

Questionnaire AMS (The Aging Males' Symptoms rating scale)

Le questionnaire AMS permet de recueillir des troubles liés à l'âge qui, entre autres raisons, peuvent être causés par une baisse des taux sériques de testostérone.

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance _____

Date de l'enquête _____

Taille _____

Poids _____

Périmètre abdominal _____

Parmi les symptômes suivants, lesquels ressentez-vous actuellement ? Veuillez cocher la case correspondant à l'intensité de ce que vous ressentez pour chacun des symptômes éventuels. Si vous ne ressentez pas l'un des symptômes cités, veuillez cocher la case « pas du tout ». Le questionnaire a été élaboré sur la base d'un standard international. Votre médecin discutera de vos réponses avec vous. Celles-ci l'aideront à poser le diagnostic correct et à contrôler par la suite l'évolution des symptômes. Nous vous remercions de votre coopération.

	pas du tout 1	légers 2	modérés 3	sévères 4	très sévères 5	score =
Bien-être physique						
1. Diminution du sentiment de bien-être général (état de santé, perception subjective de la santé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2. Douleurs articulaires et musculaires (mal aux reins, douleurs articulaires, douleurs dans un membre, mal au dos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Transpiration excessive (transpiration soudaine et inattendue, bouffées de chaleur non liées à un effort physique ou à un état de stress)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4. Problèmes de sommeil (difficultés à s'endormir, réveils pendant la nuit, réveil trop matinal avec sensation de fatigue, sommeil de mauvaise qualité, insomnie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5. Besoin accru de sommeil, sensation fréquente de fatigue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6. Grande fatigue/manque de vitalité (baisse générale des performances, diminution de l'activité, n'avoir rien envie de faire, impression d'en faire moins qu'avant ou de devoir se forcer pour entreprendre quelque chose)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7. Diminution de la force musculaire (sensation de faiblesse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bien-être psychique						
8. Irritabilité (agressivité, s'énerve vite pour des broutilles, d'humeur instable)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9. Nervosité (tendu, agité, ne tient pas en place)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10. Angoisse (pouvant aller jusqu'à la panique)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
11. Humeur dépressive (se sent déprimé, triste, au bord des larmes, manque d'entrain, sautes d'humeur, sentiment d'inutilité de tout)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
12. Sentiment de découragement, d'avoir touché le fond	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
13. Impression de ne plus être au maximum de vos possibilités, que le meilleur est derrière vous	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bien-être sexuel						
14. Ralentissement de la pousse de la barbe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
15. Diminution des performances sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
16. Diminution du nombre d'érections matinales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
17. Diminution du désir sexuel, manque de plaisir pendant les relations sexuelles	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						Total : <input style="border: 2px solid red; width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

Evaluation :

Total	17-26	27-36	37-49	> 50
Intensité des symptômes	pas du tout	légers	modérés	sévères

1 Heinemann LA, et al. The Aging Males' Symptoms (AMS) scale: update and compilation of international versions. Health and quality of life outcomes. 2003;1:15. La version du questionnaire présentée ici ne diffère guère du questionnaire original.

Si le score dépasse 37 points et en fonction de l'entretien avec votre médecin, la mesure du taux sérique de testostérone peut être indiquée.

Traitement substitutif par testostérone lors d'hypogonadisme

Traitement à long terme avec bénéfices cardiovasculaires et métaboliques sans effets secondaires sur la prostate

Le traitement substitutif par testostérone (TST) est indiqué pour le traitement de l'hypogonadisme chez les hommes souffrant d'un déficit en testostérone confirmé par des tests de laboratoire et se manifestant cliniquement. A l'occasion de la 8^e édition de l'ECA (European Congress of Andrology), qui a eu lieu à fin septembre à Rotterdam, des experts internationaux des domaines de l'urologie/andrologie, endocrinologie et cardiologie ont présenté de nouvelles preuves scientifiques quant aux bénéfices et risques du TST. Lors du symposium intitulé « Long-term treatment of hypogonadism – just a risky lifestyle intervention? », les conférenciers ont fourni un grand nombre de preuves pour le fait que les patients sous TST à long terme bénéficient non seulement de la réduction des symptômes associés à l'hypogonadisme tels que la perte de libido ou la perte d'énergie et de motivation, mais aussi d'une amélioration de leur profil cardiovasculaire et métabolique entier.

