L'amélioration de la vie chez les hommes vieillissants : envisager l'importance de la testostérone

La testostérone et la prostate

Conférencier: Gerald Brock, M.D., FRCPC, Professeur, Département de la chirurgie, Division de l'urologie, Université de Western Ontario, London, ON.

L'aspect sécurité en ce qui concerne la prostate, est d'une importance clinique chez les hommes qui reçoivent une thérapie de remplacement de l'androgène. Le Dr Gerald Brock a exprimé l'espoir que sa discussion « La testostérone et la prostate » contribue à une meilleure compréhension, aille à l'encontre de la désinformation courante et appuie le consensus croissant qu'un faible taux de testostérone a des effets néfastes sur la santé. Il a souligné qu'un faible taux de testostérone ne confère aucune protection contre le cancer de la prostate, et le traitement des hommes atteints d'hypogonadisme n'augmente pas les risques de cancer de la prostate.

Quels sont les risques et les bienfaits du traitement chez les patients atteints d'hypogonadisme? Le Dr Brock a présenté une étude de cas illustrative et a questionné l'auditoire concernant leurs attitudes envers un traitement à testostérone exogène.

Le Dr Brock a demandé aux auditeurs s'ils considéreraient un patient âgé de 56 ans, avec une perte de la libido, une baisse d'énergie et un léger dysfonctionnement érectile, comme étant un bon candidat pour recevoir des suppléments de testostérone. Le patient a préalablement été vu pour l'hypertension artérielle et un taux de cholestérol élevé, il prend des médicaments pour l'hypertension artérielle et a de légers symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate. De plus, le cancer de la prostate figure dans ses antécédents familiaux et son dernier taux sérique d'antigène prostatique spécifique (APS) était de 2.2ng/dl; son toucher rectal était normal. Un test a démontré un taux de testostérone total de 5 (N=6 à 26).

Dans ce cas, malgré que le patient démontre un profil adéquat de symptômes, la réaction de l'auditoire suggère une réticence générale à traiter avec un supplément de testostérone. De plus, a-t-il rappelé aux auditeurs, la testostérone améliore plusieurs des manifestations physiques inquiétantes desquelles ont discuté le Dr Jeremy Gilbert et le Dr Juan Carlos Monge.

Le Dr Brock a conclu d'après l'hésitation que le présumé profil risque-bienfait d'un supplément de testostérone limite les pratiques cliniques. Il avait espéré que l'information présentée les aurait encouragés d'utiliser leur jugement clinique pour décider qui devrait être traité et qui devrait être exclu du traitement.

Il a résumé des données de l'Étude longitudinale sur le vieillissement menée à Baltimore, qui ont démontré que les taux d'hypogonadisme croissent avec l'âge et que le pourcentage des hommes atteints d'hypogonadisme augmente progressivement après l'âge de 50 ans.[1]

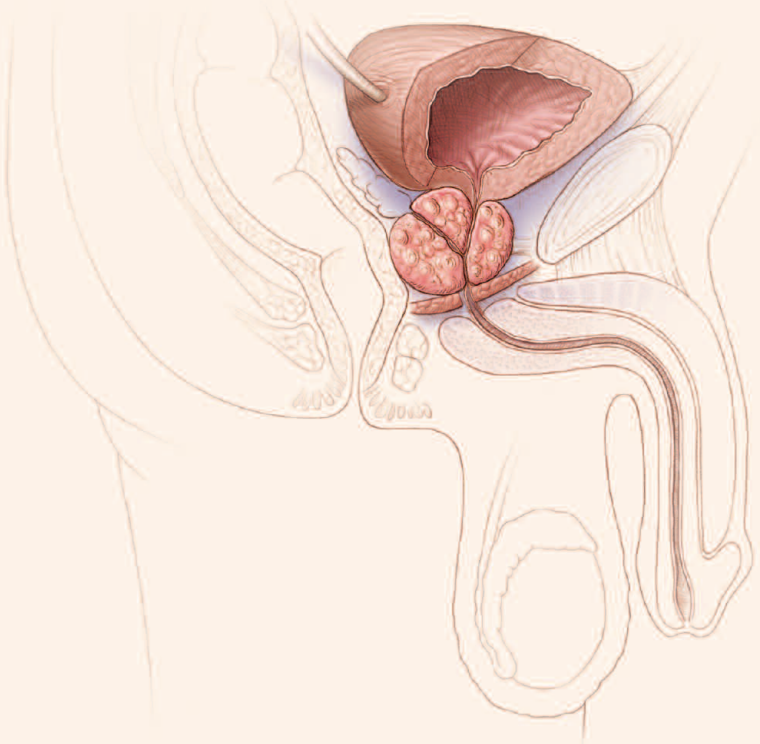
Des études démontrent qu'un faible niveau du total de la testostérone prédit le développement d'une aggravation des facteurs de risque pour le syndrome métabolique et le diabète. Ces résultats indiquent que l'hypoandrogénie est un indicateur précoce des perturbations de l'insuline et du métabolisme du glucose, et peut progresser au syndrome métabolique ou au diabète. [2] De plus, une étude de Shores et coll. a établi que l'espérance de vie était plus courte chez les hommes avec des niveaux de testostérone faibles ou équivoques que chez ceux avec des niveaux de testostérone normaux. [3] La mortalité toutes causes était de 34.9 % chez les hommes avec des niveaux faibles de testostérone, 24.6 % chez les hommes avec des niveaux équivoques de testostérone et 20.1 % chez les hommes avec des niveaux normaux de testostérone.

