

Observations:

Une patiente de 48 ans est admise pour mise au point d'une inappétence associée à des nausées, une perte de poids et une fatigue extrême. L'examen clinique révèle un IMC à 17,6 kg/m² et une légère hypertension artérielle. La patiente ne présente ni tension mammaire, ni galactorrhée. Son traitement à domicile consiste en amitriptyline, L-thyroxine, pantoprazole, pilule oestro-progestative en continu (®Yasmin), zolpidem et dompéridone ou métoclopramide en alternance depuis plusieurs semaines. Une gastroscopie montre une oesophagite associée à une hernie hiatale. Le scanner abdominal est sans particularité. La biologie montre une hyperprolactinémie sévère à 694 ng/ml, confirmée après précipitation de la macroprolactine. Une IRM hypophysaire décrit un micro-adénome d'un peu plus de 5 mm de plus grand axe (Fig.1). Un rythme hormonal de 24h réalisé après l'arrêt de sa pilule oestro-progestative et des anti-nauséeux montre une nette diminution des taux de prolactine (54 à 71 ng/ml). L'arrêt, dans un second temps, de l'amitriptyline n'entraîne qu'une diminution très marginale de la prolactinémie (49 à 56 ng/ml) (Fig.2).

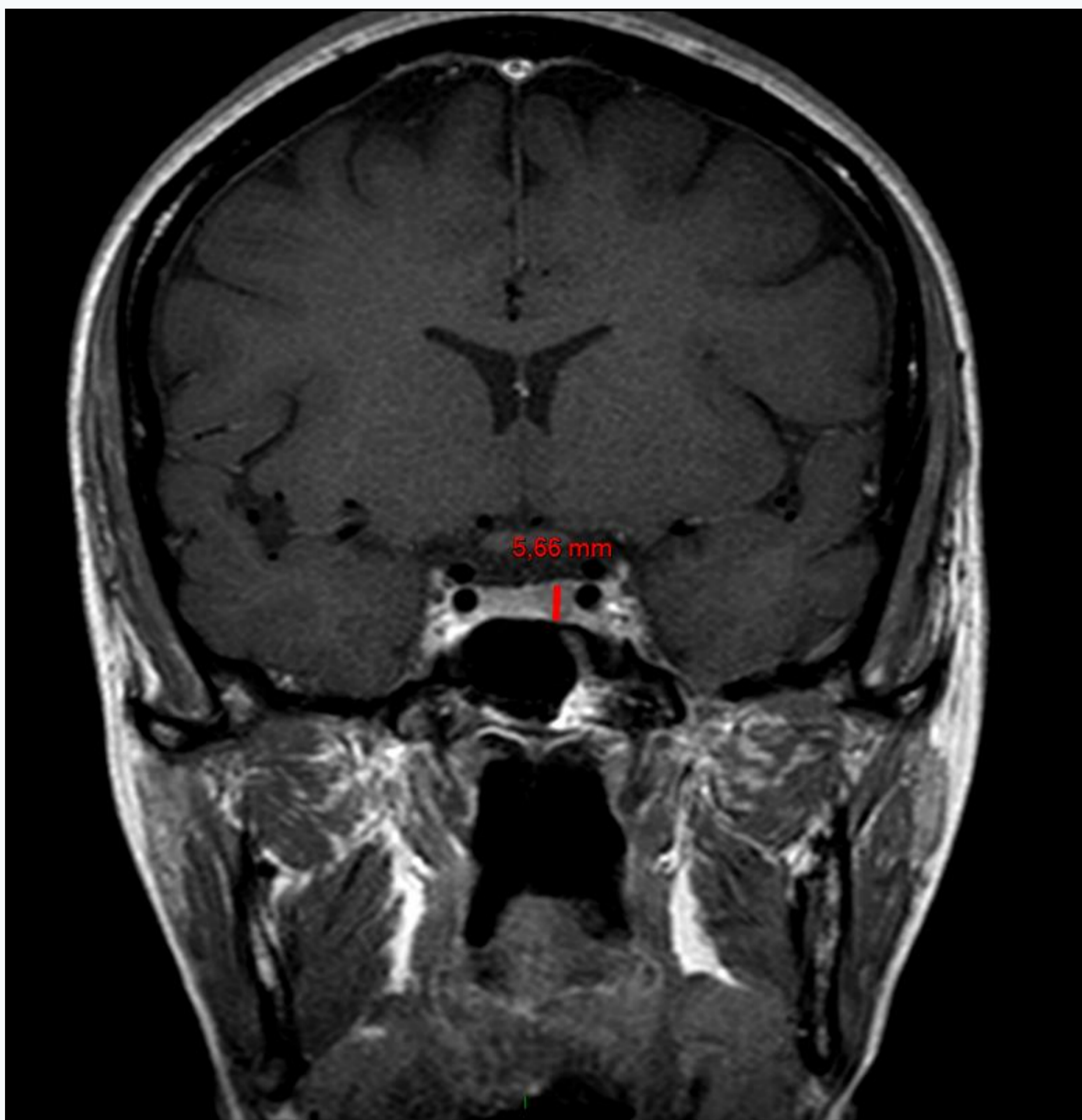


Fig. 1: IRM hypophysaire – coupe coronale en pondération T1 après injection de Gadolinium: microadénome latéro-sellaire gauche d'un peu moins de 6 mm de plus grand axe.

