

# Les suppléments androgéniques et la santé sexuelle féminine

Marie-Josée Filteau, MD, FRPC(C), MSc

Présenté dans le cadre de la conférence intitulée : *La santé des femmes* de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, février 2005

## Le cas de Monique

Monique est une femme de 55 ans. Elle a des symptômes de la ménopause, tels que des bouffées de chaleur, d'insomnie, de sautes d'humeur et des troubles émotionnels légers à la pré-ménopause, mais sans rechute dépressive franche. Elle est ménopausée depuis deux ans et reçoit une hormonothérapie de remplacement pour traiter ses bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale et une absence presque complète de libido.

Le remplacement oestrogénique a aidé à diminuer les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale, mais la libido demeure extrêmement réduite, ce qui entraîne des tensions dans le couple, qui avait toujours connu une bonne entente sur le plan sexuel.

La Dre Marie-Josée Filteau est professeure clinicienne à l'Université Laval, investigatrice clinicienne au Centre de recherche CRULRG et directrice à la Clinique Marie-Fitzbach à Québec.

## Ménopause et libido

Durant et après la ménopause, les femmes peuvent manifester une réduction à la fois de leur intérêt sexuel, de leur capacité à atteindre un orgasme et de la fréquence des relations sexuelles. Ces troubles sont le plus souvent en lien avec des changements physiologiques associés à la ménopause ou avec une dépression, un trouble anxieux ou des problèmes de couple. Tous ces facteurs peuvent, bien entendu, être reliés.

Ainsi, une diminution de la libido et de la fréquence des relations sexuelles peuvent entraîner des tensions conjugales, lesquelles peuvent s'ajouter aux changements hormonaux de la ménopause et éventuellement, entraîner un épisode dépressif.

Toutefois, il est maintenant reconnu que c'est durant la pré-ménopause, plutôt qu'après la ménopause, que les femmes sont les plus à risque de développer un premier épisode dépressif majeur. Le traitement d'un trouble anxieux ou dépressif avec un antidépresseur, peut lui aussi entraîner une dysfonction sexuelle.

Tableau 1

**Où, quand, comment mesurer la testostérone?**

- Le matin
- Entre le 8e et le 18e jour du cycle
- SHBG, testostérone totale ou testostérone biodisponible
- DHEA-S
- TSH
- FSH-LH-Estradiol
- Bilan lipidique
- Bilan hépatique

Puisque près de 40 % des femmes ménopausées ressentent une diminution de leur libido, l'utilisation de la testostérone chez la femme pour améliorer l'intérêt et la satisfaction sexuelle suscite un grand intérêt. D'autre part, après une ovariectomie bilatérale, les taux circulants de testostérone diminuent de 40 à 50 %. Environ le tiers à la moitié des femmes opérées rapportent une diminution de leur libido et ce, même avec une thérapie de remplacement oestrogénique.

**La testostérone, une hormone en déficit**

On en connaît un peu plus sur la physiologie de la sexualité féminine et on reconnaît un rôle aux oestrogènes, mais également à la testostérone, dans le maintien de la sexualité des femmes.

La production de testostérone par les ovaires et les glandes surrénales joue un rôle important dans le maintien de la santé sexuelle chez la femme. Une diminution de la libido, une réduction de la vitalité et du bien-être, ainsi que de la fatigue ont été associées à des niveaux de testostérone diminués chez la femme. Les niveaux de testostérone diminuent avec l'âge et peuvent être physiologiquement bas, bien avant la ménopause.

**Comment mesurer la testostérone?**

Chez la femme en bonne santé, environ 50 à 60 % de la testostérone est liée au SHBG (*Sex Hormone Binding Globulin*) et seulement 0,5 à 3 % est libre.

