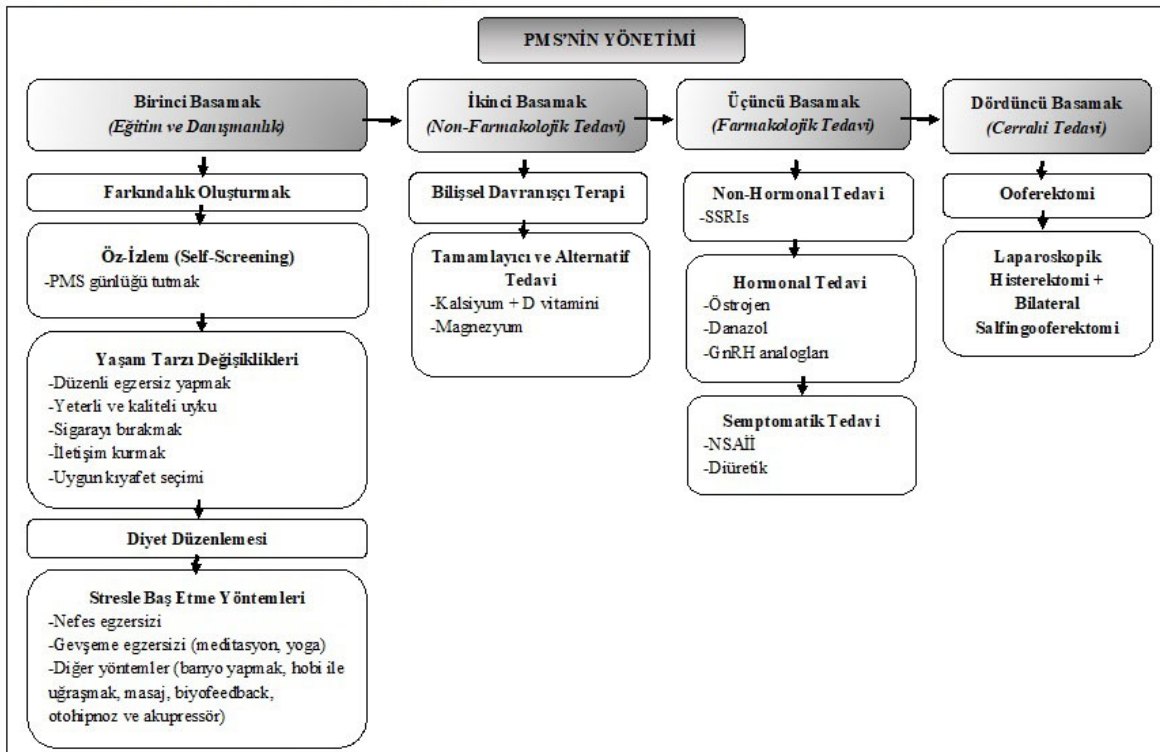
1. Birinci Basamak (Eğitim ve Danışmanlık)

1.1. Farkındalık Sağlamak

Çoğu kadın premenstrual semptomları üreme döneminin gereği olarak düşündüğü için PMS toplumsal olarak meşrulaştırılmaktadır. Bu nedenle kadınların büyük çoğunluğu PMS için tedavi arayışına girmemektedir. Bu durum kültürlere göre değişmekle birlikte, ülkemizde kadınlar PMS'nin tedavi edilebileceğini düşünmediği ve bu konuda başkaları ile konuşmaktan çekindikleri için sağlık kuruluşuna başvurmamaktadır (17). Dolayısıyla sağlık çalışanlarının sağlık kuruluşuna başvuran üreme dönemindeki tüm kadınları PMS açısından değerlendirmeleri, PMS yönetimi konusunda bilinçlendirme eğitimleri düzenlemeleri ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir (12).

