

PROTOCOL HYPERPROLACTINEMIE EN KINDERWENS

GYNAECOLOGEN GELDERSE VALLEI

Doel

Omschrijven van diagnostiek en behandeling bij vrouwen met hyperprolactinemie en een kinderwens.

Doelgroep

Patiënten met hyperprolactinemie en een kinderwens (al dan niet met oligomenorroe en/of klachten als galactorroe).

Definities/achtergrond

Hyperprolactinemie wordt gedefinieerd als een prolactine > 530 mU/L. Alle monsters met verhoogd prolactine worden routinematig getest op aanwezigheid van macroprolactine.

DIAGNOSTIEK

-Indien prolactine 530- 4000 mU/L

Sluit gebruik van medicatie die hyperprolactinemie kan veroorzaken uit:

- Oestrogenen, Dopamine antagonisten (phenothiazide, haloperidol),
- Antihypertensiva (reserpine, methyldopa), Cimetidine, Metoclopramide,
- Opiaten, Amphetamines, hallucinogenen.

Sluit primaire hypothyreoidie uit: TSH screening.

Indien geen verklaring voor hyperprolactinemie, sluit aandoeningen van hypothalamus en hypofyse uit (m.n. microprolactinoom of overige aandoeningen met hypofysesteel compressie) middels MRI hypofyse en consult endocrinoloog. Tevens inzetten

bloedonderzoek (op naam endocrinoloog): nuchter (0900 h) cortisol, FT4, testosteron (man), oestradiol (vrouw), IGF1 (als afwijkend dan ACTH, TSH, LH, FSH)

-Indien prolactine > 4000 mU/L: meestal prolactinoom

MRI hypofyse en consult endocrinoloog. Tevens bloedonderzoek (op naam endocrinoloog): nuchter (0900 h) cortisol, FT4, testosteron (man), oestradiol (vrouw), IGF1 (als afwijkend dan ACTH, TSH, LH,FSH)

-Indien prolactine 4000-8000 mU/L en macroadenoom van de hypofyse (MRI) zijn zowel prolactinoom als niet hormonaal actief hypofyseadenoom met steelcompressie mogelijk.

BEHANDELING

Het beleid is afhankelijk van het doel van de behandeling.

- Indien primaire hypothyreoïdie: substitutie therapie

- Indien hyperprolactinemie secundair aan medicatiegebruik: overweeg staken indien mogelijk. Overweeg overleg psychiater in geval van antipsychotica.

-Indien micro- of macroadenoom zichtbaar op MRI: verwijzing endocrinoloog.

-Indien microadenoom (<1cm): naast verwijzing endocrinoloog start medicamenteuze behandeling met dopamine agonist (DA).

1^e keus Quinagolide (Norprolac) Startpakket (3 x tablet 25 µg, 3 x tablet 50 µg > onderhoud 75 µg).

2^e keus: Bij onvoldoende effect of bijwerkingen: Cabergoline (Dostinex) 0,5mg/week in 1 of 2 doses, ophogen per maand zo nodig.

Bromocriptine geeft over het algemeen de meeste bijwerkingen en wordt daarom zelden gebruikt.

- Indien macroprolactinoom (>1cm): Naast verwijzing endocrinoloog en medicamenteuze behandeling (identiek aan bovenstaande) wordt sporadisch neurochirurgische behandeling toegepast iom endocrinoloog en neurochirurg.

- Indien idiopathische hyperprolactinemie (zonder zichtbaar adenoom op de MRI hypofyse) zonder symptomen of kinderwens, zijn er de volgende keuzes:

-behandeling met een dopamine agonist

- suppletie met oestrogenen
 - expectatief bij postmenopauzale vrouwen met jaarlijkse controle van het prolactinegehalte.
-

AANDACHTSPUNTEN

- Herstel van de cyclus kan binnen enkele weken na start therapie optreden. Bespreek anticonceptie.
 - Bij behandeling met dopamine agonist: Cave liquorlekkage mn bij invasieve macroprolactinomen met destructie van schedelbasis (zelfs binnen 1 week na het starten van medicatie). Instrueer de patiënt bij liquorlekkage, hoofdpijn en/of koorts contact op te nemen
 - Bij actieve zwangschapswens: Bij positieve zwangschapstest stop dopamine agonist
 - Zwangschapscontroles kunnen in de 1e lijn plaatsvinden
 - Bij macroprolactinoom: follow-up door endocrinoloog tijdens de zwangschap
-

FOLLOW UP

- via de endocrinoloog
- in de zwangschap: staken dopamine agonist bij positieve test en verwijs naar endocrinoloog indien nog niet verwezen. Routinematig bepalen van prolactine niet noodzakelijk. Bij symptomen (hoofdpijn, visusklachten): overleg endocrinoloog.
- Postpartum: borstvoeding mag, tenzij symptomen zijn ontstaan in zwangschap of bij macroprolactinoom met steelcompressie. Controleer prolactine 4 maanden postpartum of 4 maanden na staken borstvoeding.

Referenties

- lokaal protocol UMCN juni 2018
- Quinagolide--a valuable treatment option for hyperprolactinaemia..[Barlier A, Jaquet P. Eur J Endocrinol. 2006 Feb;154\(2\):187-95.](#)
- Current treatment issues in female hyperprolactinaemia. [Crosignani PG. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Apr 1;125\(2\):152-64. Epub 2005 Nov 9.](#)

Opgesteld/goedgekeurd

- van Dongen, van Wijk, van Asbeck.
- Goedgekeurd in vakgroepvergadering gynaecologen Gelderse Vallei januari 2019