

# Het herkennen en behandelen van premenstruele stemmingsklachten

A.F. Terwisscha van Scheltinga, J.A. Terwisscha van Scheltinga

**Samenvatting** In de DSM-5 uit 2013 zijn enkele nieuwe classificaties opgenomen, waaronder de premenstruele dysfore stemmingsstoornis (PMDS). Hoewel PMDS vaak voorkomt (bij 3-8% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd), is er nog geen richtlijn verschenen hoe deze stoornis te behandelen. Gelukkig zijn er wel een aantal meta-analyses en de gynaecologische richtlijn premenstrueel syndroom om het beleid op te baseren. Wij presenteren een casus van een vrouw met stemmingswisselingen en prikkelbaarheid. Het herkennen en het behandelen van de hormonale component van haar klachten hielpen haar bij het hanteren van overige problemen. Opvallend is dat er vanuit psychiatrie en gynaecologie anders wordt gekeken naar vergelijkbare klachten. We leggen de classificaties naast elkaar en doen concrete suggesties voor behandeling. We roepen alle psychiaters op aandacht te hebben voor invloed van de menstruele cyclus op psychiatrische klachten.

Veel vrouwen ervaren fysieke en psychische klachten rondom hun menstruatie. Bij 30-40% is de intensiteit of de hinder door deze klachten zodanig dat gynaecologen spreken van een premenstrueel syndroom (PMS).<sup>1</sup> De soortgelijke premenstruele dysfore stemmingsstoornis (PMDS) werd in 2013 voor het eerst gedefinieerd in de DSM-5.<sup>2</sup> De gynaecologische criteria voor PMS zijn wat breder dan de psychiatrische criteria van PMDS. Die laatste is dus ook minder prevalent: 3-8% van de vrouwen in de vruchtbare leeftijd.<sup>1</sup> De prevalentie is vrij consistent over verschillende landen.<sup>3</sup>

Het opnemen van PMDS in de DSM-5 was controversieel om verschillende redenen.<sup>4</sup> Men was bang dat het zou leiden tot medicalisering van fysiologische fenomenen en dat de farmaceutische industrie dit zou aanmoedigen of dat het tegen vrouwen zou worden gebruikt. Daar staat tegenover dat het erkennen van ernstige klachten als stoornis ook kan zorgen voor meer begrip en betere behandeling voor de vrouwen die eraan lijden.

PMDS ontstaat meestal in de adolescentie, maar wordt vaak pas jaren later vastgesteld. Er bestaan zowel psychiatrische als somatische stoornissen die kunnen verergeren rondom de menstruatie, zoals stemmingsstoornissen, migraine of epilepsie. Dit noemt men premenstruele exacerbatie (PME). Het is daarom van belang dat psychiaters kennis hebben van diagnostiek en behandelmogelijkheden van menstruatieggebonden stemmingsklachten.

Er is nog geen richtlijn verschenen hoe PMDS te behandelen. Gelukkig zijn er wel Nederlandse en Britse PMS-richtlijnen en een aantal meta-analyses naar de

behandelopties om het beleid op te baseren.<sup>5-9</sup> Op basis hiervan formuleren wij een concreet stappenplan voor de behandeling van PMDS. Als voorbeeld presenteren wij een casus van een vrouw met PMDS. Hormoontherapie hielp haar om ook op andere vlakken vooruit te komen.

## CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 39-jarige, gehuwde vrouw, werd verwezen naar een SGGZ-polikliniek, omdat ze al jaren last had van prikkelbaarheid en moeite met zelfbeheersing. Haar stemming wisselde sterk, van sombere tot normofofe weken. De prikkelbaarheid had haar weerslag op haar partnerrelatie. Er was geen patroon van pervasieve intermenselijke problemen. In haar werk als administratief medewerker functioneerde ze relatief stabiel. Er was geen sprake van suïcidaliteit of achterdocht en er waren geen contacten met de politie geweest. In de voorgeschiedenis was ze langdurig uitgevallen van werk vanwege chronischevermoeidheidssyndroom en had ze behandeling gehad voor sociale-angstklachten. In de familie kwam ADHD voor. Ze beschreef de sfeer in het gezin van herkomst als gespannen, met veel ruzie. Met anamnese en persoonlijkheidsonderzoek werden twee verklaringen gevonden voor de prikkelbaarheid. Omdat patiënte negatieve gevoelens vermeed en onderdrukte, liep de druk van binnen juist op, wat onverwachte en heftige woede-uitbarstingen tot gevolg had. Daarnaast vertelde ze dat de prikkelbaarheid en stem-

