



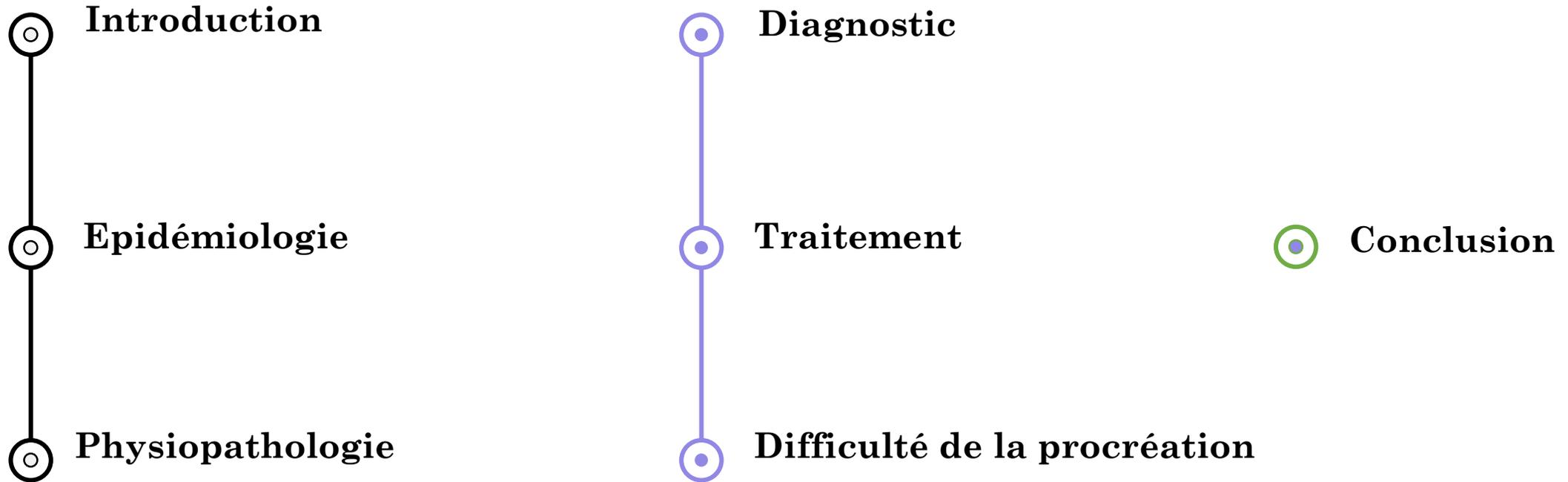
# PROLACTINOME & PROCRÉATION



**Dr DIALLO Mamadou Mansour**

**Maître Assistant Endocrinologie et  
Métabolismes**

# Plan de la presentation



# Introduction

Le prolactinome est une tumeur bénigne développée aux dépens des cellules lactotropes de l'hypophyse, sécrétant la prolactine

Le microprolactinome (taille < 10mm) représente environ 70 % des adénomes à Prolactine

## Intérêt:

- Par la fréquence: 20 à 25% des consultations pour aménorrhée secondaire pourraient être en rapport avec une hyperPRL
- C'est l'adénome hypophysaire le plus fréquent
- Le traitement existe, médical et chirurgical
- Traité: possibilité de guérison
- Non traité: il y a un risque de progression tumorale avec des complications à type de panhypopituitarisme

# Epidémiologie

- ❑ Prévalence : 1 à 1.5 / 1000
- ❑ Prolactinôme est 6 fois plus fréquent chez la femme que chez l'homme
- ❑ Microprolactinomes: adénomes hypophysaires les plus fréquents tant dans les rapports d'autopsie que dans les séries cliniques publiées

## L'ordre de fréquence des adénomes hypophysaires

- ❑ Prolactinome (50 %)
- ❑ Adénome gonadotrope ou non fonctionnel, FSH/LH et NF (30-20%),
- ❑ Adénome à GH, Acromégalie (10%),
- ❑ Adénome à ACTH, maladie de Cushing (5%)
- ❑ TSHomes (1-2%)

