

Premenstruell tensjonssyndrom - PMS (2025)

Sist oppdatert:

Mer informasjon

Utgiver: Norsk gynekologisk forening

Versjon:

Forfattere: Nora Johansen, Kristine Amundsen, Kirsten Øvergaard Hope

Tidligere versjoner

Kopier lenke til dette emnet

Kopiert

Foreslå endringer/gi kommentarer

Søk: Pyramidesøk via Helsebiblioteket Ett treff på Guidelines: Management of Premenstrual Disorders: ACOG Clinical Practice No.7 (2023) (1). Revisjonen hovedsakelig gjort i henhold til denne publikasjonen. Søk i PubMed, google, cochrane ++

Definisjoner og terminologi

PMS er en tilstand med psykologiske/humørrelaterte og/eller kroppslige plager som oppleves i lutealfasen og forsvinner i løpet av eller kort tid etter menstruasjonen. Minst ett av symptomene må redusere funksjonsnivået på en eller annen måte (1, 2). PMDD (premenstrual dysphoric disorder) skiller seg fra PMS ved at symptomene ved PMDD hovedsakelig er affektive (se under) og er så alvorlige at det gir store problemer med å fungere normalt, på lik linje som alvorlig depresjon eller generell angstlidelse. (1)

ISPMDD bruker konsekvent forkortelsen PMDD (premenstrual disorders)(3), mens f.eks. britiske National association for premenstrual syndrome bruker forkortelsen PMS (premenstrual syndrome)(4). Vi har her valgt å bruke forkortelsen PMS som er mest brukt av leger i Norge og best kjent blant legfolk.

International Society for premenstrual disorders (ISPMDD) karakteriserer PMS slik (3):

- Symptomer er til stede i ovulatoriske sykluser.
- Symptomer forekommer ikke før menarke, i svangerskap eller etter menopause.
- Symptomer forekommer i lutealfasen.
- Symptomer må vurderes prospektivt i minst to sykluser.
- Symptomer må gi signifikant negativ innvirkning på kvinnens liv (arbeid, skole, relasjoner til andre, fritidsaktiviteter).

Varianter

- Premenstruell eksaserbasjon: Symptomer på underliggende psykiske, somatiske eller medisinske tilstander som forverres signifikant premenstruelt.

- Gestagen induerte PMS-symptomer pga. tilført gestagen.
- PMS uten menstruasjon: Symptomer pga. ovarial aktivitet uten menstruasjon (f.eks. etter hysterektomi eller endometrieablasjon og ved hormonspiral).

PMS klassifiseres ikke som en mental sykdom.

Epidemiologi

Opp mot 90 % av alle kvinner har premenstruelle symptomer(1). . Klinisk signifikant PMS er antatt å forekomme hos 20-30 %. Den alvorlige formen, PMDD, er beregnet å ha en forekomst på 2-5 %. (1, 5)

PMS/PMDD Forekommer globalt hos kvinner i fertil alder. Det er vanligst med debut i 20 årene. Kvinner med PMS får trolig litt tidligere menopause og opplever mer overgangsplager. Ubehandlet vedvarer symptomene frem til menopausen (6) En del kvinner opplever forverring med årene, spesielt i perimenopause. (6)

Patogenese

Patofysiologien ved PMS/PMDD er fortsatt er uklar, men sannsynligvis er symptomene trigget av økt følsomhet for normale svingninger i østrogen og progesteron i lutealfasen, samt dysfunksjon i serotonin- og gamma-aminosmørsyre (GABA) nevrotransmittersystemene. Noen av de systemiske symptomene – som oppblåsthet – antar man kommer av perifere mekanismer som f.eks. kalsium dysregulering. Både østrogen og progesteron kan regulere antall serotonin-reseptorer(1, 7).

Kvinner med PMS/PMDD har normale konsentrasjoner av østrogen og progesteron. Man vet ikke hvorfor noen kvinner har en symptomatisk reaksjon på sykliske hormonsvingninger, men det kan se ut som kvinner med PMS også er sårbare for hormonsvingningene i perimenopause (6).

Diagnostikk

Symptomer

Symptomene deles inn i affektive/adferdsrelaterte og fysiske (1, 2).

Det vanligste *fysiske* symptomet er oppblåsthet. Andre er hodepine, forstoppelse eller diare, ryggsmarter, ømme bryst og hetetokter.

