Zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe (PMDD)

Co zbadano i jak

Podstawą jest artykuł edukacyjny z Medscape (E.C. Lorenzini, sierpień 2026) — praktyczny przegląd rozpoznawania i leczenia PMDD, z rekomendacjami ACOG. Kryteria rozpoznania, w ICD-11 (GA34.41) są spójne z kryteriami psychiatrycznymi.

Kiedy podejrzewać PMDD

- **Wzorzec cykliczny:** objawy afektywne (drażliwość, wybuchy złości, płaczliwość, lęk, poczucie przytłoczenia) pojawiają się w fazie lutealnej (czasem zaczynają się przed owulacją) i ustępują niemal natychmiast po rozpoczęciu miesiączki (bez objawów minimum 1-7 dnia cyklu)
- **O rozpoznaniu decydują objawy afektywne, nie somatyczne.** Wzdęcia, tkliwość piersi i trudności z koncentracją mogą towarzyszyć, ale to komponent nastroju odróżnia PMDD od zespołu napięcia przedmiesiączkowego (PMS).
- **Upośledzenie funkcjonowania jest warunkiem rozpoznania.** Nasilenie porównywalne z dużą depresją — wpływ na pracę i relacje, nie sam dyskomfort.
- **Częsty scenariusz:** wcześniejsza błędna diagnoza dystymii lub depresji i brak odpowiedzi na leczenie ciągłe.

Średnie opóźnienie rozpoznania to ok. 20 lat od początku objawów.

Jak potwierdzić rozpoznanie

- **Warunek:** prospektywny dzienniczek objawów przez ≥ 2 kolejne cykle. Wywiad retrospektywny nie wystarcza — ponad połowa kobiet z „ciężkim PMS" nie potwierdza wzorca lutealnego w dzienniczku.
- **Narzędzie:** Daily Record of Severity of Problems (DRSP); w gabinecie wystarczy prosty dzienniczek z oceną nasilenia. Przykład kwestionariusza z kluczem w kolejnym załączniku (na podstawie DRSP). W dzienniczku pacjentka pisuje stan w określonym dniu miesiąca, nie cyklu, obserwacje można zacząć w każdej chwili.
- **Kryterium czasowe (ICD-11):** objawy zaczynają się zazwyczaj na kilka dni przed miesiączką (mogą jeszcze przed owulacją, poprawa nastroju pojawia się (znacząca różnica w samopoczuciu) z początkiem krwawienia miesiączkowego, są minimalne lub nieobecne w ciągu ok. 1 tygodnia od początku miesiączki — czyli w pierwszym tygodniu cyklu (wczesna faza folikularna).
- **Kod ICD-11:** GA34.41 (Premenstrual dysphoric disorder, PMDD) w rozdziale chorób układu moczowo-płciowego. PMS to GA34.40; w ICD-10 praktycznym odpowiednikiem jest N94.3.
- **Wykluczenie PME (*premenstrual exacerbation*, czyli przedmiesiączkowe zaostrzenie istniejącego już zaburzenia):** kryterium ICD-11 wprost wymaga, by objawy „nie stanowiły zaostrzenia zaburzenia psychicznego", różnicowanie z PME jest warunkiem rozpoznania.
- **Laboratorium wg wskazań, nie rutynowo:** np. TSH przy podejrzeniu niedoczynności tarczycy, badania zależnie od obrazu klinicznego (za ACOG).

Diagnostyka różnicowa

- **PME (najtrudniejsze i najważniejsze):** objawy podstawowego zaburzenia utrzymują się przez cały cykl, tylko nasilają się przedmiesiączkowo. Pytanie różnicujące: „Czy jest w cyklu przynajmniej tydzień od rozpoczęcia miesiączki gdy czuje się Pani dobrze?"
- **Zaburzenie afektywne dwubiegunowe (zwł. typ II):** epizody nie ograniczają się do cyklu, trwają dłużej; występuje zmniejszona potrzeba snu, gonitwa myśli, megalomania. Współwystępowanie z PMDD jest częstsze.
- **Duża depresja i zaburzenia lękowe:** mogą nasilać się przedmiesiączkowo, ale utrzymują się również z początkiem cyklu.
- **Niedoczynność tarczycy, perimenopauza** mogą naśladować objawy
- **Migrena katamenialna:** dzienniczek bólów głowy; leczenie tryptanami lub pomostowo estradiolem okołomiesiączkowo (plaster/żel).
- **Współwystępowanie PMDD z innymi objawami PMS** w 42–49%. Obecność innego zaburzenia psychicznego nie wyklucza PMDD, jeśli wzorzec jest cykliczny.