Taux de testostérone faibles associés à un risque cardiovasculaire élevé

Selon le Professeur Kevin Channer, Sheffield, il est de plus en plus manifeste que des taux de testostérone bas représentent un facteur de risque réversible des maladies et de la mortalité cardiovasculaires. Dans une étude de cohorte, des taux faibles de testostérone (<8.7 nmol/l) ont été associés à un taux de mortalité cardiovasculaire 2,5 fois plus élevé.¹ La cohorte européenne EPIC-Norfolk a découvert que toute augmentation de testostérone sérique de 6 nmol/l a augmenté la probabilité de survie de 19%.²

Le rapport entre des taux faibles de testostérone et des événements cardiovasculaires majeurs (en anglais MACE, major cardiovascular events) a été analysé dans une étude d'observation italienne avec 1'687 patients. A l'aide d'une régression de Cox pour l'âge et les maladies chroniques, les résultats de l'étude montrent un risque 7 fois plus élevé de subir un MACE fatal lors d'un taux de testostérone inférieur à 8 nmol/l.³ Dans une autre étude, la Copenhagen Heart Study, les hommes présentant un taux de testostérone inférieur à 7 nmol/l ont montré un risque augmenté de 34% de subir une attaque cérébrale ischémique par rapport aux participants avec des taux de testostérone normaux.⁴

Bénéfices d'un traitement par testostérone pour la réduction des risques cardiovasculaires et des critères d'évaluation

D'après le Professeur Channer, la majorité des données indique qu'un TST entraîne une réduction

des risques cardiovasculaires chez les patients souffrant d'hypogonadisme. Ainsi, un TST améliore l'endurance physique des hommes atteints d'angine de poitrine et d'insuffisance cardiaque et le traitement est associé à une mortalité réduite. Une cohorte américaine avec 4'736 patients atteints d'hypogonadisme a montré une corrélation entre la normalisation du taux de testostérone grâce au TST et la fréquence d'apparition d'un MACE. En effet, après un et trois ans de traitement, le groupe de patients traités présente des taux de MACE significativement plus bas que le groupe de contrôle avec des taux de testostérone qui demeurent inchangés et inférieurs à 7,4 nmol/l. Au bout de trois ans, seulement 5,9% des patients normalisés sous TST ont subi un MACE (p<0,0001), comparé à 11,3% des patients avec des taux faibles de testostérone.⁵

L'analyse ajustée par score de propension⁶ d'une cohorte de 83'000 hommes avec des faibles taux de testostérone a montré que la normalisation du taux de testostérone réduit de manière significative l'incidence d'infarctus du myocarde, d'attaques cérébrales et de la mortalité globale. Après une période de suivi moyenne de 6,2 ans, la normalisation des taux de testostérone était associée à une diminution de la mortalité globale de 56% comparé aux patients sans TST. Sous traitement substitutif par testostérone la survenue d'infarctus du myocarde était de 24% moins fréquente et les attaques cérébrales de 36% (voir tableau 1).⁷

Dans une étude canadienne récente avec 10'000 hommes (≥ 66 ans) sous TST et presque

30'000 patients dans le groupe de contrôle, le groupe traité par testostérone a montré une mortalité inférieure de 12% par rapport au groupe de contrôle à l'issue d'une période de suivi de 5 ans (p=0,0001, voir tableau 1).⁸

Etudes de vie réelle avec des patients obèses : Le traitement par TST soutient la perte de poids et améliore le contrôle glycémique

Le Professeur Farid Saad, Berlin, a présenté des données de vie réelle provenant d'une étude de registre avec 411 patients en surpoids atteints d'hypogonadisme qui ont reçu un traitement à long terme par Nebido® dans deux centres andrologiques allemands. Dans la période d'observation de 8 ans, les patients ont perdu du poids de manière significative. En outre, la perte de poids corrélait avec le degré de surpoids : Les patients avec une surcharge pondérale modérée (IMC 30–34,9 kg/m²) ont perdu 17 kg en moyenne. Chez les patients avec une forte surcharge pondérale (IMC >40 kg/m²), les pertes de poids ont atteint jusqu'à 30 kg. L'analyse de la circonférence abdominale montre des résultats semblables : En moyenne, les patients ont perdu 10,6 cm (IMC 30–34,9 kg/m²), resp. 13,9 cm (IMC 35–39,9 kg/m²) et 14,3 cm (IMC ≥ 40 kg/m²).