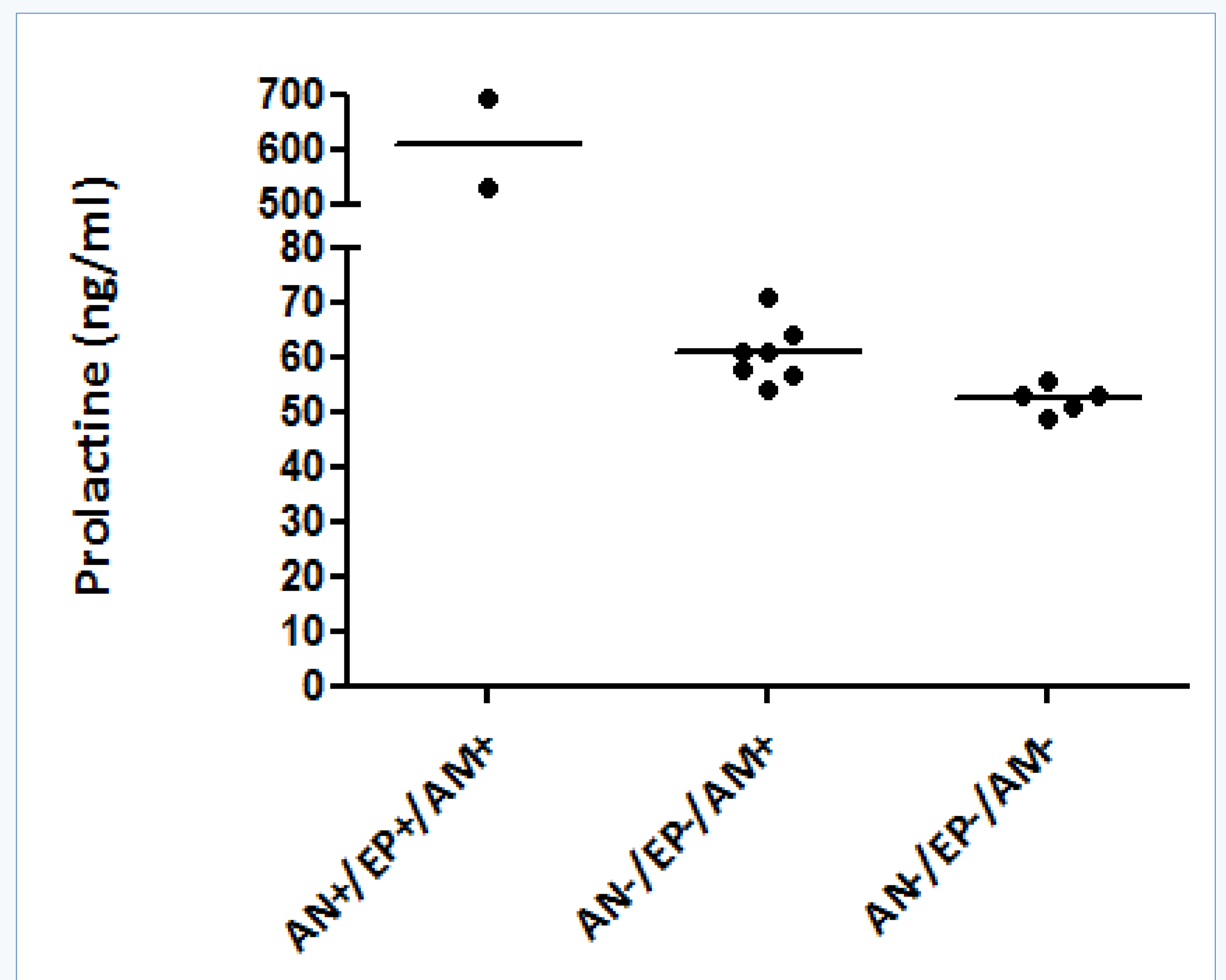


Fig. 2: Taux de prolactine moyens dosés avant l'arrêt des médicaments incriminés (AN+/EP+/AM+) (moy 614 ng/ml), après l'arrêt des anti-nauséeux (AN) et de la pilule oestro-progestative (EP) (AN-/EP-/AM+) (moy 61 ng/ml) et après arrêt complémentaire de l'amitriptyline (AN-/EP-/AM-)(moy 52 ng/ml).

Discussion et conclusion:

Nous rapportons le cas d'une patiente présentant une hyperprolactinémie particulièrement sévère (près de 30 fois la limite supérieure de la normale) incompatible avec la seule présence d'un micro-adénome. Les élévations de prolactine d'origine médicamenteuse sont le plus souvent modérées, ne dépassant pas 100 ng/ml, sauf pour certains neuroleptiques, comme la risperidone, où l'élévation peut être plus marquée (200 ng/ml).

Les anti-nauséeux comme la dompéridone ou le métoclopramide entraînent également une hyperprolactinémie, le plus souvent inférieure à dix fois la limite supérieure de la normale.

Dans notre cas, c'est principalement l'arrêt des anti-nauséeux qui a entraîné une diminution franche des taux de prolactine (de 30 à 3 fois la limite supérieure de la normale), taux