## AUTEURS

**Afke F. Terwisscha van Scheltinga**, psychiater, Altrecht, Focale polikliniek Utrecht Stad, Utrecht.

**Josien A. Terwisscha van Scheltinga**, gynaecoloog, Amphia Ziekenhuis, Breda.

### Correspondentie

Dr. A.F. Terwisscha van Scheltinga (a.terwisscha@altrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-8-2022.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2023;65(1):40-45

mingswisselingen waren toegenomen sinds haar menarche op 13-jarige leeftijd. Sociale angst was hiervoor al aanwezig.

Ze had een regelmatige cyclus van 28-30 dagen. Hierbij had ze ook hoofdpijn, gespannen borsten en hield ze vocht vast. Tijdens zwangerschappen verbeterde de prikkelbaarheid, maar in haar eerste zwangerschap was ze wel vermoeid en somber. In haar tienerjaren had ze diverse anticonceptiepillen geslikt, met onbekend effect. Verder had ze ooit een hormoonspiraal (levonorgestrel) geprobeerd. Hierbij behield ze cyclisch bloedverlies en het effect op de prikkelbaarheid en de stemmingsklachten was beperkt. Inmiddels was ze gesteriliseerd en had ze geen hormonale behandeling.

Uit het dagelijks bijhouden van stemming en prikkelbaarheid werd duidelijk dat haar klachten sterk verergerden vanaf 1 week voor de menstruatie tot en met de menstruatie. Somberheid begon iets later en hield wat langer aan. Ze voldeed aan de criteria van een premenstrueel syndroom en ook aan die van PMDS. Differentiaaldiagnostisch dachten we aan een premenstruele exacerbatie van borderline- en vermijdende persoonlijkheidstrekken (criterium E, zie tabel 1). Wij dachten aanvankelijk het laatste. Het onderscheid was in de praktijk niet makkelijk te maken en de behandeling heeft grote overlap, zoals we hierna zullen bespreken.

Patiënte gebruikte bij aanmelding al citalopram 40 mg, met partieel effect. Om deze reden werd niet eerst een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) in alleen de luteale fase geprobeerd. Vanuit de PME-hypothese startten we met cognitieve gedragstherapie en vaardigheidstraining emotieregulatie (VERS). Patiënte was ontevreden over deze behandeling, omdat ze deze vaardigheden 'in de goede helft van de maand wel voldoende had'. Patiënte verklaarde haar klachten meer vanuit PMDS dan vanuit PME.

We besloten hormonale therapie te starten. Patiënte probeerde een orale anticonceptiepil (OAC), 30 µg ethinylestradiol - 150 µg levonorgestrel (Microgynon 30), maar staakte deze na 1 maand vanwege een toename van klachten. Dit was sneller dan aanbevolen, maar patiënte wenste deze medicatie niet langer te gebruiken.

Vanwege onze goede ervaringen met desogestrel 1 dd 0,075 mg (Cerazetta, de 'minipil') werd hierop overgestapt. Dit leidde inderdaad tot goede verbetering van stemming en prikkelbaarheid en de resterende klachten waren beter te hanteren. Met de rust die dit opleverde, lukte het haar beter te profiteren van psychotherapie. Ze volgde systeemtherapie met haar gezin en in groepsverband een zelfbeeldtraining. Ze functioneerde beter op haar werk, was geduldiger in het verkeer en had minder oplopende conflicten met haar man. Ze was tevreden over het resultaat toen de behandeling werd afgerond.

