

Prolactinome et grossesse en pratique

Prolactinoma and pregnancy in practice

B. Raccach-Tebeka*, G. Plu-Bureau**



B. Raccach-Tebeka



G. Plu-Bureau

Le prolactinome, le plus fréquent des adénomes hypophysaires, est responsable de la majorité des hyperprolactinémies (en dehors des traitements hyperprolactinémisants). La normalisation de l'hyperprolactinémie, grâce aux agonistes dopaminergiques, permet dans 90 % des cas le rétablissement rapide de cycles ovulatoires. Ainsi, ces molécules constituent le traitement standard des prolactinomes, la chirurgie par voie transsphénoïdale restant une option pour une minorité de micro- ou de macroadénomes intrasellaires : résistance ou intolérance au traitement médical, ou encore si le pronostic visuel est engagé.

En cas d'adénome, la grossesse comporte des spécificités qui doivent être connues des gynécologues. Il s'agit principalement de l'impact des traitements sur la grossesse et le fœtus, et de l'évolution naturelle du prolactinome au cours et au décours de la grossesse. Le suivi pluridisciplinaire est essentiel au bon déroulement de la grossesse.

Prolactinome et grossesse : des réponses aux questions

Faut-il interrompre les traitements dès le début de la grossesse ?

- Arrêt des agonistes dopaminergiques dès le diagnostic de grossesse pour les microadénomes (tumeur < 10 mm) et dans la majorité des macroadénomes (tumeur ≥ 10 mm).
- Maintien discuté uniquement dans certains macroprolactinomes.

Les agonistes dopaminergiques sont-ils délétères pour l'évolution de la grossesse ?

- Bromocriptine :
 - pas d'augmentation des risques de fausse couche, de grossesse extra-utérine, de maladie trophoblastique, de grossesse multiple ou de malformation congénitale ;
 - pas d'anomalie de développement des enfants exposés.

- Cabergoline : données rassurantes aussi bien sur les risques de la grossesse que sur l'impact sur le fœtus, mais la littérature est moins importante.
- Quinagolide et pergolide : à éviter en cas de projet de grossesse (peu de données actuelles).

Quels éléments de surveillance s'imposent au cours de la grossesse ? (figure)

- Recherche mensuelle de céphalées et de troubles visuels avec en cas d'apparition :
 - IRM centrée sur l'hypophyse sans injection de produit de contraste ;
 - examen ophtalmologique avec champ visuel.
- En cas de macroadénome : examen ophtalmologique avec champ visuel trimestriel.
- Inutilité des dosages de prolactine pendant la grossesse.

Dans quels cas doit-on poursuivre ou reprendre un traitement par un agoniste dopaminergique ?

- Poursuite proposée dans certains cas de macroadénome (volumineux, menaçant le chiasma optique).
- Reprise en cas d'évolutivité symptomatique de la tumeur.

Quel est l'impact des différents agonistes dopaminergiques sur le fœtus ?

