

L'andropause n'existe pas... mais se soigne



Avec l'âge, les hommes subissent également des variations comportementales liées à des modifications hormonales. A ne pas confondre toutefois avec la ménopause... «Mise au point sur l'andropause» avec Alain Bitton, urologue FMH, suite au symposium du 18 septembre 2007 à Genève, intitulé «Vieillesse: ménopause et andropause».¹

Selon vous, l'andropause ne serait qu'un mythe, elle n'existerait pas?

Effectivement, c'est le terme qui n'est pas adapté. L'homme n'arrête jamais sa production d'androgènes; il n'y a donc pas de «pause». L'expression utilisée de nos jours serait plutôt «déficit androgénique lié à l'âge», ou DALA. Il s'agit de la diminution de la testostérone biodisponible, celle qui construit les caractères de l'homme. Cette diminution provoque fatigue, troubles du sommeil, troubles érectiles ou de la sexualité, diminution de la libido, décalcification et déclin des capacités intellectuelles... A partir de 40 ans, le nombre de cellules de Leydig (productrices de testostérone) diminue progressivement, de même que leur capacité à produire l'hormone mâle, de 0,5 à 1% par année. Une fois produite, la testostérone est métabolisée soit en dihydrotestostérone – la forme active – soit en œstrogènes. Avec l'âge, ce rapport diminue en faveur de l'œstradiol.

Quand doit-on suspecter une «andropause»?

L'«andropause» est quelquefois difficile à détecter car ses symptômes sont similaires à ceux d'une dépression. Il faut donc doser systématiquement le taux de testostérone sanguin en cas de troubles érectiles survenant autour de 50 ans, et quel que soit l'âge en cas de troubles du désir ou de baisse de la libido. En cas de symptômes inexplicables de fatigue, dépression, irritabilité, ainsi que de troubles au niveau de la sphère sexuelle, ne pas hésiter non plus à doser la testostérone. Si le taux de testostérone total est inférieur à 200 ng/dl ou 8 mg/l, on doit suspecter alors un hypogonadisme. Il faut savoir également que l'alcoolisme chronique peut perturber le métabolisme de la testostérone en provoquant une augmentation de la production d'œstrogènes et une diminution de testostérone biodisponible. Enfin, il importe de doser la testostérone lors des contrôles de routine de prostate. Toutefois, un taux bas de testostérone ne

signifie pas automatiquement qu'il y ait «andropause». Pour suspecter un hypogonadisme et donc envisager une substitution, la diminution de testostérone biodisponible doit être liée à des symptômes, notamment des symptômes liés à la sphère sexuelle, une fatigue générale ou tout autre symptôme gênant la qualité de vie du patient. Il faut mentionner encore les cas d'«andropause» précoce, beaucoup plus rares chez certains patients avant 40 ans, l'hypogonadisme congénital qui représente une entité à part. Enfin, ne pas oublier qu'après un traitement radical pour cancer du testicule uni ou bilatéral apparaît un hypogonadisme iatrogène, qu'il faut évidemment substituer.

Quels sont les traitements à disposition?

La plupart du temps, on procède à une substitution androgénique par voie orale à l'aide de comprimés permettant un dosage initial de 160 mg. L'avantage est de pouvoir titrer et suivre les taux de testostérone en évitant les changements trop brusques de concentration sanguine. L'inconvénient peut être le fait que la testostérone est rapidement métabolisée par un effet de premier passage au niveau du foie. Pour cette raison, on procède, par la suite, à des traitements par injections qui peuvent être effectuées toutes les trois à quatre semaines et, plus récemment, avec de nouveaux produits plus fortement dosés à trois ou quatre mois. Les gels ou les patches présentent certains avantages comme une meilleure tolérance. Ils sont plus élégants, permettant d'obtenir un effet plus physiologique suivant le rythme circadien de la testostérone. Les contre-indications formelles à la substitution androgénique restent le cancer de la prostate et le cancer du sein, ainsi que certains troubles métaboliques comme un état hypercoagulable ou enfin, évidemment, une intolérance aux produits.

Ces traitements sont-ils à risque?

Les médecins, qu'ils soient généralistes ou spécialistes, ne doivent pas avoir peur de la substitution androgénique. Si l'indication est bien posée et les contre-indications respectées, un apport de testostérone ne provoque pas un cancer

de prostate de novo. En effet, la plupart des malades présentant un cancer de prostate ont un hypogonadisme avec un taux de testostérone très bas lors de la découverte du cancer. Il semble que ce soit plutôt la baisse des œstrogènes par le biais d'une augmentation du rapport œstradiol/testostérone qui soit délétère et qui puisse représenter un facteur de risque pour le développement d'un cancer de prostate. Ces

données sont corroborées par le fait que les hommes jeunes qui ont un taux de testostérone élevé développent exceptionnellement un cancer

de prostate à l'âge où le taux est maximal. Il semble même que la testostérone ait un effet bénéfique, voire protecteur, puisqu'il s'agit d'une hormone anabolisante. Dans un tout autre registre, le traitement de la maladie d'Alzheimer a connu un regain d'intérêt depuis que l'on a observé cliniquement l'amélioration des fonctions cérébrales et cognitives grâce à un apport en testostérone. Les bienfaits de l'imprégnation androgénique au niveau du métabolisme sont donc multiples et variés. Le médecin doit savoir dépister un déficit et ne pas hésiter à substituer un patient qui présente des symptômes cliniques.

Propos recueillis par Marina Casselgn

¹ Communiqué sur: www.gslab.ch/actualites/actualites.asp