Leczenie pierwszej linii

- Leczenie zależy od nasilenia i długości trwania zaburzeń w cyklu miesiączkowym. Najczęściej przy nieznacznie zaznaczonych objawach, które trwają do kilku dni przed miesiączką, pacjentka nie ma życzenia włączania leczenia farmakologicznego. W tej i każdej innej sytuacji, jeśli pacjentka nie akceptuje innego leczenia, zaproponuj leczenie ziołowe, **Mastodynon** (niepokalanek, korzystny w mastodynii w PMS) 2xdz 1 tabletka przez 3 miesiące (30min przed i po przyjęciu tabl., koszt 60 tabl to ok. 50 zł. Zaskakująco, niektóre pacjentki odnoszą korzyść (ocena po min. 6 tyg. terapii), która utrzymuje się po odstawienia preparatu ziołowego. **To moja praktyka, nie ma tego preparatu w rekomendacjach.**
- **SSRI — farmakoterapia pierwszego rzutu** (silna rekomendacja ACOG, umiarkowana pewność dowodów). FDA zarejestrowała w PMDD sertralinę, paroksetynę i fluoksetynę; **w Polsce w tym wskazaniu jest to stosowanie off-label (zgoda na pozarejestracyjne stosowanie leku). Klucz praktyczny:** w PMDD SSRI działają w ciągu kilku dni, nie tygodni. To umożliwia dawkowanie przerywane — od wystąpienia objawów (lub od owulacji) do końca cyklu. **Schemat przerywany/ciągły:** w schemacie przerywanym mniejsza skuteczność, ale mniej działań niepożądanych i mniej objawów odstawienia. **Typowe dawki (dostosuj do ChPL):** sertralina 50–100 mg/d, fluoksetyna 20 mg/d, paroksetyna 12,5–25 mg/d.
- **Terapia poznawczo-behawioralna (CBT):** zalecana przez ACOG — łagodzi objawy psychiczne i poprawia funkcjonowanie; korzystna u pacjentek preferujących leczenie niefarmakologiczne lub jako uzupełnienie SSRI.
- **Złożona antykoncepcja z drospirenonem (schemat 24/4):** opcja, zwłaszcza gdy pacjentka potrzebuje też antykoncepcji; dowody dla objawów nastroju są mniej spójne niż dla SSRI.

Wytyczne ACOG 2023 (Clinical Practice Guideline No. 7; Obstet Gynecol 2023; 142:1516–1533; PMID 37973069): SSRI to leczenie pierwszego rzutu w PMDD (schemat ciągły lub w II fazie cyklu). U kobiet wymagających antykoncepcji — COC z progestagenem antyandrogennym (drospirenon), najlepiej w schemacie ciągłym. GLOWM ACOG zaznacza jednak, że COC z drospirenonem nie wiązały się z istotną poprawą swoistych objawów depresyjnych. RCOG (Green-top No. 48) i ISPMD zajmują zbliżone stanowisko.

Moja praktyka wskazuje na, częstsze niż przy innych gestagenach, występowanie zaburzeń nastroju przy drospirenonie, więc rekomenduję antykoncepcję z innym gestagenem.

Leczenie wspomagające / niskiego ryzyka

- **Regularna aktywność fizyczna** — opcja pierwsza u pacjentek unikających leków.
- **Wapń 1000–1200 mg/d** — korzyść wykazana dla objawów PMS.
- **Akupunktura** — dowody niejednoznaczne.
- **Vitex agnus castus (niepokalanek, wspomniany wcześniej Mastodynon)** — szeroko stosowany, ale różnice między preparatami i słabe dowody utrudniają jednoznaczne wnioski.