Det vanligste Affektive/adferdsrelaterte symptomet er irritabilitet. Andre er depresjon/nedstemthet, tristhet, følelse av håpløshet, forstyrrelser i appetitt og/eller søvn (enten mangel på eller overdrevent), lite energi, sinne, ubegrunnet skyldfølelse, konsentrasjonsvansker, tanker om døden, unormale følelsesmessige reaksjoner, lite interesse for omgivelsene.

Det er beskrevet over 200 forskjellige symptomer ved PMS/PMDD.

Diagnose

- Full anamnese: prevensjonshistorikk (evt. gestageninduserte symptomer), medikamenter og rusmidler.
- Hvordan påvirker symptomene kvinnens liv?
- Både regelmessige og uregelmessige sykluser kan være assosiert med PMS/PMDD.
- Det finnes ingen fysiske forandringer ved undersøkelse.
- Hormonmålinger gir ingen informasjon, men kan utelukke tyreoidesykdom. Diagnosen settes ved at kvinnen loggfører sine symptomer i minst to menstruasjonssykluser.
- *DRSP: Daily Record of Severity of Problems* er et enkelt, validert avkrysningsskjema med 17 vanlige symptomer(8). Det kreves ikke et visst antall symptomer for PMS. Hvis hun har ≥ 5 symptomer og minst ett av disse er affektive, klassifiserer det for PMDD.
- PMS dersom minst ett symptom i lutealfasen som påvirker funksjonsnivået
- 5 eller flere symptomer i lutealfasen, hvorav minst ett er affektivt, tyder på at det kan være PMDD

[Premenstruelt tensjonssyndrom DRSP Vedlegg PMS NORSK.pdf](#)

[Premenstruelt tensjonssyndrom DRSP Vedlegg PMS ENGELSK.pdf](#)

Differensialdiagnoser

- Angst og depresjon.
- Perimenopause. Perimenopausale symptomer typisk i slutten av 40-årene, mens PMS oppstår som oftest i ung alder. DRSP brukes for å avdekke om symptomene er sykliske.
- Tyreoidesykdommer.
- Misbruk: alkohol, narkotiske stoffer og visse reseptbelagte legemidler.
- Andre: en del medisinske tilstander som migrene, ME, irritabel tarmsyndrom, diabetes, epilepsi og astma kan forverres premenstruelt, men disse kvinnene har symptomer også i follikelfasen.

Behandling

Generelt

Kvinnens egen opplevelse av alvorlighetsgrad er avgjørende for om hun skal ha behandling. Det er flere behandlingsprinsipper: Mental bevisstgjøring, evt. bruk av alternativ medisin, hemning av ovulasjonen og modifisering av serotonin-transmisjon.

Livsstilsendringer

Kvinnen bør, om mulig, tilrettelegge sin hverdag med hensyn til at hun er sårbar i en del av syklus. Fysisk aktivitet, avslapningsteknikker, yoga, reflexologi, akupunktur, endring av kosten, reduksjon av alkoholforbruk anbefales, men mangler robust evidens.

Kognitiv adferdsterapi anbefales (1). I studier mer langvarig behandlingseffekt enn medikamentell behandling for affektive symptomer.

Reseptfri behandling

Det er begrenset evidens for alternative behandlinger, men noen kvinner med PMS kan ha nytte av 'naturprodukter'. Dette er spesielt viktig for kvinner der hormonell behandling er kontraindisert.

- *Vitex Agnus-Castus Extract* (munkepepper) Dosen er 20-40 mg/dag. Dette produktet er mest lovende av naturproduktene. Det har dopaminerg effekt, men virkningsmekanismen ved PMS er ukjent. Sikkerheten er god, bivirkningene er sjeldne og milde(9).
- *Vitamin B6, Pyridoxin* (på godkjenningssfritak eller nettkjøp) 25-100 mg/dag. OBS større dose (>200 mg/dag) kan gi nevrotoksisitet (BMJ).
- *Magnesium* 200-250 mg/dag i premenstruell fase(4). Ingen klar evidens for effekt. Høyere dose skal ikke gis (BMJ)
- *Calcium carbonat*: 600 mg/dag (BMJ) eller 1000-1200 mg/dag (ACOG). Obs: kan gi obstipasjon, kan virke inn på absorpsjonen av andre medikamenter og kan gi nyrestein (BMJ).
- *Johannesurt*: 500-1200 mg/dag er dosen ved mild depresjon (14). Kan gi interaksjoner med andre medikamenter. Anbefales ikke sammen med lavdose p-piller eller SSRI (4).
- *Nattlysolje* 1-2 g/dag (4). Ingen klar evidens for effekt. (BMJ)