## DISCUSSIE

### Pathofysiologie

In **figuur 1** is de hormonale cyclus te zien met de fluctuaties in oestrogeen en progesterone in de folliculaire en luteale fase. Tijdens de daling van het progesteron in de luteale fase zijn de meeste PMS/PMDS-klachten aanwezig. De gemiddelde waarden van oestrogeen en progesteron zijn gelijk bij vrouwen met en zonder PMS/PMDS.<sup>7</sup> Het gaat dus niet om de absolute concentraties geslachtshormonen, maar meer om een gevoeligheid voor de schommelingen. Hiervoor is een sterke genetische predispositie aangetoond in een tweelingcohort.<sup>10</sup> Deze hormonale schommelingen beïnvloeden het serotonerge, het opioïde en het gamma-aminobutyrienzuur (GABA)-systeem.<sup>7</sup> Met name de invloed op het serotonerge systeem lijkt samen te hangen met het ontstaan van PMS/PMDS.<sup>11</sup> Depletie van tryptofaan (een voorloper van serotonine) verergert de symptomen van PMS/PMDS, terwijl suppletie hiervan de symptomen juist vermindert. Naarmate de serotonineconcentratie in de hersenen lager was, namen PMS/PMDS-symptomen toe. Dit kan ook verklaren waarom patiëntes met een vooraf bestaande kwetsbaarheid voor stemmingsklachten ook meer last kunnen hebben van PMS-symptomen.

### Criteria PMS en PMDS

Voor de diagnose PMS heeft de International Society for Premenstrual Disorders criteria opgesteld,<sup>1</sup> weergege-

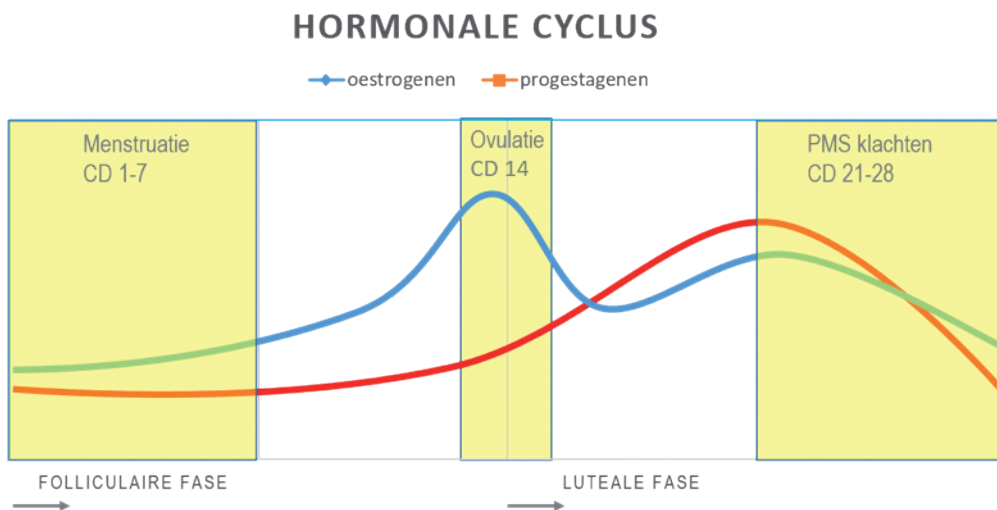
**Tabel 1. Criteria PMDS (volgens DSM-5)<sup>2</sup> en PMS (volgens the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists)<sup>5</sup>**