Malgré la présentation de preuves positives qui démontrent une relation inverse et favorable entre la concentration plasmatique de testostérone et les événements cardiovasculaires ainsi que les facteurs de risques métaboliques, il comprend que compromettre le risque de cancer est une grande source d'inquiétude pour ceux qui font de la pratique clinique. Le Dr Brock a assuré que les suppléments de testostérone n'ont pas impacté de façon négative les hommes atteints d'hypogonadisme dont les résultats d'examens et de tests de laboratoires étaient non soucieux. Les preuves suggèrent que les patients atteints d'hypogonadisme connaitront des bienfaits concrets en ce qui concerne un état de santé général.

Le Dr Brock a déclaré qu'il existe peu de preuves, que selon l'opinion générale, des taux de testostérone plus élevés représentent un facteur de risque pour le cancer de la prostate. Les données démontrent que le cancer se présente au moins aussi fréquemment chez les hommes avec un faible taux de testostérone que chez les hommes avec un taux plus élevé. Effectivement, de récentes preuves suggèrent que les hommes avec un faible taux de testostérone risquent de développer un cancer agressif de la prostate. Les chercheurs d'une étude récente ont conclu que le risque de développer le cancer de la prostate était doublé chez les

Symposium parrainé par Solvay

Figure 1 :
Thérapie de remplacement de la testostérone et l'absence du risque élevé du cancer de la prostate



Patients atteints du cancer de la prostate où :

- Atteints d'hypogonadisme
- Symptomatiques
- Évaluation des risques donnée
- Examen et résultats de tests de laboratoire non soucieux
- Suivis de près avec des tests et des touchers rectaux

↓

Thérapie de remplacement de la testostérone

↓

Aucune preuve de :

- Taux élevé de l'APS
- Récidive du cancer
- Dispersion du cancer

hommes avec les taux de testostérone les plus faibles. [4] De plus, la forme sous laquelle la testostérone est administrée ne change pas le niveau de risque : des études chez les hommes atteints d'hypogonadisme recevant une thérapie de testostérone de façon transdermique, topique, par injection intramusculaire ou par une combinaison de ces méthodes, ont démontré une faible fréquence du cancer de la prostate. [5]

Le Dr Brock a résumé des données d'études démontrant qu'un patient qui suit un régime de testostérone à long terme peut subir une légère augmentation du taux de l'APS (malgré que plusieurs études ne démontrent pas cette augmentation), qui demeure en dedans des normes. [6] Les tests vont démontrer une légère augmentation de l'hémoglobine et des valeurs de l'hématocrite, mais du côté positif, il y a une amélioration de la note sur l'Échelle des symptômes des hommes vieillissants. Somme toute, les recherches sur l'impact de la testostérone sur les tissus de la prostate n'ont démontré aucun changement dans les concentrations d'androgène prostatique. Dans la plupart des cas, toute augmentation de l'APS demeure en dedans des normes.

