

Hypogonadisme masculin : angoissante question de société

Mots clés :

Andropause
Attente du patient
Hypogonadisme
Test biologique
Testostérone

La vie actuelle dans les sociétés « industrielles » pose à l'individu mâle – et en corollaire à celles ou ceux qui partagent sa vie quotidienne – des problèmes émergents de déficience androgénique qu'aggrave l'avancée en âge. Des équipes de renommée internationale se préoccupent d'évaluer ce problème depuis une décennie¹. Un impressionnant dossier de synthèse réalisé par nos confrères canadiens vient de faire un point sur ce problème, reprenant les différents outils du diagnostic et les méthodes « palliatives » utilisables de manière courante². Ces conclusions sont issues des données d'une vaste cohorte internationale et d'une sous-étude issue de cette cohorte dont la qualité des auteurs valide la véracité^{3,4}. Nous en proposons ici les points clés pour la pratique.

Quelle prévalence de l'hypogonadisme masculin ?

La cohorte ADAM (*Androgen Deficiency in Aging Males*) a suivi depuis 2000 plus de 60 000 sexagénaires dans 1500 sites de soins primaires des USA, du Canada, du Botswana, de Suède et du Japon³. Les premières données, concernant donc des conditions de vie et de sociétés très différentes, sont toutes concordantes : l'andropause, appellation plus moderne de l'hypogonadisme masculin, atteint l'homme *de plus en plus souvent* (prévalence variant en fin d'études entre 45 et 75% selon les pays) ; et *précocement* : les données les plus pessimistes ont été obtenues auprès des conjointes de ces 60 000 hommes grâce au questionnaire EVE (*Erection Validation Estimation*). L'andropause se manifeste le plus souvent² par la perte des érections y compris matinales ou dans les situations « stimulantes », la diminution de la joie de vivre et l'acceptation des propositions de dépistage du cancer de la prostate les plus invasives, ces patients estimant dans une étude qualitative annexe de la cohorte ADAM que le risque de disparition de toute activité sexuelle n'est plus à l'ordre du jour⁴.

Un diagnostic simple, mais une annonce difficile

Selon nos confrères québécois, l'andropause commence chez l'homme de 45 à 55 ans². Les questionnaires ADAM et EVE utilisés dans la cohorte du CDC en constituent l'outil-pivot au cours de la consultation du couple qui devra suivre le premier repérage en médecine générale. Les spécialistes du CDC recommandent d'ailleurs à partir des données d'ADAM la création de centres spécialisés de dépistage et de prise en charge dont il existe déjà

quelques expériences exemplaires³, reposant sur une formation spécifique des praticiens et la mise à disposition d'outils spécialisés (sex-IRM et nanotechnologies biologiques). L'annonce de la mauvaise nouvelle que constitue la confirmation d'une andropause définitive doit en effet être accompagnée de toute l'empathie et la technicité d'une équipe réellement compétente.

Faut-il – peut-on – traiter ?

La prise substitutive d'un traitement hormonal est un préalable indispensable. Contrairement au THM chez la femme, aucune étude n'a montré de lien entre le cancer et le traitement hormonal chez l'homme². Surtout, on dispose de deux tests simples à réaliser régulièrement : le toucher rectal et le dosage de PSA. Les interventions urologiques nombreuses qui en résultent n'apparaissent pas réellement comme un risque à ces patients qui ont déjà fait le deuil d'un certain « jeunisme »⁴. Le traitement sera logiquement à vie. Il dépend surtout des problèmes itératifs pouvant survenir (maladie cardiovasculaire, diabète, etc.) Il ne doit en fait cesser que si le PSA augmente de 0,15 µg/l par an, ce qui exige bien sûr un suivi attentif².

Une fois le traitement durablement instauré, il faut surveiller les quelques paramètres biologiques et radiologiques de l'hypogonadisme (testostérone, LH, SHBG, IRM des glandes gonadiques, ostéodensitométrie) à un rythme qui reste à déterminer, qui se situe sans doute à environ 3 fois par an^{2,5}. On peut espérer à ces conditions ralentir les effets de l'andropause dans des conditions de sécurité raisonnable.

Que retenir pour notre pratique ?

L'andropause est une réalité de plus en plus préoccupante. Cela exige de la part du médecin un repérage systématique chez des patients de plus en plus jeunes, avant 50 ans, afin de mettre en œuvre le maximum de mesures préventives permettant de retarder une échéance hélas inéluctable.

Malgré le dynamisme de l'industrie du médicament dans ce domaine, il n'existe aucune molécule durablement efficace. Comme le conclut une équipe américaine⁵, « la seule solution pragmatique efficace est de recommander à tous nos patients, dès leur âge de 40 ans, un stage annuel d'au moins deux à trois mois dans les conditions de vie les plus primitives possibles ». Le non pharmacologique d'abord...

Les recherches se poursuivent activement. Nous vous informerons dès que possible, en tout cas avant le 1^{er} avril 2011, des progrès en cours.

Références :

- 1- Morley JE et al. Validation of a screening questionnaire for androgen deficiency in aging males. *Metabolism*. 2000; 49: 1239-42.
- 2- Fortin Y et al. Hypogonadisme masculin acquis. *Med Québec*. 2009; 45: 27-42.
- 3- Rosner W et al. CDC workshop report of Men's Health: Adam Cohort analysis and research translation. Atlanta: CDC; 2010.
- 4- Oviden J et al. "I want more prostate cancer screening": a qualitative substudy of ADAM cohort. *N Eng J Med*. 2010; 21: 479-83.
- 5- Morales A et al. Adding to the controversy: Pitfalls in the diagnosis of testosterone deficiency syndromes with questionnaires and biochemistry. *Aging Male*. 2007. 10: 57-65.