peu modifié par l'arrêt complémentaire de l'amitriptyline, molécule en effet connue pour sa faible influence sur cette hormone. L'hyperprolactinémie résiduelle est probablement liée à la présence d'un microprolactinome.

Il n'est par ailleurs pas exclu que l'état anxio-dépressif sévère présenté par la patiente ai joué un rôle additif dans l'hyperprolactinémie, initiale comme résiduelle.

En conclusion, nous présentons le cas d'une hyperprolactinémie sévère d'origine multifactorielle, avec participation particulièrement importante et inhabituelle d'un traitement anti-nauséeux.

Références:

1. Lucio Vilar et al. Challenges and pitfalls in the diagnosis of hyperprolactinemia. *Arg Bras Endocrinol Metab*, 2014; 58(1):9-22
2. M. E. Molitch. Drugs and prolactin. *Pituitary*, 2008; 11(2):209-18
3. E. I. Tamagna et al. Effect of chronic metoclopramide therapy on serum pituitary hormone concentrations. *Hormone Res*, 1979; 11(4):161-9.
4. T. Fujino et al. Effects of domperidone on serum prolactin levels in human beings. *Endocrinol. Endocrinol Jpn*, 1980; 27(4):521-5

Correspondance:

Prof Agnès Burniat
agnes.burniat@erasme.ulb.ac.be