1.2. Öz-izlem (Self-screening)

PMS tanısı alan kadına menstrual siklus farkındalığı oluşturabilmek için her ay overlerde ve uterusu gerçekleşen olaylar hakkında bilgi verilmelidir. Çoğu kadının PMS yaşadığına ve PMS'yi yönetebildiğine dair açıklama yapılmalıdır. Böylece PMS ile ilgili farkındalığa sahip ve PMS'nin yönetilebileceğine dair inancı olan kadın “Kendime nasıl yardım edebilirim?” sorusunu



PMS: Premenstrual Sendrom, SSRİ: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri, GnRH: Gonadotropin Releasing Hormon, NSAİİ: Non-Steroidale Anti-inflamatuar İlaç

Figure 1. Premenstrual sendrom'un yönetimi (2,3,4,5,11,12,13,15,16,17,20,22,32)

soracaktır. Bu durumda öncelikle, kadının yaşadığı semptomları tanıması için ve bu semptomların tipini, şiddetini, ne zaman ortaya çıktığını, yaşamını ne derece etkilediğini belirleyebilmesi için kadına PMS günlüğü tutması önerilmektedir. Örneğin, günlük tutan kadınlar premenstrual döneme denk gelen ve zor geçme potansiyeli olan toplantılarını yeniden düzenleyebilir, sınavlarına daha erken çalışmaya başlayabilir (17).

1.3.Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Çoğu kadın sadece yaşam tarzında değişiklikler yaparak bile PMS ile baş edebilmektedir (18). Bu kapsamda sağlık çalışanlarının kadına rehberlik etmesi önem taşımaktadır. PMS'nin yönetiminde yaşam tarzı değişiklikleri olarak;

-Kadınlara düzenli olarak her gün en az 30 dakika egzersiz yapmaları önerilmektedir. Yürüyüş, koşma, bisiklet sürme, yüzme içeren aerobik egzersizler kalp atışlarını, akciğer fonksiyonlarını, uyku kalitesini ve endorfin seviyesini arttırmakta iken, yorgunluğu ve depresif duygulanımı azaltmaktadır (2,3,19,20).

-Yeterli (günde en az 8 saat) ve kaliteli uyku yorgunluğu ve depresif duygulanımı azaltması bakımından önerilmektedir (3).

-Sigara kullanılıyor ise bırakılması önerilmektedir, çünkü nikotin premenstrual semptomları kötüleştirdiği bilinmektedir (3).

-Kadının bu dönemde nasıl hissettiğinin çevresindekiler tarafından anlaşılabilmesi ve sosyal destek sistemlerinden yardım alabilmesi için eşiyle, aile üyeleriyle ve arkadaşlarıyla iletişim kurması ve duygularını paylaşması önerilmektedir (3,13,21).

-Vücutta genel ödem varsa sıkı olmayan kıyafetler tercih edilmesi, ödem ayaklarda ise rahat ve destekleyici ayakkabı giyilmesi, ödem göğüslerde ise destekleyici sütyen ve elastik bel bandı kullanılması önerilmektedir (3,22).

1.4.Diyet Düzenlemesi

PMS'nin diyet ile ilişkili olduğu ve BKİ yüksek olan kadınların daha fazla PMS yaşadığı göz önüne alındığında, PMS yönetiminde diyet düzenlemesi önem taşımaktadır (23). Bu kapsamda beslenme;

-Günde üç ana öğünden ziyade, altı küçük öğün tercih edilmesi (2,3),

-Daha az yağ, şeker, alkol tüketilmesi ve daha fazla lif, sebze, meyve tüketilmesi (2,3),

-İrritabilite ve uykusuzluğu azaltabilmek için kafein (çay, kahve, kola) alımının, ödemi azaltabilmek için ise tuz tüketiminin azaltılması ve greyfurt gibi doğal diüretiklerin diyetle eklenmesi (2,3,20),

-Proteinden, posadan ve kompleks karbonhidratlardan zengin beslenme ile psikolojik semptomlar ve aşırma azaltılabildiği için tam tahıllı ekmek, arpa, esmer pirinç, fasulye ve mercimek tüketiminin teşvik edilmesi (2),

-Menstrüasyonda kaybedilen demiri yerine koymak için demirden zengin besinlerin C vitamini kaynaklarıyla birlikte tüketilmesi,

-Omega-3 açısından zengin olan ceviz, chia tohumu, keten tohumu (1 kaşık/gün) ve yağlı balıkların diyetle eklenmesi (24),

-Yoğurt ve yeşil yapraklı sebzeler gibi kalsiyumdan zengin besinlerin tüketilmesi (2),

-Sağlıklı atıştırmalıkların (tam tahıllı gevrek, kurutulmuş meyveler, fındık, yağlı tohumlar) tercih edilmesi önerilmektedir (12,22).