La SHBG est affectée par plusieurs facteurs; augmentée par les hormones thyroïdiennes, les oestrogènes et l'âge et diminuée par la testostérone, les glucocorticoïdes, l'hormone de croissance et l'insuline. La mesure de la testostérone biodisponible est donc théoriquement préférable, car elle serait le meilleur reflet de la fraction biologiquement active. (tableau 1)

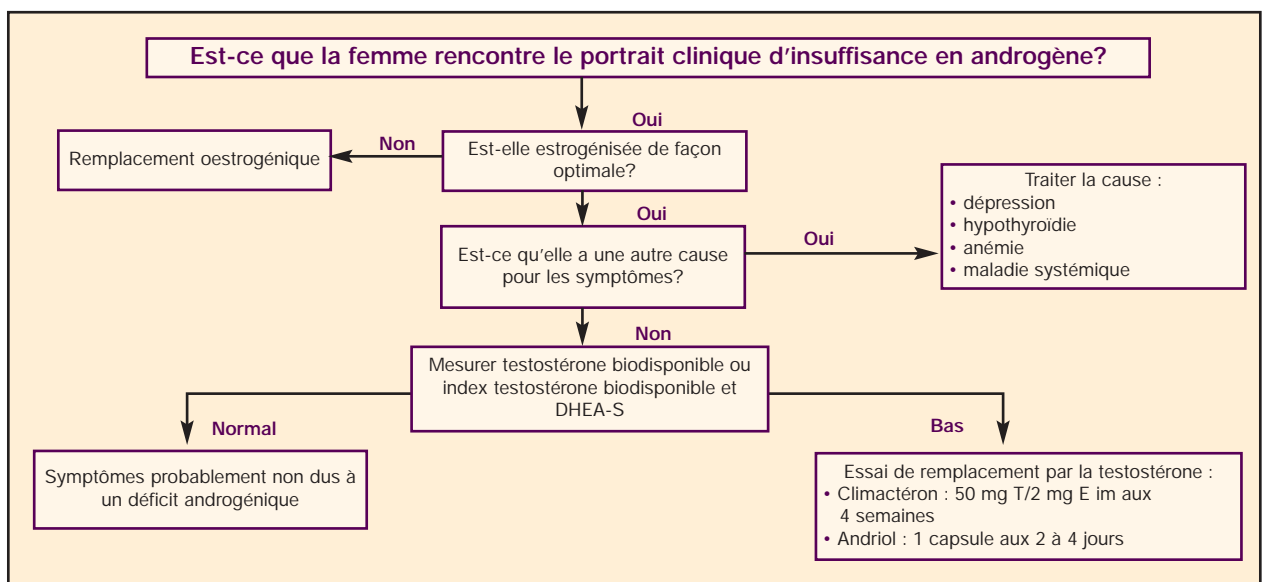


Figure 1  
Algorithme pour le diagnostic et le traitement du syndrome d'insuffisance en androgène

Tableau 2  
**Syndrome d'insuffisance en androgènes**

- Signes et symptômes :
  - libido réduite ou absente
  - fatigue persistante
  - diminution du bien-être
  - pilosité pubienne
  - ostéopénie/ostéoporose
- Testostérone totale < 0,3 nmol/L ou testostérone libre calculée < 10 pmol/L
- Le début est associé à une diminution de la production androgénique (chirurgicale, maladie physique ou périménopause).
- Autres causes médicales et/ou psychiatriques éliminées.

Tableau 3  
**Effets secondaires possibles de la testostérone et le suivi**

- Acné
  - Hirsutisme
  - Virilisation
  - Apnée du sommeil
  - Agressivité
  - Gain de poids
  - Oedème
  - Polycythémie
  - Atteinte hépatique
  - Baisse de HDL
- Évaluation clinique de l'hirsutisme
- FSC
  - Bilan hépatique
  - Bilan lipidique 2 mois avant et après le début du traitement

Des difficultés méthodologiques limitent encore à l'heure actuelle la sensibilité et la fiabilité de cette mesure chez la femme, particulièrement lorsque les niveaux de testostérone féminins sont bas.

## Le syndrome d'insuffisance en androgènes

Un syndrome d'insuffisance en androgènes chez la femme a été décrit dans la littérature (tableau 2), mais il n'existe pas de consensus sur la définition clinique et biochimique de ce syndrome.

