



Paradoxe clinique devant une hyperprolactinémie

Chafik A, El Mghari G, El Ansari N

Service d'Endocrinologie Diabétologie et Maladies Métaboliques. CHU Mohamed VI- Marrakech, Laboratoire PCIM, FMPM, Université Cadi Ayad. Marrakech



INTRODUCTION

- L'hyperprolactinémie représente une situation clinique fréquente, elle se définit par une élévation de la concentration plasmatique de prolactine au-delà de la limite supérieure du dosage.

-L'hyperprolactinémie peut avoir de nombreuses étiologies, dont la démarche diagnostique est orientée par la sémiologie clinique.

OBSERVATION

Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 43ans, consultant pour galactorrhée bilatérale spontanée depuis 1an.

-A l'anamnèse:

*Des céphalée rétro orbitaire intermittente d'intensité modérées évoluant depuis 3ans, sans baisse de l'acuité visuel.

*Une spanioménorrhée évoluant depuis 2ans.

*Une dépilation et constipation évoluant depuis 2ans .

*Pas de prise de neuroleptiques.

-A l'examen:

*IMC à 37Kg/m², TA=130/80mmHg, fréquence cardiaque à 80b/min.

*Une galactorrhée bilatérale spontanée.

*Une dépilation en queue de sourcils.

*Un goitre modérée homogène.

-Au bilan:

*Prolactinémie =86ng/ml reconstrôler à 56ng/ml

* TSH élevée à 45mUI /l , T4libre basse à 10,77 pmol/l

*Cortisol=28,3µg/dl.

*Bilan hépatique et rénale sans anomalie.

*A l'échographie cervicale: aspect de thyroïdite

*Des anticorps anti TPO élevée.

* A l'IRM hypophysaire : un microadénome hypophysaire de 3.5mm à gauche avec léger bombement du diaphragme sellaie (Figure 1 et 2)

* Un champs visuel normal.

-La prise en charge a consistée à la mise sous hormone thyroïdienne, avec une évaluation clinique et hormonale prévu dans 1mois.

-L'évolution a été marquée par la persistance de la galactorrhée bilatéral, avec au bilan:

*TSH=2.03 mUI/l T4=14pmol/l

*Prolactinémie=28ng/ml

-Devant la persistance de l'hyperprolactinémie et la galactorrhée bilatéral après normalisation du bilan thyroïdien, un microprolactinome a été retenu comme origine de cet hyper prolactinémie, avec prescription de cabergoline, avec une évaluation hormonale et radiologique dans 6mois .



Figure 1



Figure 2

DISCUSSION

•L'hyperprolactinémie, lorsqu'elle dépasse 20 ng/mL chez l'homme comme chez la femme, impose une stratégie diagnostique assez stéréotypée.

•Les adénomes à prolactine constituent la cause la plus fréquente d'hyperprolactinémie non médicamenteuse, avec une sécrétion tumorale de prolactine.

•Mais certaines pathologie comme l'hypothyroïdie périphérique, l'insuffisance rénale ou l'insuffisance hépatique sévère doivent être éliminer au préalable.

•Dans l'hypothyroïdie périphérique l'hyperprolactinémie est attribuée à l'augmentation de la TRH qui stimule les cellules lactotropes.

•Chez notre patiente, l'évolution sous traitement substitutif thyroïdien a permis de normaliser le bilan thyroïdien, avec diminution du taux de prolactine, mais avec persistance de galactorrhée et de l'hyperprolactinémie.

•Ainsi l'hyperprolactinémie, est secondaire aux deux atteintes, vu l'absence de normalisation après traitement de l'hypothyroïdie périphérique, par conséquent la prise en charge du micro adénome hypophysaire par traitement médicale est indispensable.

CONCLUSION

•Cette observation illustre le défi de diagnostique étiologique devant l'association aléatoire de deux atteintes, devant laquelle il faut argumenter la prise en charge adéquate qui cible l'étiologie à l'origine de la symptomatologie, avec un suivi indispensable.

•Néanmoins, l'hyperprolactinémie peut être la résultante de deux étiologies de physiopathologie différentes, d'où la nécessité d'une prise en charge globale.

Conflicts d'intérêt: aucun.