1.5.Stresle Baş Etme

Stres PMS'nin ciddiyetini arttırdığı için, stres ile baş etmek PMS yönetimini önemli ölçüde kolaylaştırmaktadır (3). Bu kapsamda önerilen stresle baş etme yöntemleri arasında;

-Nefes egzersizleri,

-Meditasyon ve yoga gibi gevşeme egzersizleri,

-Banyo yapmak, yeterli uyumak, hobi ile uğraşmak, masaj, biyofeedback, otopnoz ve akupressör yer almaktadır (2,22,25).

2. İkinci Basamak (Non-Farmakolojik Tedavi)

PMS eğer günlük yaşamı, iş yaşamını veya kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkiliyorsa kadın tedavi arayışına girmektedir. Bu durumda kadına ikinci basamakta yer alan non-farmakolojik tedavi önerilmektedir. Non-farmakolojik tedavi yöntemleri arasında bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yer almaktadır (3).

2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

PMS'nin yönetiminde rutin tedavi seçeneği olarak önerilen BDT ile kadının premenstrual semptomlara yüklediği anlamın, PMS'ye ilişkin kültürel algısının ve olumsuz menstrual tutumunun değiştirilmesi amaçlanmaktadır (3,4,15,22,26,27). Aynı zamanda BDT ile kadında rahatlama, stres yönetimi ve atılabilirlik sağlanmaktadır. Başarılı bir BDT uygulaması ile ilaç tedavisinden kaçınılabilmektedir (3,4). Yapılan çalışmalar BDT'nin PMS yönetiminde antidepresan tedavisi kadar hızlı düzelme sağlamasa da, en az onun kadar etkili olduğunu ve daha uzun süreli etki oluşturduğunu göstermektedir (5,12).

2.2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi

PMS'nin yönetiminde bazı TAT uygulamalarının yararlı olduğu bilirse de, çoğunluğunun etkili olduğuna dair ileri düzey kanıtlar bulunmamaktadır. Bu bakımdan kadınlara TAT uygulamalarına başvurmadan önce mutlaka hekimine danışması konusunda bilgi verilmelidir. Hekim ise TAT uygulamalarında iki noktayı göz önünde bulundurmalıdır. Birincisi; TAT uygulamaları ile ilgili klinik çalışmalardan elde edilen verilerin sınırlı olduğu ve güçlü olmadığıdır. İkincisi; bireyin kullanması gereken ilaçları var ise, bu ilaçların TAT uygulamaları ile etkileşime girebileceğidir (2-5).

PMS'nin yönetiminde önerilen TAT uygulamalarından en ikna edici olanı kalsiyum + D vitamindir (2,4). Çalışmalar PMS

yaşayan kadınlarda kan kalsiyum ve D vitamini düzeylerinin daha düşük olduğunu göstermektedir (4,12). Günlük ortalama 1000 mg kalsiyum takviyesi yaklaşık olarak tüm semptomları iyileştirmek için önerilmektedir (15,16).

PMS'nin yönetiminde önerilen bir diğer TAT uygulaması magnezyum takviyesidir (2,4). Günlük 400 g magnezyum alımının depresif duygulanım ve sıvı retansiyonu ile ilişkili premenstrual semptomları iyileştirmekte olup, magnezyum + B6 vitamini kombinasyonu da PMS yönetiminde önerilmektedir (16,28). Bunun yanında yapılan bazı çalışmalarda E vitamini, vitex agnus castus, safran, ginkgo biloba, evening primrose oil, limon otu (lemon balm), kürkümün, buğday tohumu, izoflavonlar, St Jhon's Wort, multivitaminler, refleksoloji ve akupunkturun PMS yönetiminde etkili olduğu belirtilse de, yeterli düzeyde kanıt bulunmamaktadır (2-5,12,13,16,20,22,29,30).

