



Testostérone pour les femmes : désir, données et désavantages

QUESTION CLINIQUE

La testostérone peut-elle améliorer la fonction sexuelle des femmes préménopausées et ménopausées?

CONCLUSION

Chez les ménopausées atteintes d'un trouble du désir sexuel hypoactif (surtout sous œstrogénothérapie), la testostérone améliore d'environ un le nombre d'activités sexuelles satisfaisantes par mois par rapport au placebo à 12 à 52 semaines. L'absence de bienfait chez les préménopausées s'explique peut-être par la petite taille des études. Par rapport au placebo, la testostérone accroît le risque d'acné (7,2 % par rapport à 5 %) et d'hirsutisme (12 % par rapport à 8 %).

DONNÉES PROBANTES

- Les résultats sont statistiquement différents, à moins d'indication contraire.
- Quatre revues systématiques (de 7 à 35 ECR, de 1 947 à 8 480 femmes) comparant la testostérone (diverses préparations) par rapport à un comparateur¹⁻⁴. Accent mis sur les revues systématiques les plus récentes^{1,2} : Il s'agissait surtout de ménopausées sous hormonothérapie suivies pendant 12 à 104 semaines :
 - Activités sexuelles satisfaisantes :

- Ménopausées¹ : Les valeurs au départ n'ont pas été rapportées. La testostérone a entraîné une augmentation de 0,85 activité par mois.
 - Exemple (au départ : environ 2,5 activités par mois)⁵ : À six mois, 4,6 activités par mois (timbre de 300 µg de testostérone) par rapport à 3,2 (placebo).
- Préménopausées (2 ECR, 163 sujets)¹ : aucune différence (puissance probablement insuffisante).
- Orgasme : environ 2 par mois par rapport à 0,75 (placebo)².
- Désir¹ : différence moyenne standard : 0,36.
 - Exemple : (échelle de 0 à 100, plus le score est élevé, plus le désir est fort, environ 20 au départ). La testostérone a donné lieu à une augmentation à environ 33 par rapport à 26 (placebo)⁵.
- Détresse personnelle¹ : différence moyenne standard : 0,27.
 - Exemple : (échelle de 0 à 100 : plus le score est faible, moins la détresse est grande, 65 au départ). La testostérone a donné lieu à une réduction à environ 39 par rapport à 51 (placebo)⁵.
- Cognition, densité osseuse, force musculaire, humeur : aucune différence¹.
- Événements indésirables^{1,2} :
 - Graves : aucune différence.
 - Acné : 7,2 % par rapport à 5 % (placebo); nombre nécessaire pour nuire (NNN) = 19.
 - Hirsutisme : 12 % par rapport à 8 % (placebo), NNN = 25.
 - Poids : à six à douze mois, +0,5 kg avec la testostérone par rapport au placebo.
- Autres revues systématiques^{3,4} : constatations semblables.
- ECR récent : 70 ménopausées sous estradiol et avec une fonction sexuelle faible. Testostérone transdermique par rapport au placebo⁶. À huit semaines :
 - Proportion sans dysfonction sexuelle : 56 % contre 39 % (placebo), nombre de sujets à traiter = 6.
- Limites : Taux d'abandon élevés (sous placebo); incertitude au sujet de la dissimulation de l'attribution; utilisation de différentes échelles de mesure.

CONTEXTE

- Lignes directrices^{7,8} :
 - On peut envisager de prescrire la testostérone hors indication pour le trouble du désir sexuel hypoactif après s'être attaqué aux autres causes.
 - Gel de testostérone à 1 % : une demi-pompe par jour sur le mollet postérieur⁷.
 - Des taux ne sont pas recommandés pour l'établissement du diagnostic. Si le traitement est lancé, il faut mesurer les taux de testostérone totale au départ, trois à six semaines après et tous les six mois (cible : $\leq 2,8$ nmol/L)⁷.
 - Apparition : de un à trois mois. Arrêter si aucun bienfait n'est constaté à six mois.

RÉFÉRENCES

1. Islam RM, Bell RJ, Green S et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 Oct;7(10):754-766.

AUTRICES

Jennifer Young, M.D., CCMF-MU

2. Achilli C, Pundir J, Ramanathan P et al. Fertil Steril. 2017 Feb;107(2):475-482.e15.
3. Somboonporn W, Davis S, Seif MW et al. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19; (4):CD004509.
4. Elraiyah T, Sonbol MB, Wang Z et al. J Clin Endocrinol Metab. 2014 Oct;99(10):3543-3550.
5. Davis SR, Moreau M, Kroll R et al. N Engl J Med. 2008 Nov 6;359(19):2005-2017.
6. Chaikittisilpa S, Soimongkol K, Jaisamrarn U. Climacteric 2019;22: 5:460-465.
7. Wolffman W, Krakowsky Y, Fortier M. J Obstet Gynaecol Can 2021;43(11):1342-1351.e1.
8. Parish SJ, Simon JA, Davis SR et al. J Sex Med. 2021 May;18(5):849-867.

Sara Le Roux, M.D., CCMF
Samantha S Moe, Pharm. D.,
 ACPR

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

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. Coordonnés 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. Les articles sont archivés à www.toolsforpractice.ca.

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.

Le présent numéro d'Outils pour la pratique a été rédigé par des êtres humains. L'intelligence artificielle peut avoir aidé à la révision ou au formatage, mais rien de plus.