Un autre résultat de l'étude montre des effets positifs sur le métabolisme du glucose. Le sous-groupe comptant 161 patients atteints de diabète

Tableau 1: Mortalité globale

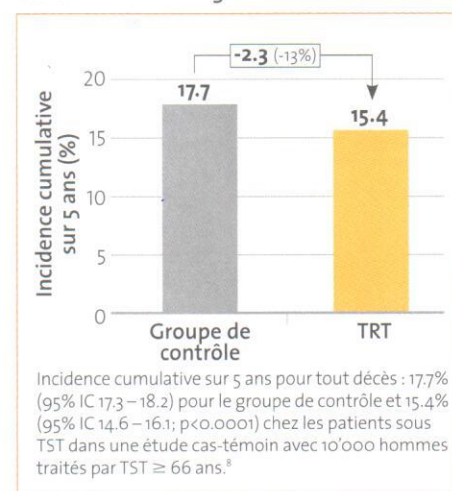


Tableau 1: Rapports des risques (hazard ratios) non-ajustés et ajustés pour la mortalité globale, l'infarctus du myocarde et l'attaque cérébrale

Comparaison entre patients traités normalisés et sujets non traités (référence = sujets non traités)	Mortalité globale			Infarctus du myocarde			Attaque cérébrale		
	Hazard ratio	95% IC	p	Hazard ratio	95% IC	p	Hazard ratio	95% IC	p
Univariées N = 43'931 vs. 13'378	0.40	0.39–0.43	<0.001	0.70	0.59–0.83	<0.001	0.57	0.40–0.82	0.002
Ajusté par score de propension (probabilité stable inverse du poids de traitement) N = 40'852 vs. 11'957	0.44	0.42–0.46	<0.001	0.76	0.63–0.93	0.005	0.64	0.43–0.96	0.031

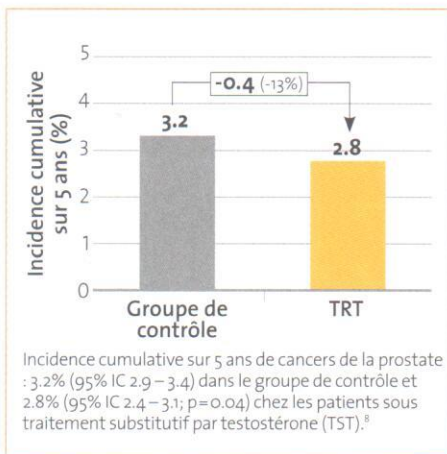


Tableau 2: Diagnostics de cancer de la prostate

de type 2 a présenté une baisse significative d'HbA_{1c} qui corrélait avec le degré d'obésité des patients. Les patients avec une légère surcharge pondérale et diabète de type 2 ont atteint une baisse d'HbA_{1c} de 1,79% comparé à un taux de 1,9% chez les patients avec une forte surcharge pondérale et diabète de type 2.⁹

Ce bénéfice pour le métabolisme, prouvé par les données en vie réelle, est d'autant plus remarquable dans la mesure où il s'intensifie au fil du temps, affirme le Professeur Saad. C'est donc tout le contraire de la plupart des interventions pharmacologiques-contre le diabète ou le surpoids, dont l'effet s'atténue dans le temps. Le Professeur Saad précise : « Il faut souligner que nous parlons d'effet à long terme. En effet, le poids corporel, par exemple, peut augmenter temporairement au début d'un TST en raison d'une augmentation de la masse musculaire. »

Un aspect dont dépendent principalement les effets à long terme est l'adhérence thérapeutique des patients. Nebido[®] y contribue de manière importante. La préparation de testostérone est injectée tous les trois mois par le médecin – un avantage net concernant l'adhérence thérapeutique par rapport à d'autres médicaments.