3. Üçüncü Aşama (Farmakolojik Tedavi)

PMS'de etiyolojik teorilere uygun tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Birinci seçenek merkezi seratojenik transmisyonu arttırmaya yönelik olan non-hormonal tedavi, ikincisi seçenek ise overial hormon seviyesine yönelik olan hormonal tedavidir. Aynı zamanda bazı premenstrual semptomların iyileştirilmesinde semptomatik tedavi uygulanabilmektedir (11).

3.1. Non-Hormonal Tedavi

SSRI'lar non-hormonal tedavilerde ilk tercih olup, SSRI kullanımı beyinde serotonin aktivitesini artırarak PMS'nin iyileştirilmesini sağlamaktadır (4,12,15,31). Nitekim yapılan çalışmalar, plesabo ile karşılaştırıldığında SSRI'ların PMS yönetiminde etkili olduğunu göstermektedir (5,16,31,32). Ancak bu grupta yer alan bazı ilaçların oldukça fazla yan etkisi ortaya çıkabilmektedir (4). Bu bakımdan SSRI'ların sürekli kullanımında bulantı, uykusuzluk, uyuşukluk, yorgunluk ve libido azalması gibi yan etkiler görülebileceği konusunda kadın bilgilendirilmelidir (4,5). Sürekli kullanımda ilacı bırakırken çekilme semptomlarının yaşanmaması için, kadına ilacı aşamalı olarak bırakması söylenmelidir. Ayrıca SSRI'ların aralıklı kullanımı yan etkilerin azaltılması açısından önerilebilmektedir (4). Aralıklı SSRI kullanımı psikolojik semptomları azaltmada sürekli kullanım kadar etkili iken, fiziksel semptomları azaltmada benzer durum söz konusu değildir (5). Eğer SSRI'lar aralıklı kullanılacak ise PMS ortaya çıkmadan önce ilaç başlanmalı ve luteal faz boyunca devam edilmelidir (4,5). Ayrıca premenstrual semptomlar arasında anksiyete majör bir sorun ise ve SSRI'lar bu sorunu çözememişse antianksiyetik bir ilaç önerilmektedir (4). Bunun yanında SSRI tedavisi gören kadınlara SSRI'ların gebelikte kullanımının uygun olmadığına yönelik danışmanlık verilmelidir (4).

3.2. Hormonal Tedavi

Hormonal tedavi ovülasyonu baskılayarak ve hormonal dalgalanmayı azaltarak fiziksel semptomları iyileştirebilmekte iken, psikolojik semptomları tedavi edememektedir (3,4). Hormonal tedavi kapsamında östrojen, danazol, GnRH kullanılmaktadır.

-Östrojen: Drospirenon içeren oral kontraseptifler hormonal müdahaleler arasında ilk tercihtir (4,33). Yapılan çalışmalarda 24 gün hormonlu hap, 4 gün inaktif hap kullanımının pleseboya göre PMS'de anlamlı iyileşme sağladığı belirtilmektedir (5,15,33). Östrojen transdermal bant ve subkütanöz implant olarak kullanılabilir. Ancak oral kontraseptifler venöz tromboembolizm riski oluşturduğu için her kadın için uygun değildir. Aynı zamanda östrojen progesteron ile karşılanmazsa meme ve endometrium dokusunda hiperplaziye neden olmaktadır ve östrojenin güvenli dozu ile ilgili veriler yetersizdir. Sentetik progesteron ise PMS benzeri semptomlara neden olduğu için, minimal dozda (en fazla korpus luteumdan üretilen miktarda) verilmelidir. Alternatif olarak progesteron, levonorgestrel içeren rahim içi araç ile direk endometrial tabakaya da uygulanabilmektedir (4,5). Eğer gebelik istenmiyorsa, kadına östrojenin ovülasyonu baskılamasına güvenmemesi ve bariyer yöntem kullanılması konusunda bilgi verilmelidir (4). Ek olarak, yapılan çalışmalar eski nesil kombine oral kontraseptiflerin ve tek başına progesteron kullanımının PMS tedavisinde yararlı olmadığını göstermektedir (4,5,12,34).