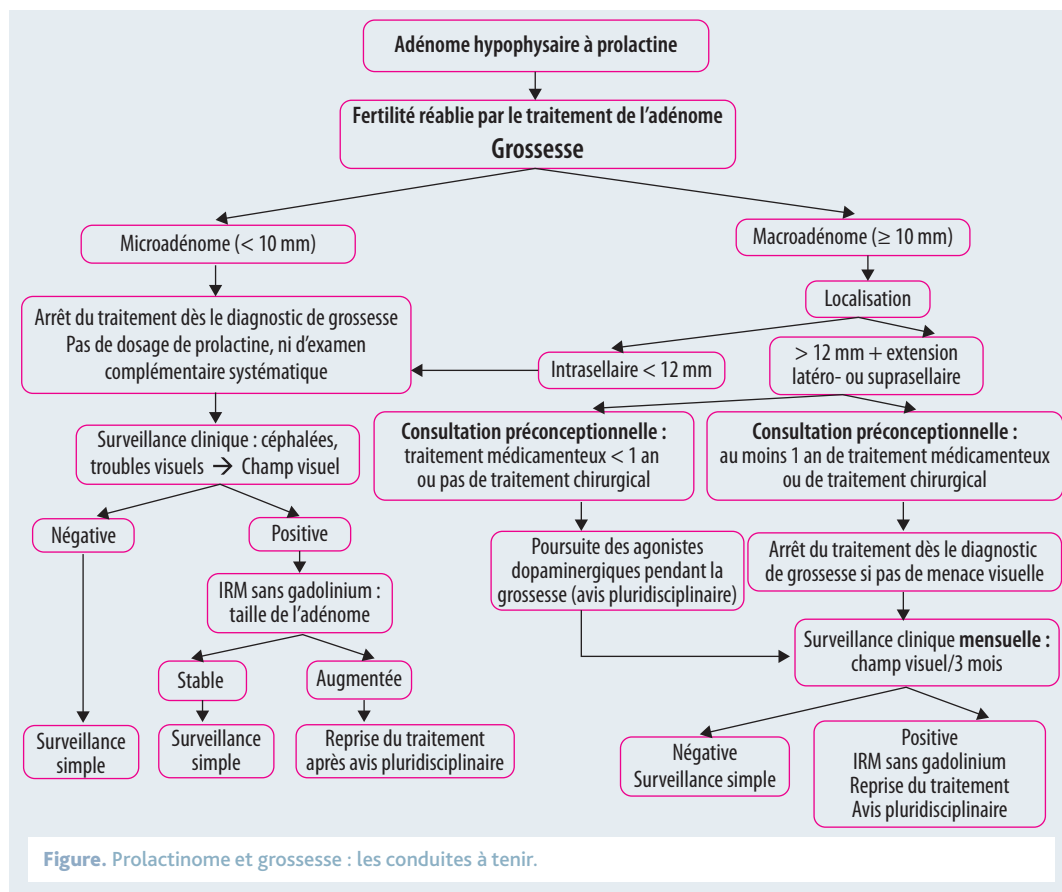
- Les agonistes dopaminergiques passent la barrière placentaire.
- Suivi rassurant des enfants exposés à la bromocriptine en début de grossesse (www.lecrat.org).
- Taux de malformations faible (2,4 %) et données rassurantes du suivi des enfants jusqu'à l'âge de 12 ans sans anomalie de développement physique ou mental en cas d'exposition précoce à la cabergoline.
- Impact délétère du quinagolide en termes de malformations fœtales.

L'allaitement est-il autorisé en cas de prolactinome ?

- En cas de microadénome : allaitement autorisé.
- En cas de macroadénome :

* Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert-Debré, Paris.

** Unité de gynécologie endocrinienne, hôpital Port-Royal, Paris.



- allaitement autorisé en l'absence de signe clinique d'évolutivité tumorale et d'adénome purement intrasellaire ;
- allaitement contre-indiqué en cas de reprise du traitement durant la grossesse ou s'il existe une menace pour le chiasma optique.

Quelle est l'influence de la grossesse sur l'adénome ?

- Stimulation des cellules lactotropes du fait de l'inflation estrogénique de la grossesse, responsable d'une augmentation de la prolactinémie et d'une hypertrophie hypophysaire physiologique.
- Risque d'augmentation symptomatique du volume tumoral :
 - de 0,5 à 2 % pour les microadénomes : augmentation de plus de 5 mm dans 10 % des cas ;
 - de 20 à 30 % pour les macroadénomes traités médicalement avant la grossesse : avec risque possible d'atteinte visuelle si la tumeur est proche du chiasma ;
 - autour de 5 % en cas de macroadénome opéré ou ayant été traité par radiothérapie avant la grossesse.
- Évolution potentielle de l'adénome et de l'hyperprolactinémie après l'accouchement :

- diminution de l'hyperprolactinémie chez plus de 50 % des femmes ;
- normalisation du taux de prolactine plus fréquente pour les microadénomes ;
- absence de modification de la taille de l'adénome (environ 35 %) ;
- diminution de taille de l'adénome (environ 45 %) ;
- disparition de la tumeur par nécrose (10 %) ;
- augmentation du volume de l'adénome (10 %) ;
- pas d'impact de l'allaitement sur l'évolution de l'hyperprolactinémie à distance de l'arrêt de l'allaitement.