### Étude de phase III multicentrique

Une étude récente de phase III multicentrique, randomisée, par Buster et coll., rapporte des données chez 533 femmes avec ménopause chirurgicale et remplacement oestrogénique depuis au moins trois mois.<sup>1</sup> 417 femmes ont complété l'étude comparant l'efficacité d'un timbre de 300 ug/jour de testostérone au placebo, pour améliorer la fonction sexuelle (désir, plaisir, excitation, orgasme). Tous les aspects de la sexualité des patientes traitées avec le timbre de testostérone se sont modestement, mais significativement, améliorés comparé au placebo. Les effets indésirables étaient comparables dans les deux groupes, mais les effets secondaires androgéniques ont été un peu plus fréquents dans le groupe testostérone (acné, peau huileuse, poils faciaux et voix plus grave).

Le timbre de testostérone n'a pas encore été approuvé aux États-Unis, en raison notamment d'une insuffisance de données à long terme sur la sécurité de l'utilisation concomitante d'oestrogène et de testostérone.

### L'étude de Braunstein<sup>2</sup>

L'étude de Braunstein et coll. (intimate SM1) comparant la même médication et le même type de population de femmes, rapporte des résultats positifs et comparables.

Ce syndrome doit être un diagnostic d'exclusion, après avoir éliminé une maladie physique pouvant causer une fatigue importante et une diminution de la pilosité et de la libido. Il faut aussi avoir éliminé un trouble dépressif qui peut, lui aussi, causer une fatigue importante, mais également une diminution de la densité osseuse. (figure 1)

### Les traitements et la surveillance des effets secondaires

À l'heure actuelle il n'y a pas de formulation androgénique spécifiquement conçue pour les femmes et approuvée par Santé Canada.

Les médicaments à base de testostérone disponibles pour les hommes (sous forme de gélule,

timbre ou gel), peuvent être utilisés à des doses plus faibles chez les femmes présentant les signes et symptômes du syndrome d'insuffisance en androgène et une testostérone basse. Les femmes qui ont subi une ovariectomie bilatérale et les femmes ménopausées avec un syndrome d'absence de désir sexuel avec un remplacement oestrogénique adéquat, seraient les plus susceptibles de bénéficier de ce traitement.

Une surveillance rigoureuse des effets secondaires est nécessaire. On recommande une réévaluation mensuelle des avantages et des inconvénients à poursuivre le traitement chez la femme. (tableau 3)

## L'avenir

Les prochaines années devraient voir apparaître des lignes directrices plus claires pour l'utilisation d'androgènes chez la femme, des mesures sériques plus sensibles et plus fiables et des formulations de testostérone adaptées aux besoins des femmes.

Il demeure que la santé sexuelle des femmes doit être intégrée à leur santé physique et psychologique globale. De bonnes habitudes de vie sont indispensables au maintien d'une bonne santé physique, psychologique et d'une bonne image de soi, dont dépend la santé sexuelle des femmes. *Clin*

### Références

1. Buster JE, Buch A, Kingsberg SA, Rodenberg CA, Aguirre O, Wekselman K et al.: Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 105 :944-52, 2005.
2. Braunstein G; Simon J; Nachtigall L; Utian W; Katz M; Miller SS; Waldbaum AS; Bouchard C; Derzko C; Buch A; Rodenberg C; Lucas J; Davis S: Testosterone Patch Increases Sexual Activity and Desire in Surgically Menopausal Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Clin Endocrinol Metab* Jul 12; pS0021-972X, 2005.

D'autres références sont disponibles — contactez *Le Clinicien* à : [clinicien@sta.ca](mailto:clinicien@sta.ca)

## À retenir...

- L'utilisation des androgènes en traitement d'appoint au remplacement oestrogénique, ou à la combinaison oestrogènes-progestérone demeure controversée. Cependant, elle est de plus en plus utilisée par les gynécologues et les médecins de famille à partir de formulations conçues pour les hommes et utilisées à des doses plus faibles, hors indication.
- L'amélioration de la fonction sexuelle, de l'énergie et du bien être semble modeste, mais plus appréciable chez les femmes ayant subi une ovariectomie bilatérale.
- Des effets indésirables, tels une baisse légère de HDL, ont été observés et nécessitent des études prospectives à long terme, pour évaluer le risque cardiovasculaire potentiel.
- Les effets secondaires cosmétiques sont généralement légers et réversibles à l'arrêt du traitement.