-Danazol: Luteal fazda düşük doz danazol tedavisi göğüslerdeki hassasiyeti azaltmada etkilidir. Ancak geri dönüşümsüz virilizm potansiyeli göz önünde bulundurulmalıdır. Bu etki fetüs üzerinde de geçerli olduğu için, kadına bu süreçte güvenilir bir kontraseptif yöntem kullanımının önemi anlatılmalıdır (4).

-GnRH: Ciddi PMS'nin tedavisinde GnRH analogları yüksek derecede etkili olup, rutinde kullanımı önerilmemektedir. Eğer etkili ve uzun süreli tedavi gerektiren ciddi PMS yaşıyor ise tercih edilmelidir. Çünkü hipoöstrojenik durumun kısa süreli etkileri arasında sıcak basması, gece terlemesi, uykusuzluk ve depresif duygulanım; uzun süreli etkileri arasında ise vajinal atrofi, kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz riskinde artış yer almaktadır. Bu nedenle GnRH analogları altı aydan uzun süre kullanılmamalı, eğer tekrar kullanım söz konusu ise öncesinde mutlaka kemik mineral yoğunluğu değerlendirilmelidir (4,5,16).

3.3. Semptomatik Tedavi

-Nonsteroidal Antienflamatuvar İlaçlar (NSAİİ): Prostaglandin sentezini inhibe etme özelliğine sahip NSAİİ'lerin PMS'yi iyileştirmede analjezik ve antienflamatuvar etkisinden faydalanılmaktadır. NSAİİ'ler kramp, baş ağrısı, bel ağrısı, göğüslerdeki hassasiyeti azaltmada yardımcı olabilmektedir. Ancak bu ilaçların uzun süreli kullanımının mide kanaması ya da ülsera neden olabileceği hakkında kadınlar bilgilendirilmelidir (2,3).

-Diüretik: Sıvı retansiyonu ile ilişkili ciddi boyuttaki premenstrual semptomların giderilmesinde kullanılan diüretikler, bazı ilaçlar ile aynı anda alındığında istenmeyen etkilere neden olabilmektedir. Örneğin diüretiklerin NSAİİ'ler ile birlikte kullanımında böbrek sorunları yaşanabilmektedir. Bu bakımdan diüretikler önerilmeden önce kadının farklı bir ilaç kullanımı olup olmadığı sorgulanmalıdır (2,4).

Dördüncü Aşama (Cerrahi Tedavi)

4.1.Ooforektomi

Tek başına ooforektomi PMS'yi ortadan kaldırmaktadır, ancak cerrahi sonrası östrojen replasmanı gerekmektedir. Bu durumda ise endometrial hiperplaziyi önlemek için koruyucu progesteron tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır (5).

4.2.LaparoskopikHisterektomi + BilateralSalfingooforektomi

Histerektomi ile birlikte bilateral salfingooforektomi gerçekleştirilerek ovülasyonun önlenmesi ciddi PMS'nin tedavisinde yüksek oranda başarılıdır (3,4). Ancak histerektomi + bilateral salfingooforektomi ciddi bir tedavi yöntemi olduğu için, sadece farmakolojik tedavi başarısız olduğunda, uzun süreli GnRH analoglarının kullanımı gerektiğinde ya da cerrahi gerektiren farklı bir jinekolojik durum varlığında tercih edilmelidir (4). Bu tedavi yöntemine anestezi riskler, cerrahi komplikasyonlar, infertilite ve cerrahi menopoza gelişme durumu göz önünde bulundurularak karar verilmelidir. Eğer histerektomi + bilateral salfingooforektomi uygulanacak ise daha az invaziv olması nedeniyle laparoskopik olarak gerçekleştirilmesi önerilmektedir. Özellikle 45 yaşından küçük kadınlarda cerrahi sonrası hormon replasman tedavisi başlanması önerilmektedir (4,5). Ek olarak, yapılan çalışmalar PMS'nin tedavisinde tek başına histerektomi veya endometrial ablasyonun yeterli olmadığını göstermektedir (5,16).