Il a rappelé à l'auditoire que le guide de pratique clinique de l'Endocrine Society recommande un toucher rectal de la prostate et une mesure de l'APS avant d'entreprendre une thérapie de remplacement de la testostérone. Les antécédents familiaux sont très importants dans l'évaluation de la santé de la prostate. Le fait d'avoir un parent au premier degré atteint du cancer de la prostate double les risques du patient. Selon son point de vue et d'après le poids de la preuve, traiter les hommes atteints d'hypogonadisme avec de la testostérone n'est pas une inquiétude, pour autant qu'ils soient surveillés de près. Certaines données suggèrent que le risque réel se trouve chez les patients avec un faible taux de testostérone, qui seraient peut-être à risque d'être atteints d'un grade plus élevé du cancer de la prostate. [7]

Le Dr Brock a souligné qu'il ne préconise pas que les médecins traitent les patients atteints du cancer de la prostate avec de la testostérone, mais s'ils choisissent de le faire chez les hommes atteints d'hypogonadisme symptomatique et qu'une évaluation des risques est donnée, il ne devrait exister aucune inquiétude que les suppléments de testostérone soient périlleux. Autant que le patient soit symptomatique, que les examens et les résultats de tests de laboratoires soient non soucieux et qu'il soit suivi de près avec des tests et des touchers rectaux, le traitement n'est pas risqué. Des études ont montré que les hommes atteints d'hypogonadisme recevant une thérapie de remplacement de l'androgène ne démontrent aucune preuve d'un taux élevé de l'APS, la récidive du cancer ou la dispersion du cancer (Figure 1). [8,9]

En conclusion, le Dr Brock a souligné que des niveaux normaux de testostérone sont importants pour un bon

état de santé et pour le bien-être sexuel. Les bienfaits cliniques de la thérapie de testostérone incluent une libido améliorée, une bonne fonction érectile, une meilleure santé cardiovasculaire, des risques réduits du syndrome métabolique et une meilleure composition corporelle. Il n'existe aucune preuve que la testostérone augmente le risque de cancer de la prostate, et certaines preuves suggèrent que l'hypogonadisme augmente le risque du cancer agressif de la prostate. Il est de plus en plus entendu que l'hypogonadisme et non son traitement correspond à de multiples résultats pauvres de la santé, et est un diagnostic véritablement inquiétant.

Références :

1. Harman SM, Metter EJ, Tobin JD, Pearson J, Blackman MR; Baltimore Longitudinal Study of Aging. Longitudinal effects of aging on serum total and free testosterone levels in healthy men. J Clin Endocrinol Metab 2001;86:724–31.
2. Laaksonen DE, Niskanen L, Punnonen K, et al. Testosterone and sex hormone-binding globulin predict the metabolic syndrome and diabetes in middle-aged men. Diabetes Care 2004;27:1036–41.
3. Shores MM, Matsumoto AM, Sloan KL, et al.. Low serum testosterone and mortality in male veterans. Arch Intern Med. 2006;166:1660–5.
4. Morgentaler A, Rhoden EL. Prevalence of prostate cancer among hypogonadal men with prostate-specific antigen levels of 4.0 ng/mL or less. Urology 2006;68:1263–7.
5. Rhoden EL, Morgentaler A. Risks of testosterone-replacement therapy and recommendations for monitoring. N Engl J Med. 2004;350:482–92.
6. Saad F, Gooren LJ, Haider A, Yassin A. A dose-response study of testosterone on sexual dysfunction and features of the metabolic syndrome using testosterone gel and parenteral testosterone undecanoate. J Androl. 2008;29:102–5.
7. Schatzl G, Madersbacher S, Thurridl T, et al. High-grade prostate cancer is associated with low serum testosterone levels. Prostate. 2001;47:52–8.
8. Agarwal PK, Oefelein MG. Testosterone replacement therapy after primary treatment for prostate cancer. J Urol. 2005;173:533–6.
9. Kaufman JM, Graydon RJ. Androgen replacement after curative radical prostatectomy for prostate cancer in hypogonadal men. J Urol 2004;172:920–22.

Visionnez les enregistrements vidéos au

www.geriatricsandaging.ca/2009cgs