Cauze de hiperprolactinemie

1. Tumorale - adenoame, micro/macro; chist punga ratcke, etc. In adenoamele nesecretante - crestere dat compresiei de tija cu pierederea efectului inhibitor al dopaminei ="pseudoprolactinom"

2. Leziuni tija - postch, infiltrative (hipofizita, langerhans, sarcoidoza, traumatism cerebral) meta, postRt

3. Lezuini hipotalamice - craniofaringion, tum cel germinale, meningiom.

3. Leziuni perete toracic. Leziuni de maduva

4. Fiziologic= stres, efort fizic, somn, coitus, stimulare mamelonara, sarcina

5. Hipoty, insufic SR, ACM, tirotropinoame, b cushing, SOPC (hiperE2)

6. Insufic renala, ciroza, epilepsie

7. Ectopic = carcinom renal, teratoame ovariene, neo vaginal, colorectal, etc

8. Medicamente

9. MacroPRL

MEDICAMENTE

estrogeni - crestere transcriptie gena PRL.

antagonsm rec dopa - haloperidol, domperidona, metoclopramid

depletie dopamina reserpina, methyldopa

inhibitie prod de dopa din hpt - verapamil, heroina

inhibitie recaptare dopa - cocaina, amfetamina, antidepresive triciclice, IMAO

inhibitie recaptare serotonina - sibutramina, opioide, floxetin

in plus - fenitoina, antipsihotice tipice si atipice, alpha metil dopa, rezerpina, labetolol, cimetidina, ranitidina

!!aripriprazol este partial agonist dopaminergic - determina scadere prolactina. Se poate folosi pe langa alte antidepresive.

Clinic prolactinoame

1. Functional - amenoree galactoree

2. Efect de masa - cefalee, CV, hidrocefalie, rinoree LCR( prin cresterea tumorii sau dupa initierea trt cu DA)

Dg - dozarea PRL.

fals + : macroPRL = complexe PRL-IgG, 20% din hiperPRL. in general asimptomatica (60%din cazuri) sau pauci simptomatica.

fals - : hook efect in PRLoma>3 cm - trb ceruta dilutie. In cystic PRLoma valorile nu cresc asa de mult

Obligatoriu TSH, fT4, creatinina

Imagistica - rmn hpf

TRT

1. Agonisti dopaminergici - BRC(uzual 7,5 mg/zi); CBG (uzual 2mg/sapt, crescut pana la 7 mg/sapt, ocazional 12 mg/sapt). Rata de succes(normalizare PRL, scadere cu >50% vol tumoral) la 80% pc. O parte din rest raspund la trecerea BRC->CBG, cresterea dozelor.

Dupa 2 ani dc prl e normala pot tenta oprire, mai ales dc a scazut tumora si prolactina e normala cu doze mici. Scad treptat. Daca face recadere o face in primii 2 ani.

Daca recade reiau trt. Dupa 2 ani pot incerca o noua oprire - efect 30% din cazuri. .

Rezistenta mai frecventa la BRC decat CBG. determinata de scaderea nr de rec pt dopamina.

Trt - schimb pe CBG.

- cresc doza la 7 mg/ sapt

- pasireotid - act pe rec de Somatostatin tip 5, ceilalti sunt mult mai putin eficienti.

- chirurgie. Restabileste partial sensibilitatea chiar dc nu poate scoatetot

- radioterapie - relativ rezistenti.

!! F rar rezistenta poate sa apara in timpul trt, mai alex dc e concimitent cu estrogeni. Mai frecvent noncomplianta, exceptional transformare maligna.

Daca e microprolactinim rezisteng si nu doreste sarcina se poate face trt cu estroprogestative/ testosteron.

Teoretic adaugare de tamoxifen sau inhibitor de aromataza pt a scadea efectul estogenilor

In caz de tumori agresive - temozolomid = agent de alkilare. Rezistdnta la el dupa 2 ani.

Reactii adverse = digestive

HipoTA ortostatica cu vertij

Anomalii valvulare - dem la cei cu Parkinson, nu la cei cu prl - doza mai mica si pop mai tanara

Agravarea tulb psihice, tulb de control a impulsivitatii (gambling)