Sonuç

PMS yaygın bir sağlık sorunu olup, kadınlar yaşamlarının yarısını premenstrual dönem sorunlarıyla geçirmekte ve özgüvende azalma, sosyal izolasyon, akademik başarıda düşüş, kazaya eğilimde artış ve işgücü kaybı yaşamaktadır. PMS'nin yönetimiyle yaşam kalitesi yükseltilebilmektedir. PMS yönetiminde birinci basamakta; farkındalık oluşturmak, kadının öz-izlem (self-screening) yapması, yaşam tarzı değişikliklerini benimsemesi, beslenme önerilerini uygulaması ve stresle baş etme yöntemlerini kullanması sağlanmaktadır. Bu yöntemler yetersiz kalırsa ikinci basamağa geçilerek BDT ve TAT uygulamalarına başvurulmaktadır. PMS günlük yaşamı olumsuz etkilemeye devam ederse üçüncü basamakta hormonal, non-hormonal ve semptomatik tedavi; dördüncü basamakta ise ooforektomi ve laparoskopik histerektomi + bilateral salfingooforektomi uygulanmaktadır.

Bu kapsamda PMS yaşayan kadınların sağlık çalışanları tarafından izlenmesi önem taşımakta olup, ulusal PMS yönetim rehberimizin oluşturulması, PMS yönetiminde model geliştirilmesi ve kanıta dayalı araştırmaların artırılması önerilmektedir. Aynı zamanda birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran üreme dönemindeki kadınların PMS açısından rutin olarak değerlendirilmesi, lise ve üniversitelerde gençlere yönelik farkındalık eğitimlerinin verilmesi, danışmanlık ünitelerinin kurulması, basın yayın organlarını kullanarak toplumsal bilinçlendirme kampanyalarının düzenlenmesi önerilmektedir.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Fikir: H.A., S.K., Tasarım: H.A., S.K., Veri Toplama ve İşleme: - Analiz veya Yorum: H.A., S.K., Literatür Arama: H.A., Yazan: H.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. İşik H, Ergöl Ş, Aynioğlu Ö, Şahbaz A, Kuzu A, Uzun M. Premenstrual syndrome and life quality in Turkish health science students. *Turk J Med Sci* 2016;46:695-701.
2. The American College Of Obstetricians And Gynecologists. 2015. Premenstrual syndrome (PMS). Available from: URL: <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq057.pdf?dmc=1&ts=20171211T1813370296> (11.12.2017)
3. Women's Health Concern. 2012. Premenstrual syndrome (PMS). Available from: URL: https://www.womens-health-concern.org/_wpres/wp-content/uploads/2015/02/WHC_FS_PMS.pdf (11.12.2017)
4. Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, Craig M; on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of premenstrual syndrome. *BJOG* 2017;124:73-105.
5. Walsh S, Ismaili E, Naheed B, O'Brien S. Diagnosis, pathophysiology and management of premenstrual syndrome. *The Obstetrician Gynaecologist* 2015;17:99-104.
6. Tolossa FW, Bekele ML. Prevalence, impacts and medical managements of premenstrual syndrome among female students: cross-sectional study in college of health sciences, Mekelle University, Mekelle, Northern Ethiopia. *BMC Womens Health* 2014;29:52-61.
7. A DM, K S, A D, Sattar K. Epidemiology of premenstrual syndrome (PMS)-a systematic review and meta-analysis study. *J Clin Diagn Res* 2014;8:106-9.
8. Kahyaoglu Sut H, Mestogullari E. Effect of premenstrual syndrome on work-related quality of life in Turkish nurses. *Saf Health Work* 2016;7:78-82.
9. Goker A, Artunc-Ulkumen B, Aktenk F, İkiz N. Premenstrual syndrome in Turkish medical students and their quality of life. *J Obstet Gynaecol* 2015;35:275-8.
10. Alpaslan AH, Avci K, Soylu N, Tas HU. Association between premenstrual syndrome and alexithymia among Turkish University students. *Gynecol Endocrinol* 2014;30:377-80.
11. European Medicines Agency, 2011. Guideline on the treatment of premenstrual dysphoric disorder (PMDD). Available from: URL: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2011/08/WC500110103.pdf (11.12.2017)
12. Panay N. Management of premenstrual syndrome: evidence-based guidelines. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2011;21:221-8.