PMDS	PMS
<p>A. Tijdens de meeste menstruatiecycli (in het voorafgaande jaar) dienen minstens 5 van de volgende symptomen aanwezig te zijn voor de aanvang van de menstruatie, die binnen een paar dagen na het begin van de menstruatie afnemen, en minimaal of volledig afwezig zijn in de week na de menstruatie.</p> <p>B. 1 van de symptomen moet nr. 1-4 zijn.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Duidelijke affectieve labiliteit (zoals stemmingsschommelingen).</li> <li>2. Duidelijke prikkelbaarheid of boosheid, of een toename van interpersoonlijke conflicten.</li> <li>3. Duidelijke sombere stemming, gevoelens van hopeloosheid of verlaagde zelfwaardering.</li> <li>4. Duidelijke angst, spanning, en/of het gevoel opgedraaid of opvliegend te zijn.</li> <li>5. Verminderde interesse voor de gewone activiteiten (werk, school, vrienden en hobby's).</li> <li>6. Subjectief ervaren van moeite met concentreren.</li> <li>7. Lethargie, vlug vermoeid of een duidelijk gebrek aan energie.</li> <li>8. Duidelijke verandering van de eetlust, overeten of hunkeren naar specifiek voedsel.</li> <li>9. Hypersomnie of insomnie.</li> <li>10. Het gevoel overspoeld te worden door emoties of zichzelf niet in de hand te hebben.</li> <li>11. Lichamelijke klachten zoals gevoelige of gezwollen borsten, gewichts- of spierpijn, opgeblazen gevoel, gewichtstoename.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het is essentieel dat de symptomen in ovulatoire cycli voorkomen en dat er dus sprake moet zijn van een aantal klachtenvrije dagen kort na de menstruatie;</li> <li>2. er geen minimumaantal symptomen is; de aard van de klachten niet doorslaggevend is;</li> <li>3. er geen onderscheidende symptomen voor PMS zijn; de symptomen lichamelijk en psychisch kunnen zijn; sommige symptomen worden wel beschouwd als karakteristiek;</li> </ol> <p>Psychisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Stemmingswisselingen</li> <li>Prikkelbaarheid of boosheid</li> <li>Neerslachtigheid</li> <li>Angst of spanning</li> <li>Anhedonie</li> <li>Concentratieverlies</li> <li>Vermoeidheid, lethargie of gebrek aan energie</li> <li>Verandering in eetlust, overeten of specifieke zucht naar voedsel</li> <li>Slaapstoornissen</li> <li>Verlies van controle</li> <li>Rusteloosheid</li> <li>Eenzaamheid</li> <li>Verwardheid</li> </ul> <p>Lichamelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gewrichtspijn, spierpijn, rugpijn</li> <li>Gevoelige of pijnlijke borsten</li> <li>Toegenomen buikomvang</li> <li>Hoofdpijn</li> <li>Huidaandoeningen</li> <li>Gewichtstoename</li> <li>Zwelling in extremiteiten</li> </ul>
<p>C. De symptomen gaan samen met klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het functioneren op werk of op school en in de gebruikelijke relaties met anderen.</p>	<p>Het tevens essentieel is dat er sprake is van lijdensdruk, dat wil zeggen dat de klachten moeten interfereren met de dagelijkse bezigheden en afbreuk doen aan de kwaliteit van leven.</p>
<p>D. De stoornis is niet slechts een exacerbatie van de symptomen van een andere aandoening (bijv. depressie, angststoornis of persoonlijkheidsproblematiek).</p>	
<p>E. De symptomen moeten prospectief gescoord worden in minimaal twee cycli.</p>	<p>De symptomen moeten prospectief gescoord worden in minimaal twee cycli.</p>
<p>F. De symptomen komen niet door medicatie/drugs of een fysieke aandoening.</p>	

ven in **tabel 1**. Er is geen minimumaantal symptomen en de aard van de klachten is niet doorslaggevend. Het belangrijkste is het cyclische optreden van de klachten in een ovulatoire cyclus, met na de menstruatie een aantal klachtenvrije dagen. Vaak geven prikkelbaarheid en agressiviteit de meeste hinder.<sup>7</sup>

Het belangrijkste verschil tussen PMS en de criteria van PMDS zoals in de DSM-5 beschreven, is dat voor PMDS ten minste 5 van de 11 symptomen cyclisch moeten optreden. 10 hiervan zijn psychisch van aard, de laatste is lichamelijk. Ook mogen de klachten niet slechts een verergering van een andere onderliggende aandoening

**Figuur 1. Hormonale verandering gedurende de menstruele cyclus**



CD = cyclusdag; PMS = premenstrueel syndroom. Folliculaire fase (dag 1-14) is de fase dat een cohort follikels groeit en de dominante follikel zich vormt. Na de ovulatie start de luteale fase (dag 14-28). Het eerdere follikel heet nu het corpus luteum. Veranderingen in follikelstimulerend hormoon (FSH) en luteïniserend hormoon (LH) zijn vanwege de overzichtelijkheid en mindere relevantie voor stemmingsklachten buiten beschouwing gelaten.

inhouden. In dat laatste geval spreekt men van eerdergenoemde premenstruele exacerbatie (PME). PMS, PMDS en PME komen alleen voor bij vrouwen die een hormonale cyclus hebben, maar kunnen optreden zonder menstruatie, bijvoorbeeld na uterusextirpatie of bij gebruik van hormoonspiraal. In dat geval spreekt men van ‘variant PMS’.<sup>7</sup>