Les données en vie réelle facilitent la conception de futures études contrôlées et randomisées du TST

Les études en vie réelle ne peuvent pas substituer les études cliniques randomisées. « Néanmoins, les données de vie réelle sont remarquables – entre autre parce que les résultats étaient tout à fait inattendus. Sans aucun doute ces nouvelles connaissances seront d'une grande importance pour la conception d'autres études cliniques du

TST », affirme le Professeur Saad. Afin de confirmer les effets métaboliques et cardiovasculaires positifs du TST observés, il faudra réaliser des études prospectives, randomisées, contrôlées contre placebo de plus grande envergure. Selon le Professeur Saad, les études randomisées contrôlées antérieures ont été réalisées sur une durée trop courte pour mesurer des effets à long terme. Cependant, la réalisation d'études à long terme contrôlées par placebo est considérée difficile d'un point de vue éthique étant donné que les patients traités par un placebo sont exposés à un risque élevé de développer des maladies métaboliques y compris l'ostéoporose.

Etre attentif aux symptômes d'un déficit en testostérone

Finalement le Prof. Saad a attiré l'attention sur le fait qu'une grande partie des patients en surcharge pondérale ou avec syndrome métabolique remplissent les critères de diagnostic de l'hypogonadisme. Face à ce collectif de patients, il est absolument nécessaire de mesurer plus souvent le taux de testostérone en cas d'apparition de symptômes.

Données rassurantes concernant le rapport testostérone et cancer de la prostate

Un autre sujet abordé lors du symposium était le rapport entre testostérone, TST et cancer de la prostate (PCa). Selon l'étude cas-témoin canadienne susmentionnée avec plus de 10'000 hommes (≥ 66 ans) sous TST et presque 30'000 patients dans le groupe de contrôle, les hommes sous TST ont montré une incidence plus basse de cancer de la prostate que ceux sans un tel traitement (2,8% vs 3,2%, p=0,04, voir tableau 2).⁸

Ces résultats concordent avec toute une série d'autres données concernant les taux de testostérone, le TST et le PCA, que le Professeur Abraham Morgentaler de Boston a résumé comme suit : « La vision traditionnelle a été, pendant longtemps, l'idée que les PCa sont causés par les androgènes et que des taux élevés accélèrent la croissance du cancer. C'est faux. Les taux faibles de testostérone n'ont pas d'effet protectif. Bien au contraire, il est possible qu'ils soient associés à des carcinomes agressifs à progression rapide. »

Dans cette optique, l'analyse post-hoc de plus de 3'000 patients du bras placebo de l'étude REDUCE, une étude randomisée de prévention de PCA, est d'une importance particulière. Dans cette étude, tous les participants du bras placebo ont été sujets à une biopsie de la prostate après deux et après quatre ans. Les résultats ont montré

que le risque de PCa ne corrélait ni avec le taux de testostérone ni avec le taux de dihydrotestostérone.¹⁰ Une étude de cohorte globale avec presque 4'000 hommes atteints de PCa et plus de 6'000 patients dans le groupe de contrôle n'a pas trouvé de rapport non plus entre les taux d'androgènes et la prévalence de PCa.¹¹ Cette nouvelle connaissance ne constitue pas une contradiction au fait que la privation en testostérone fonctionne comme traitement lors de métastases de PCa.

« Le modèle actuel de saturation maintient que la prostate est sensible à la testostérone au début du traitement. Cependant, les récepteurs des androgènes sont saturés après des doses de testostérone relativement faibles déjà. » L'administration de testostérone supplémentaire est donc sans effet sur la prostate, affirme l'expert.

