

Hyperprolactinémie : démarche diagnostique

L'hyperprolactinémie, en dehors de la grossesse, provoque une galactorrhée mais surtout des troubles des règles et/ou une infertilité.

Pr Philippe Chanson*, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre

Le Pr Philippe Chanson déclare n'avoir aucun lien d'intérêts concernant les données de cet article.

RÉFÉRENCES

• Chanson P, Young J. Hyperprolactinémie. EMC Endocrinologie-Nutrition 2015;0(0):1-15 [article 10-018-L-10].

• Chanson P, Maiter D. Prolactinoma. In : Melmed S ed. The pituitary (5th ed.). London: Academic Press Elsevier, 2022 (sous presse).

1. L'hyperprolactinémie touche environ 4 % des adultes. Près de 1 fois sur 2, elle est d'origine médicamenteuse ; dans un quart des cas, elle est liée à un microadénome hypophysaire, et dans 5 % des cas il s'agit d'une grossesse débutante.

2. La galactorrhée n'est souvent retrouvée qu'à l'examen. Sa présence n'est pas synonyme d'hyperprolactinémie : la majorité des femmes consultant pour une galactorrhée sont normoprolactinémiques (ce sont souvent des femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses et qui ont allaité). Toutefois, toute galactorrhée impose un dosage de prolactine.

3. L'aménorrhée est le signe le plus fréquent : plus de 90 % des femmes ayant une hyperprolactinémie ont une aménorrhée ou une oligoaménorrhée (moins de 4 cycles/an), et, dans la moitié des cas, des irrégularités menstruelles ou un allongement progressif des cycles (spanioménorrhée) avaient été notés dans les mois ou années précédents. L'imprégnation estrogénique (trophicité vaginale et sécrétions vaginales) est pourtant habituellement correcte. Une baisse de la libido et une dyspareunie liée à la sécheresse vaginale sont parfois notées. Parfois, les règles semblent assez régulières, et le tableau clinique se limite à une anovulation (5 % des cas environ) et à une infertilité. Tout trouble des règles, à type d'aménorrhée ou d'oligoaménorrhée, toute infertilité justifient donc un dosage de prolactine : chez 15-20 % des femmes consultant pour aménorrhée ou oligospanioménorrhée, on trouve une hyperprolactinémie.

4. Chez l'homme, la galactorrhée est exceptionnelle, et les signes se limitent à une baisse de libido. À moins que le problème soit découvert à l'occasion d'un syndrome tumoral (céphalées, troubles visuels) révélant un volumineux adénome à prolactine, plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

5. À long terme, la persistance d'une hyperprolactinémie non traitée, du fait de ses conséquences sur les estrogènes chez la femme et la testostérone chez l'homme, entraîne une déminéralisation osseuse.

6. La découverte d'une hyperprolactinémie justifie une démarche diagnostique préalable au traitement. Il faut d'abord vérifier la prolactinémie dans un autre laboratoire, qui permet souvent de s'affranchir d'une pseudo-hyperprolactinémie liée à la technique de dosage d'un kit donné, non retrouvée avec un autre kit de dosage. Si la prolactinémie de contrôle est normale, on en reste là.

La seconde étape est le diagnostic étiologique. La grossesse est, bien sûr, la première étiologie (dosage de l'hCG). L'insuffisance rénale chronique peut aussi donner une hyperprolactinémie. Surtout, un interrogatoire soigneux permet de s'assurer de l'absence de prise médicamenteuse hyperprolactinémisante (neuroleptiques, antiémétiques+++).

7. En l'absence de ces causes, il faut demander une IRM (de l'hypophyse et non une IRM cérébrale). Le plus souvent, on trouve un microadénome (< 10 mm) intrahypophysaire.

Plus rarement, on découvre une tumeur de la région hypophysaire plus volumineuse, comprimant éventuellement le chiasma optique. Il s'agit soit d'un macroadénome (> 10 mm) à prolactine (ou macroprolactinome), s'accompagnant généralement de prolactinémies très élevées (plusieurs centaines à plusieurs milliers de ng/ml), soit d'une tumeur d'une autre origine, non prolactinique (adénome hypophysaire non sécrétant, craniopharyngiome, méningiome...), associée à une hyperprolactinémie dite de déconnexion hypothalamo-hypophysaire (prolactine toujours < 150-200 ng/ml).

8. Le traitement de l'hyperprolactinémie dépend de son étiologie. En cas d'hyperprolactinémie liée à des médicaments, leur interruption normalisera la prolactine. Mais l'interruption est parfois impossible (neuroleptiques), on traitera alors par des estroprogestatifs ou de la testostérone pour assurer une imprégnation correcte en stéroïdes sexuels.

9. Les microprolactinomes sont traités soit chirurgicalement, soit médicalement par les agonistes dopaminergiques (cabergoline). Les deux traitements sont efficaces, et le choix sera fait avec le patient.

10. En cas de macroprolactinome, le traitement est uniquement médicamenteux : la cabergoline non seulement normalise la prolactinémie mais permet aussi une régression spectaculaire du volume tumoral, et cela bien mieux que ne saurait le faire le chirurgien !

