

Una insidiosa diagnosi di iperprolattinemia

F D'Ercole¹, I Gagliardi¹, S Pizzicotti², R Dorizzi³, M Torello³, MC Zatelli¹, MR Ambrosio¹

¹Sezione di Endocrinologia e Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Mediche, Università di Ferrara, ²Laboratorio Unico Provinciale Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, ³Dipartimento Anatomia Patologica, Medicina Trasfusionale e di Laboratorio AUSL della Romagna

Introduzione: L'iperprolattinemia rappresenta un riscontro comune nella pratica clinica endocrinologica. Alcune cause di iperprolattinemia sono fisiologiche e facilmente diagnosticabili, mentre nella maggior parte dei casi è necessario un approfondimento anamnestico, laboratoristico e neuroradiologico. Considerata la normale secrezione pulsatile della prolattina (PRL), la diagnosi di iperprolattinemia richiede la conferma con determinazioni multiple nel sangue. Gli attuali metodi per la misura della PRL sono immunometrici a "sandwich" e si basano su due anticorpi diretti verso regioni diverse della molecola.

Descrizione del caso: Donna di 52 anni giunge alla nostra osservazione per riscontro di aumentati livelli di PRL in corso di accertamenti per un quadro di oligomenorrea e cefalea in assenza di galattorrea.

La prima determinazione effettuata con tecnologia ECLIA (Elecsys 170, Roche, Monza) mostrava aumentati livelli di PRL pari a 305 µg/L (IR < 24), confermati ai successivi prelievi seriati che hanno mostrato livelli medi di PRL pari a 341.5 µg/L. La RM sellare con mdc non mostrava la presenza di franche lesioni ipotalamo-ipofisarie. Il quadro ginecologico era risultato nella norma.

Gli esami eseguiti presso un secondo laboratorio analisi con metodo analizzatore Dxl (Beckman, Milano) mostravano livelli medi di PRL solo lievemente aumentati pari a 32.5 µg/L (IR < 26.7) ed escludevano la presenza di macroprolattina dopo trattamento con PEG. La restante funzione antero-ipofisaria risultava nella norma.

La discordanza tra i valori di PRL ottenuti con i due diversi analizzatori e il quadro neuroradiologico ha portato ad una rivalutazione del caso da parte del medico endocrinologo e del medico laboratorista. Si è quindi proceduto ad una nuova determinazione dei livelli di PRL dopo trattamento con anticorpi bloccanti gli anticorpi umani anti immunoglobuline di topo -HAMA- (Heterophilic Blocking Tube -Scantibodies, Santee, CA, USA) con livelli risultati pari a 79.4 µg/L. La PRL è stata misurata successivamente nello stesso campione impiegando Centaur XP (Siemens, Milano), con livelli pari a 28.8 µg/L (IR < 29.2) senza trattamento con anticorpi bloccanti gli HAMA e 29.85 µg/L dopo trattamento.

I livelli di PRL determinati con le diverse metodiche hanno permesso di rivalutare la diagnosi di iperprolattinemia.

Conclusioni: Quando dato di laboratorio, clinica e imaging radiologico sono discordanti, occorre considerare la presenza di interferenze pre-, intra- e post-analitiche. Nel nostro caso specifico la presenza di HAMA creava una problematica in fase pre-analitica, risolta utilizzando un diverso analizzatore.

Il dialogo e il confronto tra clinico e laboratorista sono fondamentali per un corretto inquadramento clinico. È auspicabile che i referti degli esami immunometrici riportino gli analizzatori usati nelle analisi.