# Physiopathologie

- ❑ Les cellules lactotropes représentent 15 à 20% de l'ensemble des cellules antéhypophysaires fonctionnelles
- ❑ Valeur normale la prolactine chez l'homme est de 5 – 10 ng/ml, chez la femme 5-15 ng/ml,
- ❑ La PRL peut atteindre plusieurs centaines en fin de grossesse
- ❑ Le dosage de Prolactine : examen de première intension
- ❑ Augmentation de la prolactine circulante peut avoir plusieurs origines
- ❑ Diminution de la clairance métabolique par atteinte rénale ou hépatique
- ❑ Hypophysaire (Prolactinome)
- ❑ Médicamenteuses (Psychotiques (Haldol), Anti-HTA centraux, Antiémétiques, Antiulcéreux, morphine et stupéfiants)

# Physiopathologie

- Dosages de la prolactine
- Prolactine normale : 20 ng/ml
- Dans un bon laboratoire

## Deux groupes de dosages

- ➊ Trousse de dosages avec marqueurs radioactifs (IRMA)
- ➋ Dosages automatisés avec des marqueurs non radioactifs (IEMA et ICMA)

## Conditions de dosage :

- En cas de symptômes ou devant une tumeur de la région hypophysaire
- Le dosage se fait Idéalement à jeun à 10h du matin au repos, après avoir vérifié les conditions physiologiques et les médicaments
- Un « bon » dosage peut être fait au repos minimum à toute heure
- Si modérément élevée refaire dans de bonnes conditions

