

Дайджест

Пролактинома у дітей і підлітків

Розвиток гіперпролактинемії обумовлено різними етіологічними факторами і може мати різні ознаки і симптоми. Цей синдром достатньо рідко виникає в дитячому віці. Питання еволюції (розвитку з часом) пролактиному у дітей і підлітків на сьогодні залишаються мало вивченими.

Метою одного з досліджень в цьому напрямку [1] була ретроспективна оцінка клінічного перебігу і виходу гіперпролактинемії у дітей. Авторами вивчені медичні документи 21 дитини з гіперпролактинемією, яких обстежили в лікарні. Встановлено, що найбільш поширеними симптомами захворювання були порушення менструального циклу, галакторея і головний біль. Гіперпролактинемія була викликана мікроаденомою у 10 осіб, макроаденомою у 7 і лікувальною індукцією у 4 пацієнтів. Бромокриптин і каберголін були однаково ефективні для зниження рівня пролактину в сироватці крові. Хірургічне лікування дітей з макропролактиномою не було остаточним, в подальшому їм була показана післяопераційна терапія агоністом дофаміну. Авторами вважають, що при наявності будь-яких клінічних симптомів або ознак, свідючих про пригнічення гіпофізарно-гонадної осі, ймовірним діагнозом може бути гіперпролактинемія. При мікроаденомі, як правило, ефективна лікувальна терапія, а хірургічне лікування не завжди є успішним при макроаденомі і часто супроводжується розвитком рецидиву.

В іншому клінічному дослідженні повідомлено [2] про довготривале перебігу (2 роки — 20 років) пролактиному у 40 пацієнтів (29 жінок і 11 чоловіків). У жінок вік появи перших симптомів гіперпролактинемії коливався від 8 до 16 років, а вік, в якому було встановлено діагностичне, — від 15 до 19 років; у чоловіків — від 8 до 17 років і від 13,8 року до 19 років відповідно. У жінок переобладали мікропролактиному (у 22 з 29), а симптоматика захворювання виникала в результаті появи функціональних порушень, тоді як у чоловіків найбільш часто

виявляли макропролактиному (у 8 з 11), а симптоми розладу були викликані мас-ефектом. Хірургічний метод лікування використовували як первинну терапію у 9 пацієнтів і як додаткову терапію — у 6. Бромокриптин призначали 24 пацієнтам, каберголін — 7. З 9 пацієнтів, яким первинно проводили хірургічне втручання, тільки у одного було досягнуто відновлення гонадотропної функції гіпофіза; у 25 з 31 пацієнта, які отримували лікувальну терапію, гонадотропна функція відновила повністю. У 15 пацієнтів відзначено повне зменшення або значуще скорочення об'єму пухлики. Авторами вважають, що в дитячому і підлітковому віці, по-видимому, існують вікові і статеві відмінності в клінічній картині пролактиному, які не можна пояснити тільки з точки зору тривалості еволюції. У більшості дітей і підлітків лікувальна терапія дозволяє контролювати перебіг захворювання, нормалізувати рівень пролактину і досягти відновлення гонадотропної осі.

В третьому ретроспективному дослідженні [3] повідомлено про клінічні прояви, відповіді на лікування і результати довготривалого спостереження за 39 дітьми і підлітками з пролактиномою (30 дівчаток і 9 хлопчиків; 30 — з макро- і 9 — з мікроаденомою), діагностованою в віці 9—20 років. Середня тривалість спостереження становила 56 міс. Всім пацієнтам призначали бромокриптин в дозі від 2,5 до 20 мг/день або каберголін в дозі від 0,5 до 2 мг в тиждень перорально. Двома пацієнтам після операції проводили конвенційну променеву терапію (радіотерапію). У 21 дівчаток і у 9 хлопчиків з макропролактиномою першими симптомами захворювання були головний біль і/або вади зору. У всіх пацієнток виявлено первинну або вторинну аменорею. Затримку росту не спостерігали ні у одного пацієнта, а пубертатне розвиток відповідає їх віку. Спонтанну або провокаційну галакторею діагностували у 23 пацієнток, ні у одного пацієнта чоловічої статі не було гінекомастії.

Средняя концентрация пролактина в сыворотке крови на момент установления диагноза составляла 322,5 нг/мл у пациентов с микроаденомой, 522,38 нг/мл — с макроаденомой и 2294,86 нг/мл — с макроаденомой с супраселлярным распространением. У 25 пациентов прием бромокриптина способствовал нормализации уровня пролактина и значительному уменьшению размера опухоли. У 14 пациентов прием каберголина нормализовал концентрации пролактина. У 6 пациентов во время лечения наступила беременность, которая протекала без осложнений. Все они родили здоровых детей в срок. На момент установления диагноза нарушение секреции других гормонов гипофиза было выявлено только у одного пациента. В послеоперационный период у 6 пациентов был обнаружен дефицит других гормонов аденогипофиза. Авторы отмечают, что применение дофаминергических производных является эффективным и безопасным медикаментозным методом лечения пролактином у

детей и подростков, а также у взрослых пациентов с началом заболевания в детском возрасте, что позволяет сохранить функцию передней доли гипофиза.

ДАЙДЖЕСТ ПОДГОТОВЛЕН ПО МАТЕРИАЛАМ:

1. Eren E, Yapıcı Ş, Çakır ED et al. Clinical course of hyperprolactinemia in children and adolescents: a review of 21 cases. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2011;3(2):65-69. doi: 10.4274/jcrpe.v3i2.14.
2. Fideleff HL, Boquete HR, Sequera A et al. Peripubertal prolactinomas: clinical presentation and long-term outcome with different therapeutic approaches. J Pediatr Endocrinol Metab. 2000;13(3):261-267. DOI: 10.1515/jpem.2000.13.3.261.
3. Acharya SV, Gopal RA, Bandgar TR et al. Clinical profile and long term follow up of children and adolescents with prolactinomas. Pituitary. 2009;12(3):186-189. doi: 10.1007/s11102-008-0149-8.

Матеріал підготував М. Л. Кирилюк

Дата надходження до редакції 29.11.2019 р.