



Macroprolactinomes masculins : Hypogonadisme systématique ?

Effet freinateur de la prolactine et/ou effet de masse ?

M.Stehlin, L.Thomeret, E.Colakoglu, MA.Beaudoin, C.Theil, A.Pages, F.Schillo, S.Borot

Service d'Endocrinologie, CHRU J.Minjoz, BESANCON

Introduction : Les macroprolactinomes sécrétants sont à l'origine d'une **hyperprolactinémie** dont l'importance est proportionnelle à la taille de l'adénome. Cette hyperprolactinémie induit un hypogonadisme hypogonadotrope (HH) fonctionnel dont l'effet sur la baisse du taux de testostérone est difficile à différencier de celui de **l'effet de masse lié à la taille de l'adénome**.

Méthode et patients : Nous avons réalisé une étude rétrospective rapportant les taux de testostérone totale (TT) en fonction de la taille de l'adénome et du taux de prolactine (PRL) chez des hommes au bilan initial d'un macroprolactinome, ainsi que la présence d'éventuels autres déficits hypophysaires. Les résultats sont indiqués en médiane et en interquartiles.

Résultats : Les 48 patients inclus avaient une PRL médiane à 1336 ng/ml (863;2947) et une TT médiane basse à 6 nmol/L (2,8;9,7) ($N \geq 10$). Cependant, 21% des patients (10/48) avaient une TT non freinée ≥ 10 nmol/L. Ces patients avaient une PRL moins élevée à 854 ng/ml (233;2333) et une LH normale ou basse.

Afin de pouvoir évaluer l'importance respective de l'effet de masse et du taux de PRL sur le taux de TT, nous avons corrélié les taux de PRL et de TT avec la taille de l'adénome chez des patients dont le taux de PRL était inférieur à 2333 ng/ml ($n=35$), valeur correspondant au 75^{ème} percentile des 10 patients ayant une TT non freinée. Cela nous a permis de comparer les taux de TT en fonction de la taille des adénomes chez des patients avec un taux de PRL comparable (Fig 1).

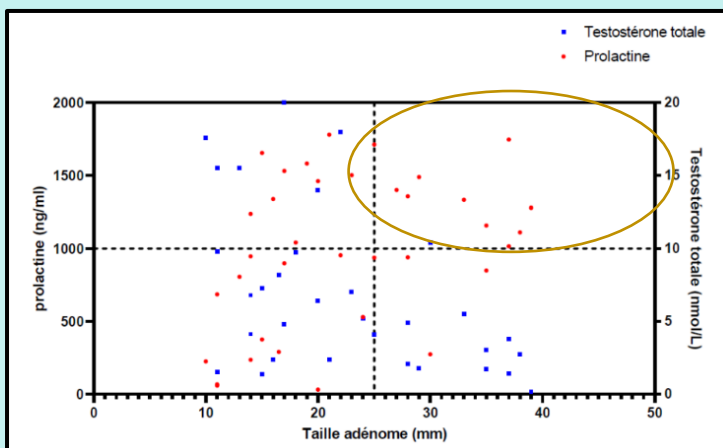


Figure 1 : corrélation entre la taille de l'adénome, la TT et la PRL

Par ailleurs, 7/14 patients (50%) avec une lésion de **> 25mm** présentaient un **autre déficit hypophysaire**, contre 2/21 patients (10%) avec une lésion **< 25mm** (Fig 2).

Pour un taux de PRL **< 2000ng/ml** :

- **Aucun patient (0/14)** avec une **lésion > 25mm** n'avait un taux de TT normale
- **Alors que 8/21 patients** avec une lésion **< 25mm** avaient un taux de TT **normale**

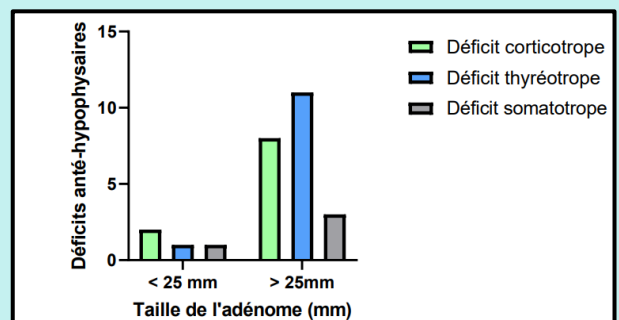


Figure 2 : répartition des déficits hypophysaires selon la taille

Conclusion : l'HH induit par l'hyperprolactinémie n'est pas systématique dans les macroprolactinomes (effet d'une sécrétion a minima de LH ?) malgré des taux importants de PRL.

L'effet de masse tumoral semble avoir un impact plus important que l'hyperprolactinémie dans l'induction d'un HH **au-delà de 25mm** chez les hommes atteints de macroprolactinome.