25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

Prolattinoma in gravidanza complicato da apoplessia: descrizione di un caso

Luisa Pupo[1], Benedetta Zampetti[2], Renato Cozzi[2], Vittoria Favero[1-2], Giacomo Fabio Antonio Grifoni[1-2], Iacopo Chiodini[1-2]

[1] Dipartimento di Biotecnologie Mediche e Medicina Traslazionale, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia. [2] SC di Endocrinologia, Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Ospedale Niguarda, Milano, Italia.

INTRODUZIONE E BACKGROUND

I prolattinomi sono gli adenomi ipofisari funzionanti più frequenti nella donna in età fertile. Durante la gravidanza, il rischio di crescita è possibile secondo le dimensioni iniziali (**2.4%** per i microprolattinomi - miPRL, **21%** per i macroprolattinomi - maPRL). Nella donna con maPRL, la pianificazione della gravidanza è importante per agevolarne la gestione. In particolare, la RM sella ha un ruolo centrale per definire l'eziologia dell'iperprolattinemia, per quantificare le dimensioni dell'adenoma e per poter eventualmente pianificare un'adeguata sorveglianza.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Donna di **28 anni**, con iperprolattinemia (PRL 183 µg/L, vn 4.7-23) e ipotiroidismo primitivo (TSH 4.5 mUI/L, vn 0.27-4.2, FT4 14 ng/L, vn 9.2-17) riscontrati durante accertamenti chiesti da ginecologo per amenorrea insorta alla sospensione di estroprogestinico in uso dall'adolescenza a scopo contraccettivo, e ricerca di gravidanza. Dal ginecologo curante avviata terapia con cabergolina (CAB) 1 mg/settimana e levotiroxina 50 µg/die, con normalizzazione della PRL (23 µg/L) e del TSH (1.2 mUI/L); inoltre prescritta RM sella, non eseguita per sopravvenuta gravidanza, al riscontro della quale veniva sospesa CAB. La paziente è stata inviata a prima visita endocrinologica per la gestione dell'ipotiroidismo alla 9ª settimana gestazionale. A **15 settimane** comparsa di cefalea intensa e appannamento visivo OD; al campo visivo quadrantopsia infero-temporale OD. Veniva quindi eseguita una RM senza mdc, con riscontro di macroadenoma ipofisario intra-sovrasellare con **ematoma intralesionale** in fase subacuta, con impronta sul chiasma (Figure 1 e 2). Reintrodotta CAB (0.5 mg/settimana, a 24 settimane) con normalizzazione del CV dopo un mese e parziale riduzione volumetrica dell'adenoma, ma con persistenza di componente sovra-sellare alla RM effettuata dopo 2 mesi. Dopo discussione multidisciplinare, la paziente veniva sottoposta a parto cesareo a 39 settimane e a blocco della lattazione; **outcome materno-fetale favorevole**. Alla RM 3 mesi dopo il parto, in CAB, netta riduzione dell'adenoma e PRL normalizzata (PRL 18 µg/L), con ripresa di flussi mestruali regolari.

