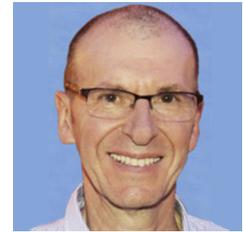


■ Résumé des recommandations du comité d'experts de l'ISSM (International Society of Sexual Medicine) sur l'évaluation et la prise en charge du déficit en testostérone de l'homme adulte



D. Delavierre

Summary of the recommendations of the expert committee of the International Society of Sexual Medicine on the assessment and management of testosterone deficiency in adult men

D. Delavierre

Service d'urologie-andrologie, CHR, CS 86709, 45067 Orléans cedex 2, France

RÉSUMÉ

Objectif. – Résumer et traduire les recommandations du groupe d'expert de l'International Society for Sexual Medicine (ISSM) sur l'évaluation et la prise en charge du déficit en testostérone (TD) de l'homme adulte.

Méthode. – En 2014, l'ISSM a réuni un panel d'experts avec l'objectif d'élaborer des recommandations sur l'évaluation et la prise en charge du TD de l'homme adulte. Les recommandations ont été publiées dans le *Journal of Sexual Medicine* en 2015. Notre travail a consisté à résumer et traduire ces recommandations. Cette traduction n'a reçu aucune validation d'une société savante, d'un organisme de santé ou d'un groupe d'experts francophones.

Résultats. – Les recommandations ont concerné la définition, l'épidémiologie, l'étiologie, les effets physiologiques, le diagnostic et le traitement du TD de l'homme adulte. Ce résumé a également pris en compte le traitement du TD dans les populations particulières.

Conclusion. – Le résumé et la traduction des recommandations de l'ISSM permettent aux praticiens francophones d'accéder à un document rédigé clairement et pratique.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Objectives. – To summarize and translate the recommendations of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) on the assessment and management of testosterone deficiency (TD) in adult men.

Method. – In 2014, the ISSM convened a panel of experts to develop recommendations on the assessment and management of TD in adult men. The recommendations were published in the *Journal of Sexual Medicine* in 2015. Our work consisted of summarizing and translating these recommendations. This translation has not received official validation.

Results. – The recommendations considered the definition, epidemiology, etiology, physiologic effects, diagnosis, assessment and treatment of TD in adult men. The summary also considered the treatment of TD in special populations.

Conclusion. – The summary and the translation of the recommendations of the ISSM allow French-speaking physicians to have access to clearly worded and practical paper.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

MOTS CLÉS

Déficit en testostérone
Hypogonadisme

KEYWORDS

Testosterone deficiency
Hypogonadism

Adresses e-mail :
ddelavierre@orange.fr,
dominique.delavierre@chr-orleans.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fpurol.2016.12.002>

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.



En 2014, l'ISSM (International Society for Sexual Medicine) a réuni un comité d'experts avec l'objectif de proposer des recommandations sur le diagnostic et la prise en charge du déficit en testostérone (TD) de l'homme adulte. Ces recommandations ont été publiées en 2015 dans le *Journal of Sexual Medicine* [1]. Notre travail a consisté à résumer et traduire les recommandations. Cette traduction n'a reçu aucune validation d'une société savante, d'un organisme de santé ou d'un groupe d'experts francophones.

DÉFINITION

Le terme de « déficit en testostérone » (TD) est recommandé avec pour définition : « le TD est un syndrome clinique et biochimique caractérisé par un déficit en testostérone ou de son action, et des symptômes et signes en rapport avec ce déficit. Ce déficit peut affecter la fonction de multiples organes et entraîner un préjudice significatif sur la qualité de vie incluant des altérations de la fonction sexuelle ».

Le TD peut résulter :

- d'une réduction de la synthèse testiculaire de testostérone en raison d'une dysfonction des cellules de Leydig (hypogonadisme hypergonadotrophique ou primaire) ;
- d'une réduction de la synthèse testiculaire de testostérone en raison d'une stimulation inadéquate des cellules de Leydig par les gonadotrophines (hypogonadisme hypogonadotrophique ou secondaire) ;
- d'une association des 2 mécanismes (hypogonadisme mixte) ;
- le terme d'hypogonadisme compensé correspond à une situation où les taux de testostérone sont maintenus à un niveau physiologique par des taux supraphysiologiques de gonadotrophines.

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence du TD symptomatique se situe chez les hommes dans une fourchette de 2 à 6 %.

Les taux sériques de testostérone diminuent avec l'âge.

Le TD est souvent associé à l'obésité et au diabète de type 2. En conséquence, le comité recommande de rechercher systématiquement un TD chez les hommes présentant une obésité, un diabète de type 2 et un syndrome métabolique.

PHYSIOLOGIE DE LA TESTOSTÉRONNE

Chez les hommes, plus de 95 % de la testostérone est produite par les cellules de Leydig des testicules, et une fraction beaucoup plus faible l'est par le cortex surrénalien. La production testiculaire de la testostérone est initiée par la libération de GnRH (*gonadotropin-releasing hormone*) hypothalamique sous l'influence de neurotransmetteurs locaux. La GnRH entraîne la libération par l'hypophyse antérieure des gonadotrophines FSH (*follicle-stimulating hormone*) et LH (*luteinizing hormone*). FSH se lie aux cellules de Sertoli testiculaires et entraîne la spermatogenèse. LH se lie aux cellules de Leydig et entraîne la production de testostérone à partir de son pré-curseur, le cholestérol.

Chez les hommes jeunes en bonne santé, GnRH n'est pas libérée continuellement mais par pulses.

La libération de testostérone suit un rythme nyctéméral avec des taux plus élevés en début de matinée et plus faibles en début de soirée, du moins chez les hommes de moins de 40 ans car cette variation est moins marquée chez les hommes plus âgés.

La grande majorité de la testostérone plasmatique circulante est liée à des protéines. Environ 60 % sont fortement liés à SHBG (*sex hormone binding globulin*), 38 % plus faiblement à l'albumine et seulement 2 % ne sont pas liés. La testostérone totale correspond aux 3 fractions, la testostérone libre à la fraction non liée et la testostérone biodisponible aux fractions libre et liée à l'albumine.

L'effet de la testostérone s'effectue par l'activation des récepteurs androgéniques par la testostérone et ses métabolites, DHT (di-hydro testostérone), obtenu par action de la 5 alpha réductase, et E2 (œstradiol) obtenu par action de l'aromatase. L'affinité de DHT pour les récepteurs androgéniques est environ 10 fois supérieure à celle de la testostérone et sa dégradation est plus lente ce qui résulte en une bio-activité nettement plus élevée que celle de la testostérone.

ÉTIOLOGIES DU TD

Les *Tableaux I et II* détaillent les étiologies du TD.

DIAGNOSTIC DU TD

Le *Tableau III* détaille les symptômes du TD.

EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique peut être normal ce qui n'exclut pas le diagnostic de TD.

Le TD peut être associé aux signes suivants :

- réduction de la masse musculaire notamment à la partie haute du corps ;
- obésité centrale ;
- gynécomastie ;

Tableau I. Hypogonadisme hypergonadotrophique (primaire).

Congénital		Syndrome de Klinefelter 47XXY Déficits en récepteurs androgéniques Syndrome de Noonan Cryptorchidie
Acquis	Auto-immun	Orchite ourlienne
	Métabolique	Hémochromatose
	Traumatique	Traumatisme ou torsion testiculaire Infarctus testiculaire
	latrogénique	Irradiation testiculaire Certains médicaments Chirurgie
	Âge (hypogonadisme mixte)	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8829041>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8829041>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)