Importanza della pulsatilità della PRL per la diagnosi di iperprolattinemia

Salvatore Cannavò¹

Publicato online: 14 luglio 2015
© Springer International Publishing AG 2015

Commento a:

Importance of cannulated prolactin test in the definition of hyperprolactinaemia.

M.B. Whyte, J.A. Gilbert, A.M. McGregor, S. Pramodh, J.P. Miell, L. Srikugan, R.A. Sherwood, S.J.B. Aylwin. Pituitary (2015) 18:319–325

Il lavoro di Whyte et al. tratta un argomento di grande attualità per gli endocrinologi, da quando le linee guida pubblicate nel 2006 su Clinical Endocrinology [1] e nel 2011 sul Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism [2] hanno affermato che il singolo dosaggio di PRL è sufficiente per diagnosticare l'iperprolattinemia in un appropriato contesto clinico, mentre il prelievo seriato, impropriamente indicato come pulsatilità, è necessario solo nei casi dubbi, ovvero quando l'iperprolattinemia non è sintomatica e non risulta causata da un eccesso di macroprolattina.

In questo studio gli autori hanno retrospettivamente esaminato i risultati dei prelievi seriati effettuati durante un decennio (2000–2010) in 235 pazienti con iperprolattinemia determinata su singolo prelievo, che non era attribuibile a macroprolattinemia, insufficienza renale, insufficienza epatica, ipotiroidismo, assunzione di farmaci o gravidanza. La prima determinazione di PRL, che aveva portato alle ulteriori indagini, è stata definita *referral prolactin*. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a rivalutazione dei livelli di PRL sul prelievo eseguito al momento del posizionamento di un catetere venoso, definiti *repeat prolactin*, e su un prelievo eseguito dallo stesso catetere 120 minuti dopo, indicati come *resting prolactin*. Complessivamente, la condizione di iperprolattinemia è stata confermata nel 74% dei casi, men-

tre i valori di *repeat prolactin* o di *resting prolactin* sono risultati normali nel 17 e nel 9% dei casi, rispettivamente. Il livello medio di *referral prolactin* è risultato maggiore, anche se non significativamente, nei pazienti con iperprolattinemia definitivamente confermata (iperprolattinemia vera) rispetto a coloro in cui la prolattina è risultata normale in occasione delle successive valutazioni (sia *repeat prolactin* che *resting prolactin*). La risonanza magnetica ipofisaria, che è stata eseguita nell'85% dei pazienti con iperprolattinemia vera, ha dimostrato la presenza di alterazioni morfologiche nel 65% dei casi. Il valore più elevato di *referral PRL* nel gruppo di pazienti con normale *resting prolactin* è stato pari a 53 ng/ml, mentre il valore di *referral prolactin* indicativo di iperprolattinemia vera, calcolato mediante curva ROC, è risultato pari a 96,2 ng/ml ($4 \times \text{ULN}$) (ULN = limite superiore del valore di riferimento), con specificità del 97%. Per quanto riguarda il contesto clinico, la galattorrea è risultata l'unico segno significativamente più frequente nelle donne con iperprolattinemia vera, mentre i livelli di testosterone sono risultati significativamente più bassi nei maschi con iperprolattina vera rispetto agli altri.

In conclusione, lo studio di Whyte et al. dimostra che un livello random di $\text{PRL} > 4 \times \text{ULN}$ è indicativo di una condizione di iperprolattinemia vera con una specificità del 97%, mentre la determinazione dei livelli di PRL mediante prelievo seriato a riposo (pulsatilità) è indicata nei pazienti con valori random di PRL superiori a 50 ng/ml.

Bibliografia

1. Casanueva FF, Molitch ME, Schlechte JA et al (2006) Guidelines of the Pituitary Society for the diagnosis and management of prolactinomas. Clin Endocrinol 65:265–273
2. Melmed S, Casanueva FF, Hoffman AR et al (2011) Endocrine Society. Diagnosis and treatment of hyperprolactinemia: an Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 96:273–288

✉ S. Cannavò
cannavos@unime.it

¹ UOC di Endocrinologia, AOU Policlinico G. Martino, Via Consolare Valeria, 1, 98125 Messina, Italia