Przypadki oporne (druga/trzecia linia)

- **Agoniści GnRH z terapią add-back** (niskie dawki estrogenu + progestagenu) — zarezerwowani dla przypadków opornych; krótkotrwale, ze względu na ryzyko utraty masy kostnej.
- **Supresja jajników przez 2–3 miesiące bywa też testem diagnostycznym:** jeśli objawy utrzymują się mimo pełnej supresji, PMDD jest mało prawdopodobne — skieruj na ponowną ocenę psychiatryczną.

Mój komentarz

PMDD to objawy afektywne (drażliwość, wybuchy złości, płaczliwość, lęk, poczucie przytłoczenia) z upośledzeniem funkcjonowania porównywalnym z dużą depresją. Występuje jako odrębna jednostka w ICD-11 (GA34.41). Objawy występują cyklicznie w fazie lutealnej, czasem jeszcze przed owulacją, najczęściej na kilka dni przed miesiączką, ustępują z początkiem miesiączki. Jednoznacznie, nastrój jest dobry przynajmniej do 7dnia cyklu,

Ocena nastroju na podstawie dzienniczka (kolejny załącznik) na dwa cykle, zamiast rozpoznawania z wywiadu. Dzienniczek pokazuje, czy jest w cyklu przynajmniej tydzień (1-7dc) dobrego samopoczucia. To różnicuje PMDD od PME (*premenstrual exacerbation*), przedmiesiączkowego pogorszenie objawów depresji czy innych chorób psychicznych (szczególnie ważne różnicowanie z chorobą afektywną dwubiegunową, gdzie okresy poprawy to mania).

Leczenie z wyboru to SSRI (sertralina, fluoksetyna, paroksetyna). Ze względu na szybkie działanie SSRI w PMDD, można zastosować lek na kilka dni w cyklu. W Polsce żaden SSRI nie ma rejestracji dla PMDD (zgoda na lek poza rejestracją). W słabo nasilonych objawach proponuję Mastodynon (niepokalanek) z zaskakująco dobrym efektem w części przypadków. Efekt placebo w PMDD jest ogromny (36–43% odpowiedzi na placebo), co osłabia interpretację korzyści. Zalecana jest także psychoterapia poznawczo-behawioralna.

Nierzadko psychiatra kieruje pacjentkę do ginekologa, żeby leczyć PME albo sama pacjentka przyjmująca leki p/depresyjne przychodzi do ginekologa w celu leczenia PMS. Proszę wówczas, aby lekarz psychiatra zmienił leczenie depresji (czy innej choroby), aby zredukować nasilenie objawów w związku z cyklem. A jeśli pacjentka potrzebuje skutecznej antykoncepcji, rekomenduję antykoncepcję dwuskładnikową (w terapii ciągłej). Kolejnym krokiem jest włączenia analogów GnRH przez 3 miesiące próby, odstawienie przy braku efektu, kontynyacja z add-back therapy gdy efekt leczenia zadowalający (brak rejestracji dla tego wskazania). Leczenie aGNRH stosowałam przy PME, w PMDD nie spotkałam takiej konieczności. To mój ostatni *case*, gdzie pacjentka miała próby samobójcze mimo leczenia psychiatrycznego i terapii ciągłej gestagenowej (p/wsk do estrogenów). Przy aGnRH poczuła spektakularną poprawę.

Ograniczenia

- Dawki SSRI podane wyżej pochodzą z ustalonej praktyki klinicznej (artykuł ich nie precyzuje) — dostosuj do preparatu i ChPL.
- Dane o skuteczności COC z drospirenonem dla objawów nastroju są mniej spójne niż dla SSRI.
- Rozpoznanie różnicowe wymaga czujności wobec ChAD II — to najważniejsza pułapka przy włączaniu SSRI.

Źródło

Lorenzini EC. Premenstrual Dysphoric Disorder: How to Recognize and Treat. Medscape, 24 sierpnia 2026.

https://www.medscape.com/viewarticle/premenstrual-dysphoric-disorder-how-recognize-and-treat-2026a1000tcj

Bixo M, *Glob Libr Women's Med ISSN: 1756-2228; DOI 10.3843/GLOWM.418533*

The Continuous Textbook of Women's Medicine Series **– Gynecology Modul, Volume 4**

Benign gynecology, *Volume Editor:Professor Shilpa Nambiar, Prince Court Medical Centre, Kuala Lumpur, Malaysia* Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder | Article | GLOWM