



# Les adénomes à prolactine et grossesse : grossesses désirées, médicalement induites.

M. Soussou , G. El Mghari , N. El Ansari

Service d'Endocrinologie Diabétologie , Maladies Métaboliques et Nutrition.

CHU Mohammed VI Marrakech. Laboratoire de Pneumologie Cardio-immunologie et Métabolisme (PCIM).

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Université Cadi Ayyad

## Introduction:

•L'hyperprolactinémie : responsable d'infertilité féminine par inhibition de la sécrétion pulsatile de la *Gonadotropin-Releasing Hormone* (GnRH).

•Les agonistes dopaminergiques permettent aux femmes qui souffrent d'un prolactinome de retrouver des cycles ovulatoires et d'être enceintes.

•Nous rapportons deux cas cliniques, de survenus de grossesses après instauration du traitement médical chez des patientes suivies pour prolactinomes.

## Observation 1:

■ B.H. : 32 ans. Mère de 4 enfants.

■ Suivie pour microprolactinome .

■ Histoire de la maladie :

\* Il y a 2 ans :Galactorrhée provoquée +Aménorrhée.

\* Au bilan une hyperprolactinémie

IRM hypophysaire : lésion <10mm.

■ Traitement: Cabergoline

■ **Evolution :**

\* 5 mois de traitement =>tarissement de la galactorrhée

\* Reprise de cycle

\* Normalisation au 6<sup>ème</sup> mois de la prolactinémie

\* IRM de control une diminution de 2 mm.

\* Désirant tomber enceinte la patiente arrête la contraception

\* Enceinte à 8SA, elle consulte pour suivi.

■ La conduite à tenir:

→ Arrêter la cabergoline

→ Surveillance clinique.

## Observation 2:

•B.L:42 ans mère d'un enfant.

• Suivie pour Macroprolactinome.

■ Histoire de la maladie ,

\*2003: survenue 4ans plutard d'une galactorrhée+spanioménorrhée

→Retard diagnostic: plusieurs consultations entre Gynécologues généralistes...

\*2006: -Hyperprolactinémie à 63ng/m

-IRM : processus sellaire >1cm (**image 1**).

-Traitement: 2 mois bromocriptine ( intolérance

digestive)puis sous cabergoline

■ **Evolution1:**

\* 3 mois de traitement par la cabergoline => Grossesse.

\* Nouveau né : infection néonatale: décès à j3 de vie

\* Faute de moyen: elle arrête le traitement après l'accouchement.

\* 2010:- Diplopie avec céphalées:prolactinémie à 315ng/ml

- IRM faite objectivant une augmentation de la taille du processus(**image 2**).

- Traitement: la Cabergoline .

■ **Evolution 2:**

\* 6mois de traitement => Grossesse, perdue de vue.

\* Consulte à 6 mois du post partum: remise sous cabergoline

→ Actuellement enceinte 4 SA.

\*Pas de signe évolutif(pas de céphalées pas d'altération visuelle).

\* IRM hypophysaire de control il y a 1 an: Aspect stable (**image3**)

\*Prolactinémie/4mois à 43 ng/ml.

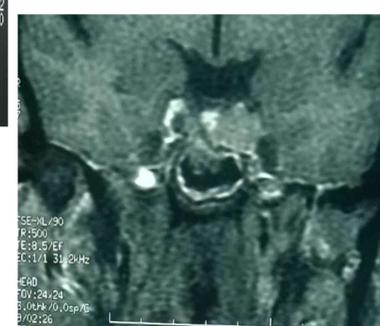
•La conduite était d'arrêter la Cabergoline, programmer un suivi clinique, visuel, et radiologique.



**Image 1:**processus sellaire latéralisé à gauche mal limité mesurant :11\*11mm



**Image2:** Augmentation de la taille du processus sellaire mal limité mesurant :12\*16mm



**Image 3:** Aspect quasi-stable du macro-adénome hypophysaire infiltrant le sinus caverneux, présence d'un bombement sellaire à gauche mesurant 1 cm

## Discussion:

■L'arrêt du traitement est justifié vue l'évolution spontanément favorable du microprolactinome en cours de gestation.

■ une surveillance systématique de la prolactinémie est inutile.

■La patiente devra être informée des risques évolutifs, et les signes d'appel cliniques( urgence).

■En cas d'un Macroadénome non menaçant pour les voies optiques. Le traitement par agoniste dopaminergique sera interrompu dès le diagnostic de grossesse.

■Le suivi est plus strict: la clinique, un champ visuel tous les deux à trois mois, une IRM sans injection après le premier trimestre de gestation. Ces examens pourront être réalisés plus tôt en cas de signe d'alerte clinique.

■Concernant la prolactinémie, le suivi pourra dans ce cas être utile.

■ Le traitement médical est indiqué si évolution tumorale menaçante.

■En cas de Macroadénome menaçant pour les voies optiques. On pourra proposer une chirurgie de réduction tumorale qui sera complétée par l'instauration d'un agoniste dopaminergique .

■Le risque évolutif semble justifier la poursuite du traitement médicamenteux tout au long de la grossesse par la bromocriptine .

■ Si le traitement ne s'avère pas assez efficace, il est légitime de changer de molécule, de passer à la cabergoline ou au quinagolide plutôt que de risquer une perte foetale ou un accouchement prématuré en cas de recours à la chirurgie décompressive .

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Bibliographie:

•S. Christin-Maitre a, B. Delemer b,\*, P. Touraine c, J. Young d.Prolactinoma and estrogens: pregnancy, contraception and hormonal replacement therapy. Annales d'Endocrinologie 68 (2007) e23–e29

• M.E. Dominguea, F. Devuyt b, B. Corvilain b, D. Maiter a,\*, O. Alexopoulou a.La grossesse favorise-t-elle la rémission du prolactinome ? Une étude chez 73 patientesSFE Paris 2013 / Annales d'Endocrinologie 74 (2013) 281–283

•I. Fatfouta\*, J. Delotte, O. Mialon, V. Isnard, A. Bongain . Prolactinoma: From quest of pregnancy to delivery Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2012) xxx, xxx–xxx

•P. Chanson\*, F. Borson-Chazot, O. Chabre, B. Estour .Traitement médical de l'hyperprolactinémie. 2007Annales d'Endocrinologie 68 (2007) e30–e34