

со раздражливо, агресивно расположение, по што следеле консултации со психијатри и чести промени на антипсихотичната терапија. После една година воведен е антипсихотик арипипразол заедно со валпроична киселина и лоразепам. После два месеци кај пациентката е нотирано значајно подобрување во однесувањето и расположението. Во меѓупериод намалена е дозата на каберголин на 0.25mg. Пациентката беше упатена на нашата клиника. Контролните вредности на пролактиноот беа ниски и беше прекинат каберголинот. И контролната МР на хипофиза не потврди присуство на микроаденом. **Дискусија и заклучок:** Клиничката презентација на хиперпролактинемија влијае на терапевтската стратегија. Асимптоматска хиперпролактинемија не треба да биде медикаментозно лекувана. Кај долго опстојувачка хиперпролактинемија може да се појави питуитарен аденом. Третманот со допамински агонист е ризичен бидејќи може да ја влоши психијатриската состојба како во нашиот случај. Постојат два стратегиски пристапи кај хиперпролактинемија индуцирана од антипсихотци: терапија со комбинирани орални контрацептиви или третман со арипипразол, антипсихотик кој има двоен ефект врз D2 рецепторите (агонист/антагонист). Арипипразол е антипсихотик кој не предизвикува хиперпролактинемија.

CASE REPORT: THERAPEUTIC APPROACH IN RISPERIDONE INDUCED HYPERPROLACTINEMIA

Argjent Mucha¹, Cvetanka Volkanovska Ilijevska¹, Marija Zivkovic¹, Biljana Jovanoska Todorova¹

¹University Clinic for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Skopje, North Macedonia

A 19-year-old female patient with disturbed menstrual cycles caused by chronic use of risperidone and worsening of her psychological state after the introduction of a dopamine agonist. The 17-year-old patient was diagnosed with dissociative conversion disorder. Therefore, she was placed on therapy with risperidone and lamotrigine. After the introduction of the antipsychotic therapy, the menstrual cycles became irregular. Hormonal studies confirmed high prolactin values of 2226 mIU/ml (40-530), and magnetic resonance (MR) confirmed a pituitary adenoma measuring 4 mm. Therefore, the gynecologist introduced therapy with the dopamine agonist cabergoline, 0.5 mg weekly dose. After a short period, the patient's psychological state became destabilized, with an irritable, aggressive mood, which was followed by consultations with psychiatrists and frequent changes in antipsychotic therapy. After one year, the antipsychotic aripiprazole was introduced together with valproic acid and lorazepam. After two months, the patient noticed a significant improvement in behavior and mood. In the interim, the dose of cabergoline was reduced to 0.25 mg. The patient was referred to our clinic. Control prolactin values were low and cabergoline was discontinued. And the control MRI of the pituitary gland did not confirm the presence of a microadenoma. **Discussion and conclusion:** The clinical presentation of hyperprolactinemia affects the therapeutic strategy. Asymptomatic hyperprolactinemia should not be medically treated. In case of long-standing hyperprolactinemia, a pituitary adenoma may appear. Dopamine agonist treatment is risky because it may worsen the psychiatric condition as in our case. There are two strategic approaches in antipsychotic-induced hyperprolactinemia: therapy with combined oral contraceptives or treatment with aripiprazole, an antipsychotic that has a dual effect on D2 receptors (agonist/antagonist). Aripiprazole is an antipsychotic that does not cause hyperprolactinemia.

32. ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ: ТРЕТМАН НА ГЕЈВСОВА БОЛЕСТ ВО БРЕМЕНОСТ

Цветанка Волкановска Илијевска¹, Марија Живковиќ Христова¹, Маја Димитровска¹, Саша Јовановска Мишевска

¹Универзитетска Клиника за Ендокринологија, дијабетес и метаболни нарушувања, Скопје

Хипертироидизам кај жени во репродуктивната возраст е најчесто предизвикан од автоимуната Грејвсова болест. Неконтролиран хипертироидизам во бременост го зголемува ризикот од компликации кај мајката и плодот. Оттука, рано откривање и лекување на хипертироидизам во бременоста е императив и терапевтски предизвик. Трансплацентарниот премин на TSH рецепторските стимулирачки антитела (TSHrAb) и антитироидните лекови (АТЛ) може да има штетен ефект врз развојот на фетусот. Дополнително, одржување на доволно ниво на тироидни хормони кај мајката за време на третманот со АТЛ е од суштинско значење, бидејќи тироидните хормони се клучни фактори за нормален развој на фетусот, особено за феталниот мозок. Понатаму, неопходно е внимателно дозирање на АТЛ за да се избегне и хипер- или хипотироидизам кај плодот и тератогениот потенцијал на АТЛ од 6 до 10 гестациска недела (гн). Прикажуваме бремена пациентка во 6 гн со неконтролирана хипертироидиза. Вредностите на тироксин и тријодотиронинот беа четири пати над