### Diagnostiek

Bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd die zich melden met klachten van prikkelbaarheid, stemmingswisselingen, somberheid of angst moet men actief vragen naar de invloed van de menstruatie op de klachten. Vraag hierbij naar menstruatiepatroon, fysieke en mentale klachten rondom menstruatie, voorgaand en huidig gebruik van (hormonale) anticonceptie en verandering van de klachten tijdens een zwangerschap. Indien er aanwijzingen zijn voor een cyclische verandering van klachten, dan wordt aanbevolen dat vrouwen ten minste gedurende 2 menstruatiecycli prospectief hun klachten en menstruatiedagen scoren.<sup>7</sup> Bij meer dan 40% van de vrouwen die van zichzelf vinden dat ze PMS hebben, blijkt uit een dagelijks bijgehouden klachtenlijst dat er geen premenstrueel patroon aanwezig is.<sup>12</sup> De PMS-kalendertest is hiervoor gevalideerd; deze is te downloaden via: [www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/premenstrueel-syndroom-pms/](http://www.degynaecoloog.nl/onderwerpen/premenstrueel-syndroom-pms/). Endocrinologisch laboratoriumonderzoek is niet zinvol aangezien de hormonale waarden niet afwijkend zijn bij PMS. De PMS-richtlijn bespreekt het diagnostisch voorschrijven van een gonadotrofine-releasing hormoon (GnRH-analoog). Hiermee wordt een postmenopauzale toestand gesimuleerd en zouden de klachten volledig moeten verdwijnen. Gezien de vele bijwerkingen

(o.a. opvliegers, nachtzweeten, slecht slapen en hogere kans op osteoporose en hart- en vaatziekte) wordt dit, ondanks de effectiviteit, maar weinig gebruikt, noch in de diagnostiek, noch als behandeloptie.

### Behandeling

Figuur 2 beschrijft een stappenplan voor diagnostiek en behandeling. Het erkennen van de klachten en het geven van steun helpen patiënten bij acceptatie en is een belangrijke eerste stap in de behandeling. Nog regelmatig worden deze klachten gebagatelliseerd en zijn de vrouwen gedemoraliseerd geraakt. Cognitieve gedragstherapie met bijvoorbeeld gedragsactivatie aangepast aan de cyclusweek kan helpen om de coping te verbeteren. Bij de diagnose PME is het advies zowel de onderliggende psychiatrische aandoening als de PME te behandelen en met de vrouw zelf de volgorde af te stemmen waarmee te starten. Voor het effect van zowel SSRI's als hormoontherapie is er voldoende evidentie (zie hierna). Geen van deze middelen is echter officieel voor deze indicatie geregistreerd. Het placebo-effect bij PMS is, net zoals bij andere stemmingsklachten, rond de 40%.<sup>7</sup> Voor supplementen, bijvoorbeeld vitamine B<sub>6</sub>, is geen effect aangetoond.<sup>5</sup>

### Antidepressiva

De conclusie van een cochrane review is dat er overtuigend bewijs is voor de werkzaamheid van SSRI's bij PMS/PMDS (gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMD): -0,65; 95%-BI: -0,46 - -0,84).<sup>6</sup> SSRI's laten bij de behandeling van PMS in gecontroleerde studies bij circa 70% van de patiënten een gunstig effect zien.<sup>13</sup> Bij behandeling van depressie treedt het effect van SSRI's pas na enkele weken op, doordat de indirecte,

## Figuur 2. Flowchart diagnostiek en behandeling van premenstruele stemmingsklachten

### Vrouw met prikkelbaarheid of stemmingsklachten

Anamnese: samenhang met menstruatie, anticonceptie en zwangerschap

Diagnostiek: prospectief klachten scoren voor 2 maanden

#### PMS, PMDS of PME?

Behandeling algemeen: valideren, psycho-educatie, CGT gericht op coping

PME: behandel ook onderliggende aandoening

#### Medicamenteuze opties

##### SSRI:

1. Start met lage dosis in luteale fase
2. Daarna evt. dosis verhogen of continu geven

##### Hormonale behandeling:

1. OAC zonder stopweek
2. Drospirenonhoudend OAC
3. Overweeg desogestrel of consult gynaecoloog

PMS = premenstrueel syndroom; PMDS = premenstruele dysfore stemmingsstoornis; PME = premenstruele exacerbatie; CGT = cognitieve gedragstherapie; SSRI = selectieve serotonineheropnameremmer, OAC = orale anticonceptiepil.

adaptieve effecten van deze middelen tijd in beslag nemen. Bij PMS lijkt echter het directe effect van serotonieverhoging door SSRI's verantwoordelijk voor de werkzaamheid, en is de werking dan ook sneller.<sup>11</sup> Antidepressiva die noradrenerg en dopaminerg werken, zoals bupropion, werken bij PMDS juist niet. Door het directe effect van een SSRI bij PMS/PMDS, is gebruik in uitsluitend de luteale fase ook een optie. Vaak volstaat een lagere dosering. Continue behandeling met hogere dosering versterkt in theorie het adaptieve proces, wat gunstig is bij depressie, maar mogelijk ongunstig bij PMS/PMDS. In de praktijk laat het weinig beschikbare onderzoek geen verschil in effectiviteit tussen luteaal en continu gebruik van SSRI's zien.<sup>6</sup> Bij premenstruele klachten kan gestart worden met een lage dosering in de luteale fase (bijvoorbeeld 5 mg escitalopram in de week voor en van de menstruatie). Bij onvoldoende effect, of wanneer patiënte last heeft van bijwerkingen door het cyclisch gebruik, kan men dit verhogen of kan men overstappen op continu gebruik. Er is geen verschil in effectiviteit tussen de verschillende SSRI's aangetoond.

### Hormoonbehandeling

Met ovulatie remming is het mogelijk om de hormonale

schommelingen, en daarmee PMS/PMDS-klachten, te onderdrukken. Dit kan veilig en langdurig met een anticonceptiepil (OAC). Beschikbare combinatiepillen wisselen in welk oestrogeen en progestageen ze bevatten en hebben daardoor hun eigen bijwerkingenprofiel. Ook wisselt soms de dosering in verschillende fases van de strip; bij een monofasische pil zijn alle doseringen gelijk. Het advies is een monofasische combinatiepil te starten. Eerder werd gedacht dat een (vierdegeneratie) pil met drospirenon (ethinylestradiol 30 µg, drospirenon 3 mg; Yasmin) mogelijk effectiever zou kunnen zijn. Daarom is dit in de Britse richtlijn een eerstekeusbehandeling.<sup>5</sup> Echter, een recente review van Nederlandse auteurs laat zien dat alle onderzochte OAC's effectief zijn in het verminderen van de PMS-klachten (SMD: 0,41; 95%-BI 0,17-0,67), zonder relevante onderlinge verschillen.<sup>9</sup> Daarmee is een tweedegeneratie-OAC zoals Microgynon 30 met 30 µg ethinylestradiol (oestrogeen) en 150 µg levonorgestrel (progestageen), met het laagste trombo-serisico, een goed eerstekeusmiddel. Overigens kon in de genoemde review het effect van OAC op specifiek depressieve klachten niet worden aangetoond (SMD: 0,22; 95%-BI: -0,06-0,47).<sup>9</sup>

Pillen met alleen progesteron (bijvoorbeeld desogestrel: Cerazette of 'minipil') zijn nog maar nauwelijks onderzocht.<sup>14</sup> Een hormonaal intra-uterien device (Mirena- of Kylenea-spiraal) onderdrukt niet altijd de ovulatie en heeft daarmee niet de voorkeur. Aangezien de progestageen-alleenpil wel goede ovulatieonderdrukking geeft en eventuele oestrogene bijwerkingen afwezig zijn, is een positief effect mogelijk. Er is een casuïstische mededeling waarin men inderdaad een goed effect beschrijft.<sup>15</sup>

Elke pil wordt het liefst in ieder geval 3 maanden geprobeerd. Doorslikken zonder stopweek geeft de stabielste hormoonspiegels en is veilig. Er zijn grote individuele verschillen in reactie op OAC, want deze kunnen ook stemmingsklachten als bijwerking geven.<sup>13</sup>

Het is niet goed onderzocht of SSRI of hormonale therapie effectiever is bij PMS/PMDS. Wanneer een voorgeschreven therapie onvoldoende effect heeft, dient herevaluatie plaats te vinden en moet de behandelaar onderliggende psychiatrische stoornissen nagaan. Zoals besproken, heeft GnRH niet de voorkeur, maar in ernstige gevallen kan men naar de gynaecoloog verwijzen om dergelijke opties te bespreken.

### Bespreking casus

Wij presenteerden een casus van een vrouw met prikkelbaarheid en stemmingswisselingen. De erkenning van het probleem en de aanpak van de hormonale component waren nuttig in haar behandeling. Het inschatten van het menstruatieggebonden patroon en de lijdensdruk leek hierin belangrijker dan het precieze onderscheid tussen PMS, PMDS en PME of de specifieke aard van de klachten.

Bij eerdere erkenning van het PMDS/PME-component had men ook kunnen starten met een SSRI in de luteale

fase. Aangezien onze patiënte al citalopram continu gebruikte (met partieel effect), hebben we dit ongewijzigd gelaten. De combinatiepil zorgde vervolgens voor een toename van klachten, hoewel zij deze slechts kortdurend gebruikte. Daarop probeerden we desogestrel (een alleen-progestageenpil), vanwege de theoretische effectiviteit (goede onderdrukking van de ovulatie) en onze positieve ervaring hiermee. Dit middel bleek inderdaad effectief voor patiënte. Progestagenen alleen worden niet aanbevolen in de richtlijn door gebrek aan bewijs. Als andere opties niet aangewezen zijn, is dit wel een optie om te overwegen.

## CONCLUSIE

Acht jaar na de beschrijving van de premenstruele dysfore stemmingsstoornis is er nog weinig aandacht voor deze stoornis. We hebben geprobeerd deze lacune te vullen door concrete handvatten te geven voor diagnostiek en de behandeling. Gelukkig kunnen we ons in de psychiatrie baseren op de ruime ervaring met soortgelijke klachten binnen de gynaecologie. De grote individuele verschillen in presentatie, bijkomende psychiatrische problematiek en reactie op (hormoon)therapie maken de diagnostiek en behandeling niet eenduidig. Dit hebben we geïllustreerd aan de hand van een casusbeschrijving.

We roepen psychiaters op tot meer aandacht voor de invloed van menstruatie op het mentale welbevinden. Het uitvragen van de invloed van menstruatie op stemmingsklachten behoort in de standaardanamnese bij premenopauzale vrouwen. Met een goede herkenning en aanpak is veel te winnen, zoals toevoegen van hormoontherapie of gedragsactivatie aanpassen aan de cyclusweek.

Het is ook tijd dat we in richtlijnen meer aandacht besteden aan genderspecifieke klachten en behandelopties. Het onderzoek hiernaar lijkt relatief schaars. Goede studies naar de effectiviteit van desogestrel en een directe vergelijking tussen de werkzaamheid van SSRI's en OAC's zouden bijvoorbeeld welkom zijn.

## LITERATUUR

- 1 O'Brien S, Rapkin A, Dennerstein L, e.a. Diagnosis and management of premenstrual disorders. *BMJ* 2011; 342: d2994.
- 2 American Psychiatric Association (APA). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Amsterdam: Boom; 2014.
- 3 Heinemann LAJ, Damonte KC, Korner P. Assessment of health related quality of life and economic effects in patients with premenstrual disorders. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 135.
- 4 Hartlage SA, Breaux CA, Yonkers KA. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in DSM-5. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 70-6.
- 5 Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, e.a. on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of premenstrual syndrome. *BJOG* 2017; 124: e73-105.
- 6 Marjoribanks J, Brown J, O'Brien PMS, e.a. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD001396.
- 7 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Richtlijn premenstrueel syndroom. Utrecht: NVOG; 2011.
- 8 Sepede G, Sarchione F, Matarazzo I, e.a. Premenstrual dysphoric disorder without comorbid psychiatric conditions: a systematic review of therapeutic options. *Clin Neuropharmacol* 2016; 39: 241-61.
- 9 Wit AE de, de Vries YA, de Boer MK, e.a. Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol* 2021; 225: 624-33.
- 10 Kendler KS, Karkowski LM, Corey LA, e.a. Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1234-40.
- 11 Dumont GJH. Acute effecten van serotonineheropnameremmers: een behandeling van premenstrueel syndroom. *Psyfar* 2013; 1: 36-39.
- 12 Yonkers KA, O'Brien PM, Eriksson E. Premenstrual syndrome. *Lancet* 2008; 371: 1200-10.
- 13 Leij F van der, Willibrord CM, Schultz W, e.a. Het premenstrueel syndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: A1341.
- 14 Ford O, Lethaby A, Roberts H, e.a., Cochrane Gynaecology and Fertility Group. Progesterone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; CD003415.
- 15 Georgantopoulou C, Field S. Treatment of premenstrual syndrome with the desogestrel-only pill (Cerazette) in an adolescent girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009; 22: e1-3.