Contact :

Bayer (Schweiz) AG
Grubenstrasse 6
8045 Zurich
www.bayer.ch

Références: 1. Haring R, Völzke H, Steveling A, et al. Low serum testosterone levels are associated with increased risk of mortality in a population-based cohort of men aged 20-79. *Eur Heart J.* 2010;31(12):1494-1501. 2. Khaw KT, Dowsett M, Folkard E, et al. Endogenous testosterone and mortality due to all causes, cardiovascular disease, and cancer in men: European prospective investigation into cancer in Norfolk (EPIC-Norfolk) Prospective Population Study. *Circulation.* 2007;116(23):2694-2701. 3. Corona G, Monami M, Boddì V, et al. Low testosterone is associated with an increased risk of MACE lethality in subjects with erectile dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(4 Pt 1):1557-1564. 4. Holmegard HN, Nordestgaard BG, Jensen GB, Tybjaerg-Hansen A, Benn M. Sex Hormones and Ischemic Stroke: A Prospective Cohort Study and Meta-Analyses. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016;101(1):69-78. 5. Anderson JL, May HT, Lappé DL, et al. Impact of Testosterone Replacement Therapy on Myocardial Infarction, Stroke, and Death in Men With Low Testosterone Concentrations in an Integrated Health Care System. *Am J Cardiol.* 2016;117(5):794-799. 6. Faries D, Obenchain R, Haro J, Leon A. Analysis of Observational Health Care Data Using SAS. Cary, North Carolina: SAS Institute; 2010. 7. Sharma R, Oni OA, Gupta K, et al. Normalization of testosterone level is associated with reduced incidence of myocardial infarction and mortality in men. *Eur Heart J.* 2015;36(40):2706-2715. 8. Wallis CJ, Lo K, Lee Y, et al. Survival and cardiovascular events in men treated with testosterone replacement therapy: an intention-to-treat observational cohort study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4(6):498-506. 9. Saad F, Yassin A, Doros G, Haider A. Effects of long-term treatment with testosterone on weight and waist size in 411 hypogonadal men with obesity classes I-III: observational data from two registry studies. *Int J Obes (Lond).* 2016;40(1):162-170. 10. Muller RL, Gerber L, Moreira DM, Andriole G, Castro-Santamaria R, Freedland SJ. Serum testosterone and dihydrotestosterone and prostate cancer risk in the placebo arm of the Reduction by Dutasteride of Prostate Cancer Events trial. *Eur Urol.* 2012;62(5):757-764. 11. Roddam AW, Allen NE, Appleby P, Key TJ, Group EHaPCC. Endogenous sex hormones and prostate cancer: a collaborative analysis of 18 prospective studies. *J Natl Cancer Inst.* 2008;100(3):170-183.

Information professionnelle abrégée de Nebido[®]

Nebido[®]: 4 ml de sol. inj. à 1000 mg d'undécanoate de testostérone. **I**: Thérapie de substitution de la testostérone (T) en cas d'hypogonadisme primaire et secondaire de l'homme. **P**: Déterminer au préalable la concentration de T sérique. 1 flacon de Nebido[®] toutes les 10 à 14 semaines uniquement par injection très lente i.m. profonde (muscles fessiers). **Ci**: Carcinome de la prostate/mammaire, hypercalcémie dans le cadre de tumeurs malignes, tumeur hépatique, hypersensibilité au principe actif/aux excipients, ne pas utiliser chez la femme. **Préc.**: Ne pas injecter par voie i.m. à des patients présentant des troubles de la coagulation (par ex. anticoagulants oraux). Contrôles réguliers de la prostate. Contrôler régulièrement l'hémoglobine et l'hématocrite (polyglobulie). Des micro-embolies pulmonaires réversibles (POME) surviennent rarement. Symptômes: malaise, toux, dyspnée, sudation, vertiges, douleurs thoraciques, paresthésies ou perte de connaissance. Prudence chez les patients sujets aux œdèmes (insuffisants cardiaques/rénaux), en raison de la rétention sodée. Pas d'administration chez l'enfant. **IA**: Augmentation possible de l'effet hypoglycémiant de l'insuline; renforcement de l'effet des anticoagulants oraux (contrôles plus fréquents de l'INR); les médicaments inducteurs des enzymes microsomiales (par ex. barbituriques) ou inhibiteurs de ces enzymes (par ex. macrolides) peuvent augmenter ou diminuer la clairance de la T. **EI**: Fréquents: réactions au site d'injection, polyglobulie, prise de poids, confusion, bouffées de chaleur, acné, douleurs mammaires, augmentation des taux de PSA, hyperplasie/induration bénigne de la prostate. **Occasionnels**: réactions d'hypersensibilité (par ex. prurit, dyspnée, collapsus circulatoire), hypercholestérolémie, augmentation de l'appétit, élévation des triglycérides, augmentation de l'HbA_{1c}, agitation, insomnie, troubles émotionnels, agressivité, dépressions, céphalées, tremblements, vertiges, hypertension, troubles cardiovasculaires, toux, ronflements, dysphonie, dyspnée, diarrhées, nausées, altération des taux hépatiques, peau sèche, érythème, exanthème, prurit, alopecie, hypertrichose, arthralgies, crampes/douleurs musculaires, créatine-phosphokinase élevée, réduction du jet urinaire, nycturie, dysurie, prostatite, augmentation ou diminution de la libido, douleur testiculaire, spermatogénèse perturbée, indurations dans le tissu mammaire, gynécomastie, élévation des taux d'estradiol, fatigue, asthénie, œdèmes, sudations nocturnes. Pour les autres EI, voir l'IP. **Pr.**: flacon de 4 ml. **Liste B**. Mise à jour en novembre 2015. Pour de plus amples informations, se référer à l'IP à l'adresse www.swissmedinfo.ch. Bayer (Schweiz) AG, 8045 Zurich, tél. 044 465 81 11, fax 044 462 07 54, www.bayer.ch. Admis aux caisses-maladie. LCH.MKT.PM.06.2016.0281-DE/FR/IT