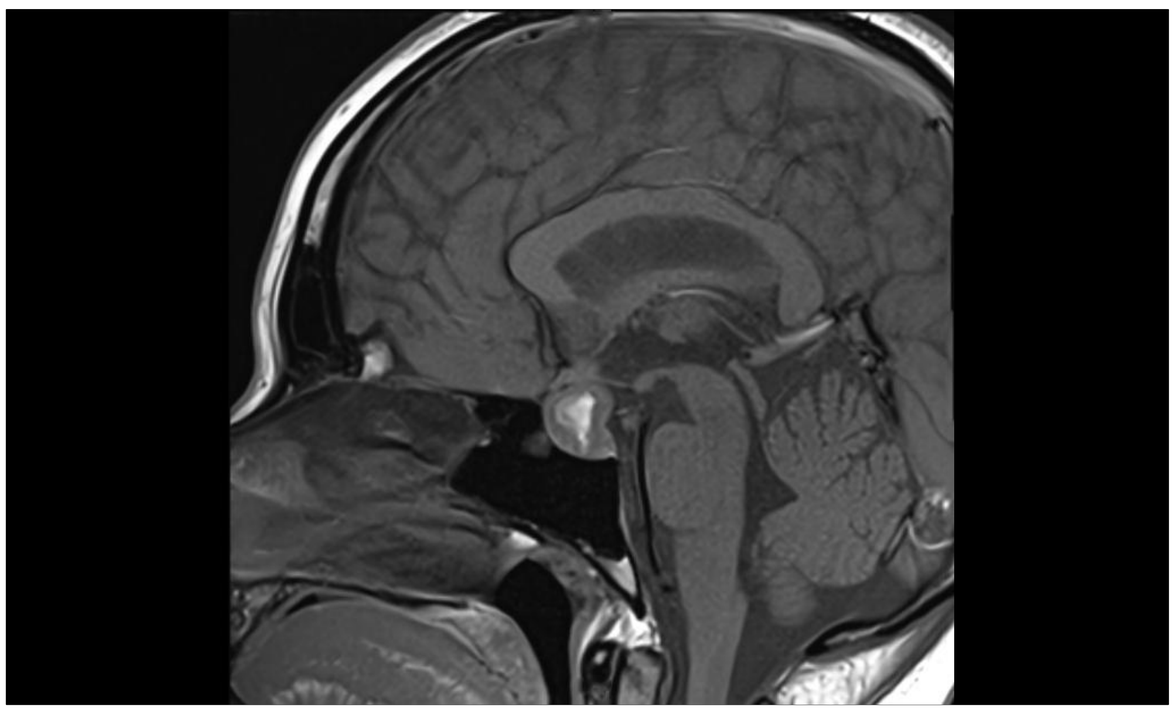


Figura 1. *RM sella senza mdc, T1 sagittale, all'esordio dell'apoplessia: macroadenoma intra-sovrasellare con ematoma intralesionale subacuto.*

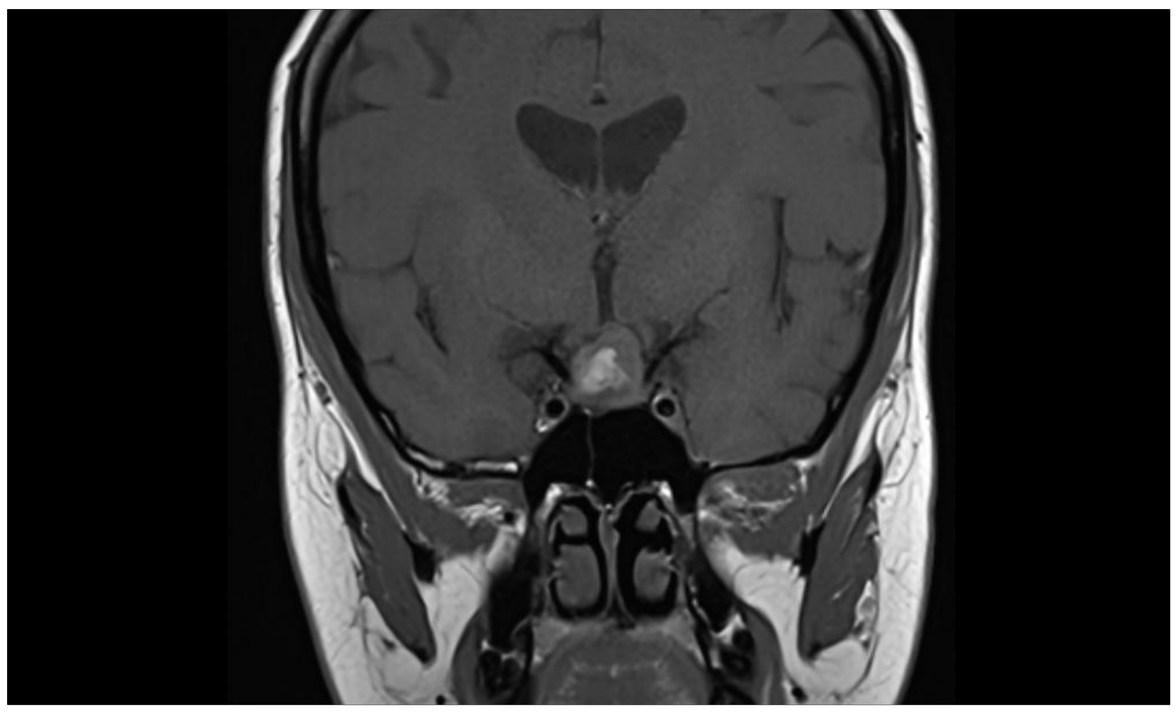


Figura 2. *RM sella senza mdc, T1 coronale, all'esordio dell'apoplessia: componente sovrasellare dell'adenoma con impronta sul chiasma ottico.*

DISCUSSIONE

La RM è indispensabile in **fase pre-concezionale** per la diagnosi di miPRL o maPRL, che richiedono iter terapeutici differenti: mentre nella maggior parte delle pazienti con miPRL il decorso è indolente, nel maPRL senza un adeguato pre-trattamento medico il decorso può essere complicato da comparsa di danni campimetrici e/o apoplessia, che possono richiedere ripresa di terapia con CAB, che in gravidanza, se necessario, può essere impiegata con sicurezza.

TAKE HOME MESSAGE

Il corretto inquadramento eziologico dell'iperprolattinemia patologica e un adeguato counselling della paziente sono fondamentali soprattutto in previsione di gravidanza.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
Ospedale Niguarda
Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia