

## INTRODUCTION

Les microadénomes à prolactine sont les tumeurs hypophysaires les plus fréquentes chez les femmes jeunes. L'hyperprolactinémie entraîne une galactorrhée et une anovulation responsable d'infertilité. Le traitement médical repose sur l'utilisation des agonistes dopaminergiques et permet la restauration de l'ovulation dans 90% des cas. Un traitement prolongé deux à trois ans peut permettre la guérison des microadénomes.

Devant le risque minime d'évolution des microprolactinomes pendant la grossesse, le traitement est interrompu lors du diagnostic de grossesse. La grossesse peut permettre une rémission de l'hyperprolactinémie. Les taux de guérison rapportés dans la littérature sont très variables, de 10 à 68%. Le rôle potentiel d'un traitement médical prolongé par agoniste dopaminergique en pré-conceptionnel et l'influence de l'allaitement sont peu décrits.

## OBJECTIFS

Evaluer le taux de rémission des hyperprolactinémies après grossesse chez 41 patientes, rechercher des facteurs favorisants (durée de traitement antérieur à la grossesse par agoniste dopaminergique, allaitement, nombre de grossesses).

Evaluer le devenir des patientes ayant eu une rémission de l'hyperprolactinémie après grossesse.

## MATERIEL ET METHODE

Etude rétrospective lilloise :

41 patientes ayant eu une ou plusieurs grossesses entre 1991 et 2015, suivies pour hyperprolactinémie idiopathique (n = 3), secondaire à un microadénome ( $\leq 10$ mm, n = 34) ou à un macroadénome enclos (<12mm, n = 4).

Données recueillies concernant le traitement par agoniste dopaminergique préalable et sa durée ; le déroulement de la grossesse ; la prolactinémie et l'IRM, au diagnostic, sous traitement, en post-partum; l'allaitement ; la durée de suivi en cas de rémission et les rechutes.

Critère d'exclusion : traitement par agoniste dopaminergique poursuivi pendant la grossesse et les grossesses antérieures au diagnostic de prolactinome.

Nous avons distingué deux sous-groupes :

- G1 : grossesses obtenues chez des patientes ayant reçu un traitement par agoniste dopaminergique pendant plus de 24 mois
- G2 : grossesses obtenues chez des patientes traitées par agoniste dopaminergique moins de 24 mois.

## RESULTATS

72 grossesses (92% spontanées), 9 fausses couches spontanées précoces, 1 mort fœtale in utero. Le taux de complications obstétricales et le pourcentage d'accouchement prématuré de 5%, étaient comparables à ceux observés dans la population générale.

Une rémission de l'hyperprolactinémie a été observée après 10/62 grossesses (16,1%). Dans deux cas la grossesse avait été obtenue chez des patientes non traitées par agoniste dopaminergique lors de la conception.

Le taux de rémission par patiente était de 10/41 (24%) (8 microadénomes, 1 macroadénome enclos, 1 hyperprolactinémie idiopathique). 4 patientes avaient eu une grossesse antérieure avec hyperprolactinémie persistante en post-partum.

Le taux de rémission en post-partum dans le groupe G1 était de 6/38 grossesses soit 15,8% de rémission par grossesse et dans le groupe G2 de 4/25 grossesses soit 16% de rémission par grossesse.

Le taux de rémission chez les patientes ayant allaité était de 6/37 grossesses soit 16,2% et chez les patientes ayant réalisé un allaitement artificiel de 4/25 grossesses soit 16%.

Trois récurrences de l'hyperprolactinémie ont été observées après 5, 24 et 72 mois de suivi pour deux patientes. Le recul varie de 6 à 72 mois pour les 7 autres patientes (moyenne : 20,8 mois).

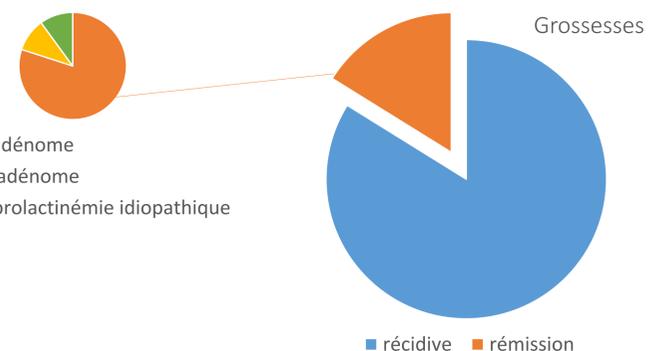
## Caractéristiques des patientes

Patientes (n)	41
Age au diagnostic (années)	26.3
Chirurgie [n (%)]	7/41 (17%)
Macroadénome [n (%)]	4/41 (10%)
Microadénome [n (%)]	34/41 (83%)
Hyperprolactinémie idiopathique [n (%)]	3/41 (7%)
Taille adénome (mm)	
• Macroadénome	10.7
• Microadénome	5.1
Prolactine au diagnostic (ng/mL)	87.1
• Macroadénome	112.5
• Microadénome	85.8
• Hyperprolactinémie idiopathique	66.6
Traitement au diagnostic	
• Parlodel (n)	23
• Dostinex (n)	16
• Norprolac (n)	2
Durée traitement avant la grossesse (mois)	38.5
Nadir Prolactine sous traitement (ng/mL)	10.5

## Complications obstétricales

Age moyen lors de la grossesse (années)	31
Nombre de grossesses par patiente	
• 1(n)	20
• 2(n)	17
• 3(n)	3
Grossesses médicalement assistées (n, %)	6/72 (8%)
Fausse couches spontanées (n)	9/72 (12,5%)
Complications obstétricales	
• Diabète gestationnel (n)	4/63
• HTA, Hellp Sd, Prééclampsie (n)	3/63
• Chorioamniotite (n)	2/63
• Spina Bifida (n)	1/63
• MFIU (n)	1/63
Accouchement	
• Prématuré (n,%)	3/62 (5%)
• A terme (n,%)	59/62 (95%)
Allaitement	
• Artificiel	37/62 (60%)
• Maternel	25/62 (40%)
Durée allaitement (mois)	6+/-7

## Répartition des rémissions



## Taux de rémission selon l'allaitement et le durée du traitement préalable à la grossesse

	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	p
Rémission (%)	16,2%	16%	NS

	Traitement prolongé >24 mois	Traitement <24 mois	p
Rémission (%)	15,8%	16%	NS

## CONCLUSION

- La rémission prolongée d'une hyperprolactinémie après une grossesse est peu fréquente (11,3 % des grossesses).
- Des récurrences à distance justifient un suivi au long cours.
- L'allaitement et le traitement prolongé par les agonistes dopaminergiques n'influent pas sur le devenir des hyperprolactinémies après une grossesse dans notre expérience.