La carence en testostérone présente de nombreux visages

Retour dans la norme avec Nebido®



Références : 1. Information professionnelle Nebido®, mise à jour : novembre 2015. 2. Schubert M, et al. Intramuscular Testosterone Undecanoate: Pharmacokinetic Aspects of a Novel Testosterone Formulation during Long-Term Treatment of Men with Hypogonadism. J Clin Endocrinol & Metab 2004; 89(11):5429-5434. 3. Dohle GK, et al. Guidelines on Male Hypogonadism: European Association of Urology 2015.

Information professionnelle abrégée de Nebido®
Nebido® : 4 ml de sol. inj. à 1000 mg d'undécanoate de testostérone. 1 : Thérapie de substitution de la testostérone (T) en cas d'hypogonadisme primaire et secondaire de l'homme. **P :** Déterminer au préalable la concentration de T sérique. 1 flacon de Nebido® toutes les 10 à 14 semaines uniquement par injection très lente (m. profonde/muscles fessiers). **C :** Carcinome de la prostate/mammaire, hypercalcémie dans le cadre de tumeurs malignes, tumeur hépatique, hypersensibilité au principe actif/aux excipients, ne pas utiliser chez la femme. **Préc. :** Ne pas injecter par voie i.m. à des patients présentant des troubles de la coagulation (par ex. anticoagulants, oraux). Contrôles réguliers de la prostate. Contrôler régulièrement l'hémoglobine et l'hématocrite (polyglobulie). Des micro-embolies pulmonaires réversibles (POME) surviennent rarement. Symptômes : maux de tête, dyspnée, sudation, vertiges, douleurs thoraciques, paresthésies ou perte de connaissance. Prudence chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque/rénale, en raison de la rétention sodée. Pas d'administration chez l'enfant. **IA :** Augmentation possible de l'effet hypoglycémiant de l'insuline ; renforcement de l'effet des anticoagulants oraux (contrôles plus fréquents de l'INR) ; les médicaments inducteurs des enzymes microsomales (par ex. barbituriques) ou inhibiteurs de ces enzymes (par ex. macrolides) peuvent augmenter ou diminuer la clairance de la T. **E :** Fréquents : réactions au site d'injection, polyglobulie, prise de poids, confusion, bouffées de chaleur, augmentation de l'appétit, élévation des triglycérides, augmentation de l'hbA1c, agitation, insomnie, troubles émotionnels, agressivité, tremblements, vertiges, hypertension, troubles cardiovasculaires, augmentation de la fréquence cardiaque, augmentation des taux de PSA, hyperplasie/induration bénigne de la prostate. Occasionnels : réactions d'hypersensibilité (par ex. prurit, dyspnée, collapsus circulatoire), hypercholestérolémie, troubles conformationnels, dysphonie, dysphonie diurne, nausées, altération des taux hépatiques, peau sèche, érythème, exanthème, prurit, alopecie, hypertrophie, arthralgies, crampes/douleurs musculaires, troubles cardiovasculaires, élévation de la réduction du jet urinaire, myxurie, dysurie, prostaticite, augmentation ou diminution de la libido, douleurs testiculaires, spermato-genèse perturbée, indurations dans le tissu mammaire, gynécomastie, élévation des taux d'oestradiol, fatigue, asthénie, œdèmes, sudations nocturnes. Pour les autres E, voir l'IP. **Pr. :** Flacon de 4 ml. **Usite B :** Mise à jour en novembre 2015. Pour de plus amples informations, se référer à l'IP à l'adresse www.swissmedinfo.ch/Bayer (Schweiz) AG, 8045 Zurich, tél. 044 465 81 11, fax 044 462 07 54, www.bayer.ch. Admis aux caisses-maladie. LCH MKT PM 06 2016 0202 DE/FR