13. Khajehei M. Aetiology, diagnosis and management of premenstrual syndrome. *J Pain Relief* 2015;4:1-4.
14. Bertone-Johnson ER, Whitcomb BW, Missmer SA, Manson JE, Hankinson SE, Rich-Edwards JW. Early Life Emotional, Physical, and Sexual Abuse and the Development of Premenstrual Syndrome: A Longitudinal Study. *J Womens Health (Larchmt)* 2014;23:729-39.
15. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician* 2016;94:236-40.
16. Daugherty JE. Treatment Strategies for Premenstrual Syndrome. *Am Fam Physician* 2017;58:183-92.
17. Öztürk S, Tanrıverdi D. Premenstrual sendrom ve başetme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13:57-61.
18. Mohebbi M, Akbari SAA, Mahmodi Z, Nasiri M. Comparison between the lifestyles of university students with and without premenstrual syndromes. *Electron Physician* 2017;9:4489-96.
19. Tsai SY, Kuo FC, Kuo HC, Liao LL. The prevalence of self-reported premenstrual symptoms and evaluation of regular exercise with premenstrual symptoms among female employees in Taiwan. *Women Health* 2017;20:1-13.
20. Maharaj S, Trevino K. A Comprehensive Review of Treatment Options for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Psychiatr Pract* 2015;21:334-50.
21. Rezaee H, Mahamed F, Amidi Mazaheri M. Does Spousal Support Can Decrease Women's Premenstrual Syndrome Symptoms? *Glob J Health Sci* 2016;8:19-26.
22. Kelderhouse K, Taylor JS. A review of treatment and management modalities for premenstrual dysphoric disorder. *Nurs Womens Health* 2013;17:294-305.
23. Haghighi ES, Jahromi MK, Daryano Osh F. Relationship between cardiorespiratory fitness, habitual physical activity, body mass index and premenstrual symptoms in collegiate students. *J Sports Med Phys Fitness* 2015;55:663-7.
24. Behboudi-Gandevani S, Hariri FZ, Moghaddam-Banaem L. The effect of omega 3 fatty acid supplementation on premenstrual syndrome and health-related quality of life: a randomized clinical trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2017;14:1-7.
25. Bazarganipour F, Taghavi SA, Allan H, Beheshti F, Khalili A, Miri F, et al. The effect of applying pressure to the LIV3 and LI4 on the symptoms of premenstrual syndrome: A randomized clinical trial. *Complement Ther Med* 2017;31:65-70.
26. Ussher JM, Perz J. Evaluation of the relative efficacy of a couple cognitive-behaviour therapy (CBT) for Premenstrual Disorders (PMDs), in comparison to one-to-one CBT and a wait list control: A randomized controlled trial. *PLoS One* 2017;12:1-25.
27. Izadi-Mazidi M, Davoudi I, Mehrabizadeh M. Effect of group cognitive-behavioral therapy on health-related quality of life in females with premenstrual syndrome. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2016;10:2-5.
28. Fathizadeh N, Ebrahimi E, Valiani M, Tavakoli N, Yar MH. Evaluating the effect of magnesium and magnesium plus vitamin B6 supplement on the severity of premenstrual syndrome. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010;15(Suppl1):401-5.
29. Hausenblas HA, Heekin K, Mutchie HL, Anton S. A systematic review of randomized controlled trials examining the effectiveness of saffron (*Crocus sativus* L.) on psychological and behavioral outcomes. *J Integr Med* 2015;13:231-40.
30. Jang SH, Kim DI, Choi MS. Effects and treatment methods of acupuncture and herbal medicine for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder: systematic review. *BMC Complement Altern Med* 2014;14:1-13.
31. Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, Wyatt K. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:1-159.
32. Reid RL, Soares CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Contemporary Diagnosis and Management. *J Obstet Gynaecol Can* 2017;2163:30524-8.
33. Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;2:CD006586.
34. Ford O, Lethaby A, Roberts H, Mol BW. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3:CD003415.