



---

## Supplémentation en testostérone pour les hommes : prenons une (andro)pause un instant! (mise à jour)

### QUESTION CLINIQUE

**Quels sont les bienfaits et les préjudices de la supplémentation en testostérone chez les hommes en santé ou chez ceux qui présentent un faible taux de testostérone lié à l'âge?**

---

### CONCLUSION

**Par rapport au placebo, la testostérone est susceptible d'augmenter la masse maigre d'environ 1,6 kg chez les hommes plus âgés, mais elle n'a pas d'incidence significative constante sur la fonction sexuelle, la force, la fatigue ou la cognition. Elle n'augmente pas le risque d'événements prostatiques, d'infarctus du myocarde ou d'accident vasculaire cérébral, mais il est possible que celui d'embolie pulmonaire (0,9 % par rapport à 0,5 % [placebo]) et de fibrillation auriculaire (3,5 % par rapport à 2,4 % [placebo]) augmente.**

## DONNÉES PROBANTES

- 16 revues systématiques publiées au cours des cinq dernières années<sup>1-16</sup> et principaux essais cliniques randomisés (ECR) contrôlés par placebo. Les résultats sont statistiquement significatifs, sauf indication contraire.
- Fonction sexuelle : Revue systématique la plus exhaustive<sup>1</sup> (hommes  $\geq$  40 ans avec un taux de testostérone normal ou faible et une dysfonction sexuelle). Essais de la meilleure qualité :
  - Échelle de fonction sexuelle (de 6 à 30, plus le score est élevé, plus la fonction sexuelle est normale) : 6 ECR, 2 016 patients
    - Différence moyenne : 2,4 après 12 mois ou moins, aucune différence clinique.
  - D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations<sup>2-4</sup>.
- Force : Revue la plus exhaustive<sup>5</sup> (11 ECR, 814 hommes de 66 à 77 ans avec un taux de testostérone normal ou faible). Sur 3 à 12 mois, essais de la meilleure qualité :
  - Masse maigre : augmentation de 1,6 kg avec la testostérone. D'autres revues ont fait les mêmes constatations<sup>6-10</sup>.
  - Force de préhension, tests d'aptitude physique : aucune différence<sup>5</sup>.
  - Force des jambes : résultats incohérents<sup>5</sup>.
- Fatigue : Une revue systématique avec des limites<sup>11</sup>. Plus grand ECR : 464 patients âgés de 65 et plus, avec un faible taux de testostérone et une « faible vitalité » autodéclarée<sup>17</sup>.
  - Proportion avec une amélioration clinique du score de fatigue : aucune différence.
- Cognition : Trois revues systématiques avec communication limitée des données<sup>11-13</sup>.
  - Deux plus grands ECR : aucune différence<sup>18,19</sup>.
- Qualité de vie : Meilleure revue systématique (7 ECR, 1 043 participants, testostérone  $<$  12 nmol/L dans la plupart des cas)<sup>11</sup>.
  - Échelle de symptômes : aucune différence clinique.
  - D'autres revues systématiques ont fait les mêmes constatations<sup>1,2,3,6</sup>.
- Préjudices : Plus grand ECR sur les effets cardiovasculaires d'un gel de testostérone à 1,62 % sur 5 204 hommes, dont 55 % étaient atteints d'une maladie cardiovasculaire ou couraient un risque élevé<sup>20</sup>. Taux de testostérone au départ : 8 nmol/L. À 33 mois :
  - Mortalité toutes causes confondues, événements cardiovasculaires majeurs, cancer de la prostate, interventions prostatiques effractives : aucune différence.
  - Fibrillation auriculaire : 3,5 % par rapport 2,4 % (placebo); nombre nécessaire pour nuire = 93.
  - Embolie pulmonaire : 0,9 % par rapport à 0,5 % (placebo) (aucune statistique fournie).
  - Revues systématiques<sup>1,14</sup> : mêmes constatations.

## CONTEXTE

- Faible taux de testostérone :  $<$  10 nmol/L<sup>21</sup>.
- Lignes directrices<sup>21,22</sup> :
  - Asymptomatique : non recommandée<sup>22</sup>.
  - Faible taux de testostérone lié à l'âge et dysfonction sexuelle : possibilité de discuter de la prise de testostérone<sup>22</sup>.
  - Meilleur dépistage initial : testostérone totale (prélèvement sanguin matinal : de 7 h à 11 h)<sup>21</sup>.

- Il y a une incertitude au sujet de la meilleure formulation : Les comparaisons directes de différentes formulations font défaut<sup>1</sup>.

## RÉFÉRENCES

1. Lee H, Hwang EC, Oh CK et al. Cochrane Database Syst Rev. 2024;1(1):CD013071.
2. Hudson J, Cruickshank M, Quinton R et al. Lancet Healthy Longev. 2023;4(10):e561-572.
3. Zhang Z, Kang D, Li H. BMC Endocr Disord. 2020;20(1):33.
4. Taniguchi H, Shimada S, Kinoshita H et al. Urol Int. 2022;106(6): 539-552.
5. Parahiba SM, Ribeiro ECT, Correa C et al. Exp Gerontol. 2020;142:111106.
6. Mangolim AS, Brito LAR, Nunes-Nogueira VDS. Euro J Endocrinol. 2021;186(1):123-135.
7. Correa C, Bieger P, Perry IS et al. Curr Pharm Des. 2022;28(7);586-594.
8. Lee TW, Kao PY, Chen YC et al. Gerontology. 2023;69(10):1157-1166.
9. Junjie W, Dongsheng H, Lei S et al. Curr Pharm Des. 2019;25(1);73-84.
10. Burrato J, Kirk B, Phu S et al. Endocr Pract. 2023;29:727-734.
11. Diem SJ, Greer NL, MacDonald R et al. Ann Intern Med. 2020;172(2):105-118.
12. Buskbjerg CR, Gravholt CH, Dalby HR et al. J Endocr Soc. 2019;3(8):1465-1484.
13. Tan S, Sohrabi HR, Weinborn M et al. Am J Geriatr Psychiatry. 2019;27(11):1232-1246.
14. Sood A, Hosseinpour A, Sood A et al. Endocrin Pract. 2024;30(1):2-10.
15. Yang HJ, Kim KH, Kim DS et al. World J Mens Health. 2023;41(4):861-873.
16. Xu Z, Chen X, Zhou H et al. Front Endocrinol. 2024;15:335146.
17. Snyder PJ, Bhasin GR, Cunningham AM et al. New Engl J Med. 2016;374:611-624.
18. Huang G, Wharton W, Bhasin S et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2016;4(8):657-665.
19. Resnick SM, Matsumoto AM, Stephens-Shields AJ et al. JAMA. 2017;317(7):717-727.
20. Lincoff AM, Bhasin S, Flevaris P et al. New Engl J Med. 2023;389(2):107-117.

## AUTRICES

**Samantha S Moe**, Pharm. D.,  
**Jennifer Potter**, M.D., CCMF

*Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.*

21. Grober ED, Krakowsky Khera M et al. Can Urol Assoc J. 2021;15(5);E234-243.
22. Qaseem A, Horwitch CA, Vijan S et al. Ann Intern Med. 2020;172:126-133.

---

**OUTILS POUR LA PRATIQUE  
RENDU POSSIBLE PAR**



---

**EN PARTENARIAT AVEC**



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Coordinés par la **Dre Adrienne Lindblad**, ils sont rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse [toolsforpractice@cfpc.ca](mailto:toolsforpractice@cfpc.ca). La version française de la bibliothèque d'Outils pour la pratique de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible en 2025.

*Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.*