Reseptbelagte legemidler

P-piller

- Velges ved generelle PMS-plager og samtidig prevensjonsbehov og/eller dysmenore/menoragi. Ingen sikker effekt på humørsvingninger og depressive symptomer
- Effektivt ved å hindre eggøsning og dermed de hormonelle svingningene i østrogen og progesteron som antas å utløse symptomene
- Tidligere ble kombinasjons-p-pille med drospirenon (Yaz, Yasminelle, Yasmin) anbefalt, men en meta-analyse viste ingen forskjell i effekt mellom gestagentyper (drospirenone, desogestrel, levonorgestrel, or norgestrel) eller regimer (21, 28 dager eller kontinuerlig). Studiene var få og av lav kvalitet. (10)

Kommentert [NJ1]: Ønsker å sette inn referansen BMJ best practice, tror det var der Kirsten fant den, men feil på nettsida, får ikke tilgang til artikkelen. Kopi ved googling:

Premenstrual syndrome and dysphoric disorder



BMJ Best Practice
<https://bestpractice.bmj.com> › e...

[·Oversett denne siden](#)

Premenstrual syndrome (PMS) is characterised by repetitive, cyclical, physical, and behavioural symptoms occurring in the luteal phase of the normal menstrual ...

- **SSRI/SNRI**

Effekten er godt dokumentert(1). 60-70 % responderer på SSRI/SNRI. Det er ingen sterke prediktorer for non-responders. Kan brukes i kombinasjon med p-piller hos kvinner som ikke har tilstrekkelig effekt av p-pille alene.

- Kan gis intermitterende i lutealfasen (7-14 dager) eller kontinuerlig gjennom hele måneden. Rask effekt av SSRI ved PMS (dager). Støtte til teorien om serotonerg dysfunksjon. Intermitterende behandling gir mindre bivirkninger.
- Man bør starte med lavest dose. Ved manglende respons: øke dose eller varighet av behandlingen, evt. bytte til annen type.
- Mer effektiv ved psykiske enn fysiske plager, men kan gi bedring av oppblåsthet og mastalgi¹⁹.
- Bivirkninger: Nedsatt libido, forsinket orgasme, hodepine, munntørrehet, søvnforstyrrelser, diare, kvalme, fatigue.
- Ved kontinuerlig behandling: Nedtrapping før seponering.

Dosering SSRI

- Fluoksetin (Fluoksetin®, Fluoxetine®, Fontex®): 20 mg x1.
- Sertralin (Sertraline®, Zoloft®): 50 mg x1.
- Citalopram (Setralin®, Cipramil®): 10 mg x1.
- Paroksetin (Paroxetin®, Seroxat®): 5-10 mg x1.

Dosering SNRI

- Venlafaksin (Venlafaxin®, Venorion®) anbefales som 2.valg: 37,5 mg x1
-

Spironolakton (Spironolactone®, Spirix®) 25 mg-100 mg/dag, eventuelt fordelt på flere doser - fra dag 12 til menstruasjonsstart) kan forsøkes ved symptomer som oppsvulmethet og mastalgia. Spironolakton skal ikke brukes sammen med p-piller med drospirenon pga teoretisk risiko for hyperkalemi^(nyere referanse).

Bromokriptin (Parlodel® 2,5 mg) og kabergolin (Dostinex® 0,5 mg) kan brukes for premenstruell mastalgi, men ikke for andre symptomer. De er like effektive, men kabergolin har færre bivirkninger^(nyere referanse).