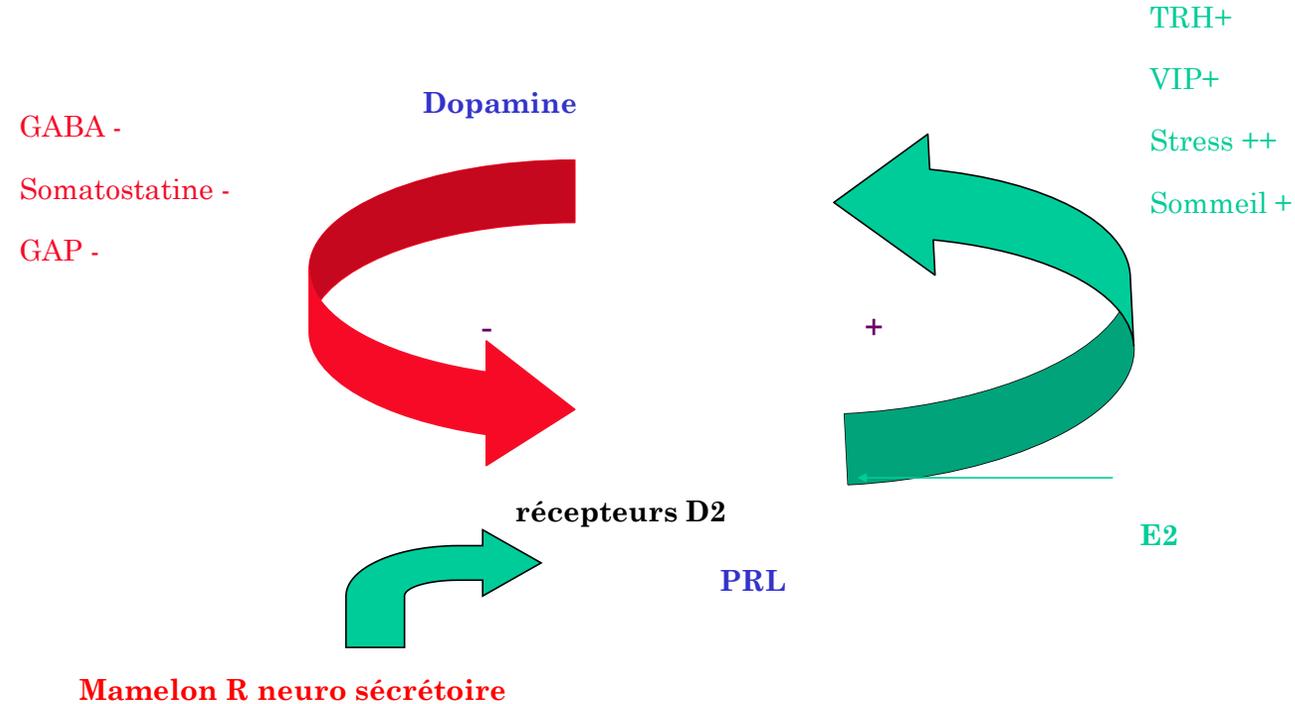
# Physiopathologie

## Effet crochet

- Patients porteurs de macroPRLomes sécrétant de grandes quantités de PRL
- Concentration de PRL > 1000 ng/ml
- Résultat obtenu par le dosage au tour de 18 ng/ml pour des valeurs réelles à 28000 ng/m, mise en évidence par
- Dilution progressive au sérum

# Physiopathologie

## Régulation de la sécrétion de PRL



Taux de PRL Femme > Homme

Taux x 10 pendant la grossesse

Hyperplasie des cellules lactotropes pendant la grossesse

Augmentation à chaque tétée

# Diagnostic

## Situation cliniques fréquentes

### Chez la femme en période d'activité génitale

Perturbation du cycle menstruel

- Aménorrhée galactorrhée
- Absence du retour du cycle après arrêt de la pilule contraceptive
- Troubles des règles et galactorrhée
- Infertilité , stérilité par anovulation
- Prise de poids, pilosité

### Chez l'homme

- Réduction de la libido
- Hypofertilité, impuissance sexuelle
- Galactorrhée en cas de Gynécomastie
- Oligoasthénospermie

### Selon l'âge

- Retard pubertaire
- Interruption de l'évolution de la puberté
- Aménorrhée primaire

# Diagnostic

## Syndrome tumoral si macro adénome

- ❑ Troubles visuels
- ❑ Céphalées frontales
- ❑ faire le champ visuel, oculomotricité et fond d'oeil

## Etiologies

- ❑ **HyperPRL non tumorale**
  - Médicamenteuses
  - HPL et SOPK
- ❑ **HyperPRL tumorale**
  - Hyperprolactinémies avec adénome
  - Micro adénome hypophysaire
  - Macroadénome hypophysaire

# Diagnostic

## Micro-prolactinome : taille < 10 mm à l'IRM

- Fréquence entre 50 à 80 % chez la femme
- Survient à la fin de la 3<sup>ème</sup> décennie dans les 2 sexes
- Syndrome aménorrhée-galactorrhée, Infertilité
- Le clinicien doit s'assurer qu'il n'y pas d'interférence médicamenteuse, éliminer une hypothyroïdie, insuffisance rénale et hépatique)

# Diagnostic

## Macroprolactinome : taille > 10 mm à l'IRM

- Fréquence entre 8 à 10 % chez l'homme
- Diagnostic tardif (négligence des signes)
- Syndrome tumoral, céphalées dans 30 % des cas
- Insuffisance antéhypophysaire dans 33 % des cas
- Tumeurs plus volumineuse, invasives et agressives
- Corrélation entre la PRL et la taille de la tumeur

# Diagnostic

## Synthèse

- L'élévation basale de la prolactine
- Associée à un bilan radiologique positif (IRM)
- En dehors des facteurs confondants
- Sont suffisants pour poser le diagnostic d'un Prolactinome
- Doser les hormones relevant des autres axes hypophysaires: TSH, FSH, LH, GH, cortisolémie, le bilan hépatique, renal