Quand faire le bilan du prolactinome après l'accouchement ?

- Essentiel en post-partum pour évaluer l'évolution de l'adénome.
- Réalisé 2 à 3 mois après l'accouchement ou après la fin de l'allaitement.

Quel bilan du prolactinome faut-il réaliser après l'accouchement ?

- Dosage de la prolactinémie (environ 40 % de rémission de l'hyperprolactinémie).

- Réalisation d'une imagerie par résonance magnétique avec injection de gadolinium.
- Examen ophtalmologique avec champ visuel.

Quand reprendre le traitement du prolactinome ?

- Après la fin de l'allaitement, en cas de récurrence de l'hyperprolactinémie.
- En cas de persistance de l'adénome à l'imagerie.

Conclusion

Dans la majorité des prolactinomes, le traitement médical est interrompu dès le diagnostic de gros-

sesse, aucun suivi spécifique (biologique ou radiologique) n'est nécessaire, et l'évolution ne pose pas de problème. Un interrogatoire mensuel à la recherche d'un syndrome tumoral reste néanmoins toujours impératif. Il permettra de dépister une modification du volume tumoral imposant la réalisation un bilan morphologique (IRM et champ visuel) et la reprise des agonistes dopaminergiques, si nécessaire. Par ailleurs, le bilan réalisé à distance de l'accouchement, et de l'allaitement éventuel, est essentiel pour évaluer l'évolution de l'hyperprolactinémie et de l'adénome. ■

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Pour en savoir plus

- Maiter D. Prolactinoma and pregnancy: from the wish of conception to lactation. *Ann Endocrinol* 2016;77(2):128-34.
- Domingue ME, Devuyst F, Alexopoulou O, Corvilain B, Maiter D. Outcome of prolactinoma after pregnancy and lactation: a study on 73 patients. *Clin Endocrinol* 2014;80(5):642-8.
- Brue T, Delemer B, Bertherat J et al. Diagnostic et prise en charge des hyperprolactinémies : consensus d'experts de la Société française d'endocrinologie. *Ann Endocrinol (Paris)* 2007;68(1):58-64. <http://www.em-consulte.com/article/135092>

- Plu-Bureau G, Hugon-Rodin J, Raccach-Tebeka. Adénome à prolactine. In : Benachi A, Picone O, Luton D Mandelbrot L eds. *Pathologies maternelles et grossesse*. Paris : Elsevier Masson; 2014. p. 74-9.

- Caron P. Grossesse associée à un adénome hypophysaire sécrétant ou non sécrétant : conduite à tenir. *Mises au point cliniques d'endocrinologie* 2008. p. 69-78. <http://sfendocrino.org/categorie/63>





MATERNOV NAUSÉES®

N°1* des produits contre les nausées de grossesse



Données bibliographiques sur la réduction des nausées et vomissements de la grossesse^(1,2,3)

 88 % Réduction des nausées	 77 % Réduction des vomissements
---	--

➤ **Gingembre exclusif qualité GINGERIN™** 250 mg

- Seul produit conforme aux recommandations et données bibliographiques
- Procédé de fabrication exclusif en Europe (Brevet déposé)
- Fabriqué en France

(1) Effects of ginger capsules on pregnancy, nausea, and vomiting. Ozgoli G, Goli M, Simbar M., J Altern Complement Med. 2009
(2) Vutyavanich T & al. Ginger for nausea and vomiting in pregnancy : Obstet Gynecol 2001 ;97 :577-82.
(3) Keating A, Chez RA. Ginger syrup as an antiemetic in early pregnancy. Altern Ther 2002 ;8 :89-91
(*) Produits dont le statut est complément alimentaire - Données Cellipharm à fin janvier 2015