

Resistenza alla cabergolina rispetto alla bromocriptina nell'iperprolattinemia: prevalenza, definizione clinica e strategia terapeutica.

Di Sarno A, Landi ML, Cappabianca P, Di Salle F, Rossi FW, Pivonello R, Di Somma C, Faggiano A, Lombardi G, Colao A.

Data: 16/05/2003

Tipologia: MDB - Documentazione

Lingua: Inglese

Pubblicazione: J Clin Endocrinol Metab

Anno: 2001

Fonte: J Clin Endocrinol Metab 86(11):5256-61

Descrizione:

Resistenza alla cabergolina rispetto alla bromocriptina nell'iperprolattinemia: prevalenza, definizione clinica e strategia terapeutica.

Estratto

Per valutare la prevalenza della resistenza al trattamento con la cabergolina, abbiamo studiato 120 pazienti de novo consecutivi (56 macroadenomi, 60 microadenomi, 4 iperprolattinemie non tumorali) trattati con cabergolina (CAB) confrontandoli con 87 pazienti de novo consecutivi (28 macroadenomi, 44 microadenomi, 15 iperprolattinemie non tumorali) trattati con bromocriptina (BRC) per 24 mesi. La resistenza è stata valutata come incapacità di normalizzare i livelli di PRL nel siero (primo punto finale) e d'indurre riduzione del tumore (secondo punto finale). Dopo 24 mesi, la normalizzazione della PRL ed il restringimento del tumore dopo i trattamenti con BRC e CAB, rispettivamente, sono stati ottenuti nel 82,1% e nel 46,4% dei macroprolattinomi ($P < 0,001$) e nel 90% vs 56,8% dei microprolattinomi ($P < 0,001$). Le dosi medie di CAB e BRC in grado di rispondere ai due criteri di successo del trattamento erano di 1 mg/settimana e di 7,5 mg/d nei macroprolattinomi, 1 mg/settimana e 5 mg/d nei microprolattinomi e 0,5 mg/settimana e 3,75 mg/d nelle iperprolattinemie non tumorali. L'iperprolattinemia è persistita nel 17,8% dei macroprolattinomi, 10% dei microprolattinomi e dopo la CAB alle dosi di 5-7 mg/settimana e nel 53,6% dei macroprolattinomi, nel 43,2% dei microprolattinomi e nel 20% dei pazienti con iperprolattinemia non tumorale, dopo BRC alle dosi di 15-20 mg/d. In questi macro e microprolattinomi resistenti, il diametro massimo del tumore è stato ridotto del 43,7 +/- 3,6% e 22,1 +/- 3,7% e del 59,3 +/- 7,1% e 4,3 +/- 2,1% dopo CAB e BRC, rispettivamente ($P < 0,001$). In conclusione, il trattamento a lunga durata con CAB ha permesso un effettivo controllo dell'iperprolattinemia associata ad un riduzione del tumore in una maggior numero di pazienti rispetto al trattamento con BRC. In pochi pazienti (cioè il 17,8% dei macroprolattinomi e il 10% dei microprolattinomi), tuttavia, il trattamento con CAB non ha normalizzato i livelli di PRL nel siero, nonostante la riduzione della massa tumorale, anche a dosi molto elevate. Di conseguenza, un'assenza di riduzione del tumore non può essere considerata come punto finale per indicare la resistenza al CAB e un aumento della dose di CAB maggiore di 3 mg/settimana non sembra essere utile nel controllo dell'ipersecrezione di PRL.