# Diagnostic

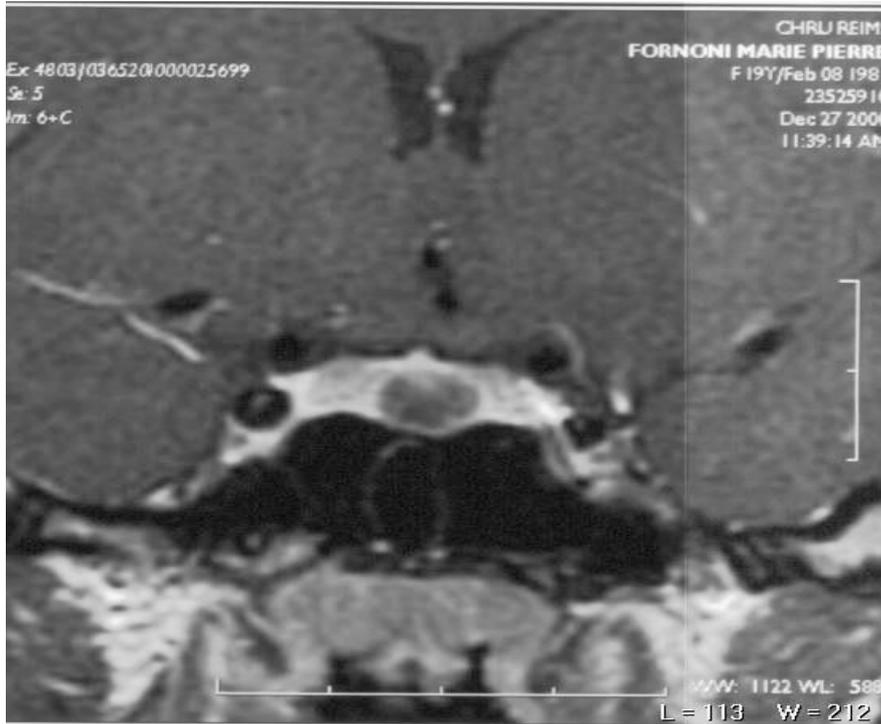
## IRM

- Réalisée avant toute tentative thérapeutique
- IRM sans injection peut être réalisée chez la femme enceinte
- Hypo intensité en T1 et Hypersignal en T2
- Montre des extensions extra sellaires vers le haut
- IRM : un diagnostic d'extension
- Bilan d'opérabilité
- Diagnostic différentiel

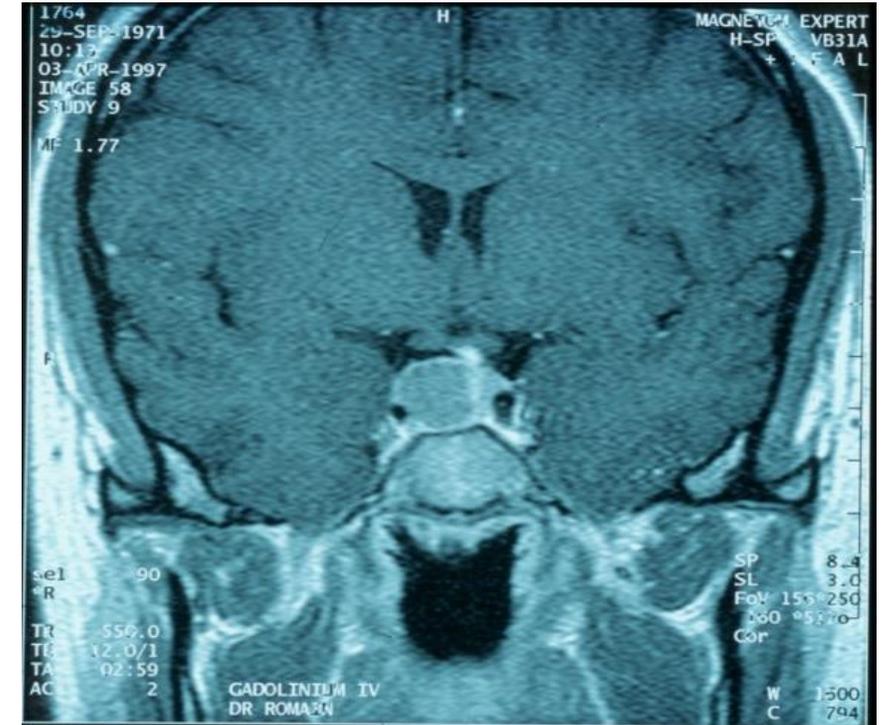
# Diagnostic

IRM

Micro adénome



Macro adénome



# Traitements

## Agonistes des récepteurs dopaminergiques

- La bromocriptine (Parlodel): 15 à 20mg par jour
- La cabergoline (Dostinex ): 0,25 mg à 2 mg par semaine (dose thérapeutique habituelle 1 mg par semaine) en 2 prises
- La quinagolide (Norprolac): 30 à 90 mcg par jour



**Inconvénients de ces 3 molécules:** Vomissements, vertiges, céphalées, hypotension orthostatique, congestion nasale

# Traitements

## Chirurgie par voie basse (Transphénoïdale)

- Une bonne visualisation de l'adenome
- Facilité d'exérèse
- Risque de rhinorrhée réduit

### Inconvénients

- Arachnoidocèle
- Ptose du chiasma
- Sinusite maxillaire
- Diabète insipide

## Chirurgie par voie haute (sous frontale)

- Une bonne visualisation de la coupole sup de la loge hypophysaire

### Inconvénients

- Mauvaise visualisation de l'adénome
- Risque optique
- Sinusite maxillaire
- Diabète insipide

# Traitements

## Macro adénomes à PRL et grossesse

- Possibilité d'augmentation de la taille de la tumeur de 25 %
- Tumeur mettant en danger le chiasma optique : Rare , chirurgie urgente
- Possibilité d'un traitement chirurgicale ou radiothérapie
- Idéale un traitement médical avant la grossesse

*Condition nécessaire pour une grossesse : régression de la tumeur, sans atteinte du chiasma optique*

# Traitements

## Effets des traitements sur la grossesse

### Bromocriptine=Parlodel

- Diminue l'hyperprolactinémie et la taille de la tumeur
- Effets indésirables importants
- Innocuité pendant la grossesse (études)
- Suivi des enfants exposés aux traitements pendant la grossesse : aucune anomalie de développement de l'enfant

### Cabergoline= Dostinex

- Meilleure tolérance
- Efficace à hauteur de 77 %
- Moins de références sur l'innocuité pendant la grossesse

### Quinagoline= Norprolac

- Moins d'effets secondaires
- Innocuité non prouvée

### *En cas de grossesse :*

- traitement de première intention → Bromocriptine*
- si intolérance → Cabergoline puis Quinagoline*

# Traitements

## Suivi de la grossesse

### ❶ Surveillance des signes tumoraux :

- Mensuel : Céphalées, troubles visuels
- Bimensuel : Champ visuel
- Trimestriel : IRM sans injections

### ❷ Surveillance selon la taille (macro-adénome)

- > 12 mm ou menaçant le chiasma : Poursuite des agonistes dopaminergiques
- Peu d'indications chirurgicales

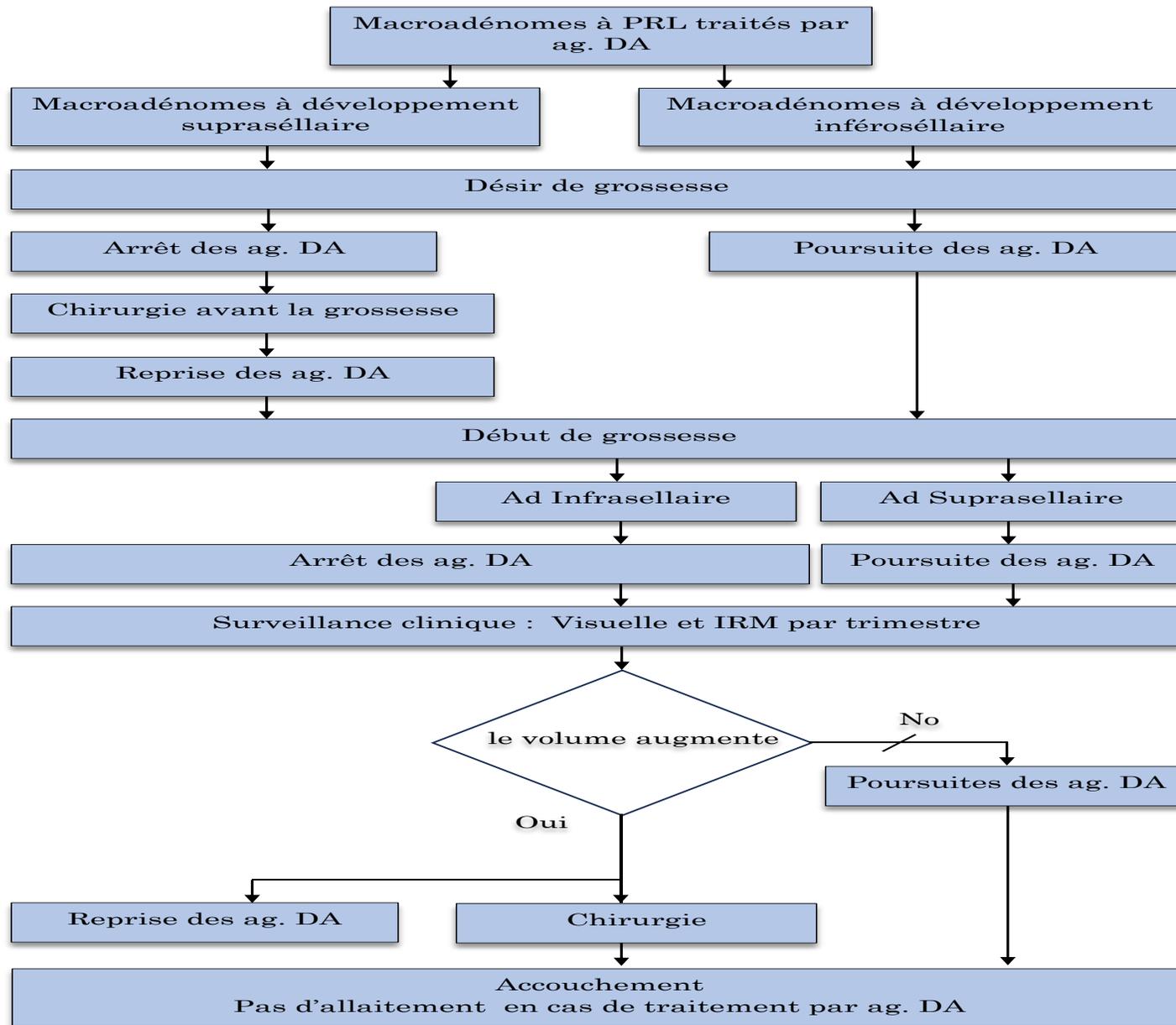
*Suivi post-partum : IRM et champ visuel à trois (3) mois*

# Traitements

## Allaitement

- Non autorisés
- Sauf si accroissement de la tumeur
- Arrêt en cas d'apparition des signes

*Proposition d'un algorithme de prise en charge*



Prolactinomas Andrea Glezer, MD, PhD, Marcello D. Bronstein, MD, PhD Endocrinol Metab Clin N Am - (015)

# Conclusion

# Conclusion

- Le prolactinome est l'adénome hypophysaire le plus fréquent
- Son mode de révélation est une aménorrhée , une hypofertilité, une baisse de la libido, un retard de croissance
- Le dosage de la PRL est l'examen biologique de première intention
- En cas d'hyperPRL, éliminer les facteurs confondants avant la poursuite des explorations
- Le traitement est le plus souvent médical
- Le développement des AG-DA rend la chirurgie rare pendant la grossesse
- Nécessité d'une multidisciplinarité: confrontation critique entre la clinique, les résultats du bilan hormonal et l'imagerie

Merci pour votre  
attention



# PROLACTINOME & PROCRÉATION



**Dr DIALLO Mamadou Mansour**

**Maître Assistant Endocrinologie et  
Métabolismes**