GnRH-agonister

- GnRH-agonister hemmer effektivt ovariefunksjonen med eggmodning, østrogenproduksjon og ovulasjon. Effekten ved PMS er veldokumentert, men medfører klimakterielle plager og langtidsbehandling medfører risiko for bentap³. Noen forfattere anbefaler måling av benmasse.
- Ved denne revisjonen foreligger det ingen evidens som støtter bruk av GnRH-antagonister i behandlingen av PMS (11)
- Behandlingen må begrenses til de kvinner som ikke tåler/ikke har effekt av p-piller eller SSRI(1). 'Add-back terapi' med østrogen og gestagen (kontinuerlig kombinert østrogen/gestagen eller tibolone) bør brukes ved bivirkninger som hetetokter eller etter 6 måneders behandling (BMJ). BMJ foreslår mikronisert progesteron. Man bør starte med nesespray eller månedlig depot for å se om kvinnen tåler behandlingen. Fordelen med nesespray er at den raskt kan seponeres, ulempen er at det er tungvint å ta det to ganger om dagen. Etter 2-3 uker kommer det gjerne blødning, så amenore. Hvis hun tåler behandlingen, kan man etter hvert gå over til injeksjoner hver tredje måned, men det kan da ta lang tid, måneder, før legemidlet er ute av kroppen.

Dosering

- Nafarelin (Synarel[®]): Nesespray 200 mikrogram morgen og kveld. Leuprorelin (Procren[®]): Depot 3,75 mg s.c. månedlig eller 11,35 mg s.c. hver 3.måned.
- Goserelin (Zoladex[®]): Depot 3,6 mg s.c. månedlig eller 10,8 mg s.c. hver 3.måned.

Behandlinger som frarådes eller ikke anbefales

- Østradiol-plaster i dose på 100-200 µg to ganger i uken kan hemme ovulasjon, men dosen er meget høy og det må gis tilskudd av gestagen for å beskytte endometriet. Langtidseffekt og sikkerhet er dårlig dokumentert, studiene er av lav kvalitet.(1, 12).
- Bilateral ooforektomi skal kun vurderes ved alvorlige PMS-symptomer refraktære til medikamentell behandling, ved alvorlige symptomer og antatt langvarig bruk av GnRH-antagonister eller ved alvorlige PMS-symptomer med samtidig annen indikasjon for bilateral ooforektomi. Etter kastrering bør det tilføres østrogen og dermed også gestagen med stor risiko for residiv av PMS. Ooforektomi bør kombineres med hysterektomi, altså et stort operativt inngrep. (1)
- Levonorgestrel 52 mg hormonspiral eller progesteron alene er ikke anbefalt.

Referanser

1. Management of Premenstrual Disorders: ACOG Clinical Practice Guideline No. 7. Obstet Gynecol. 2023;142(6):1516–33.

2. Yonkers KA, Casper RF. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. In: Post TW, ed. UpToDate. Updated April 30, 2024. Available from: <https://www.uptodate.com>. Accessed October 2025. [
3. Ismaili E, Walsh S, O'Brien PMS, Backstrom T, Brown C, Dennerstein L, et al. Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPM): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(6):953–8.
4. Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG*. 2017;124(3):e73–e105.
5. Yonkers KA, Casper RF. Epidemiology and pathogenesis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. In: Post TW, ed. UpToDate. Updated October 17, 2025. Available from: <https://www.uptodate.com>. Accessed October 2025. [
6. Yang Y, Valdimarsdottir UA, Manson JE, Sievert LL, Harlow BL, Eliassen AH, et al. Premenstrual Disorders, Timing of Menopause, and Severity of Vasomotor Symptoms. *JAMA Netw Open*. 2023;6(9):e2334545.
7. Yonkers KA, Simoni M. Evidence-Based Treatments for Premenstrual Disorders. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(2):215–6.
8. Endicott J, Nee J, Harrison W. Daily Record of Severity of Problems (DRSP): reliability and validity. *Arch Womens Ment Health*. 2006;9(1):41–9.
9. Verkaik S, Kamperman AM, van Westrhenen R, Schulte PFJ. The treatment of premenstrual syndrome with preparations of *Vitex agnus castus*: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(2):150–66.
10. de Wit AE, de Vries YA, de Boer MK, Scheper C, Fokkema A, Janssen CAH, et al. 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(6):624–33.
11. Naheed B, Kuiper JH, O'Mahony F, O'Brien PM. Gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues for premenstrual syndrome (PMS). *The Cochrane database of systematic reviews*. 2025;6(6):CD011330.
12. Mu E, Chiu L, Kulkarni J. Using estrogen and progesterone to treat premenstrual dysphoric disorder, postnatal depression and menopausal depression. *Front Pharmacol*. 2025;16:1528544.