Nebido® induit :

- Des taux de testostérone constants dans les limites de la norme pendant 3 mois^{1,2}
- Une amélioration des symptômes de carence, tels que dysfonction érectile, pensées dépressives, absence de désir et manque d'élan³
- Une réduction du tour de taille et du poids en cas de syndrome métabolique³



Praxis Depesche

Le magazine médical suisse



TIRÉ À PART

PraxisDepesche 7-2016

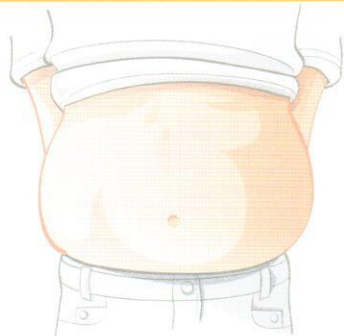
Traitement substitutif par testostérone lors d'hypogonadisme

Traitement à long terme avec bénéfices
cardiovasculaires et métaboliques sans
effets secondaires sur la prostate

La carence en testostérone présente de nombreux visages

Les directives de l'EAU recommandent le dosage des concentrations de testostérone en présence des symptômes suivants²

SYMPTÔMES MÉTABOLIQUES



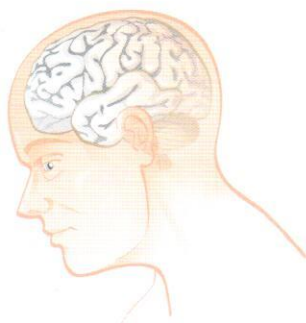
- Syndrome métabolique
- Diabète de type 2
- Obésité viscérale

SYMPTÔMES SEXUELS



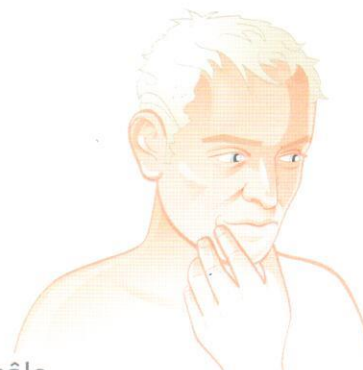
- Diminution de la libido et de l'activité sexuelle
- Dysfonction érectile

SYMPTÔMES PSYCHIQUES



- Pensées dépressives
- Manque d'entrain
- Fluctuations de l'humeur

AUTRES SYMPTÔMES



- Peau pâle
- Pilosité corporelle réduite
- Bouffées de chaleur

QUESTIONNAIRE AMS

(The Aging Males' Symptoms rating scale¹)

Le questionnaire AMS permet de recueillir des troubles liés à l'âge qui, entre autres raisons, peuvent être causés par une baisse des taux sériques de testostérone.



Bayer



Les hommes souffrant d'adiposité et de diabète de type 2 souffrent également souvent d'un manque de testostérone¹⁻²

Il existe une corrélation significative entre la testostérone libre et l'IMC ($p < 0.001$)



d'après Dhindsa, et al. 2010⁷

Une thérapie de testostérone améliore les symptômes sexuels et psychiques liés à la carence



Libido^{3,4}



Humeur dépressive⁴



Vitalité⁴

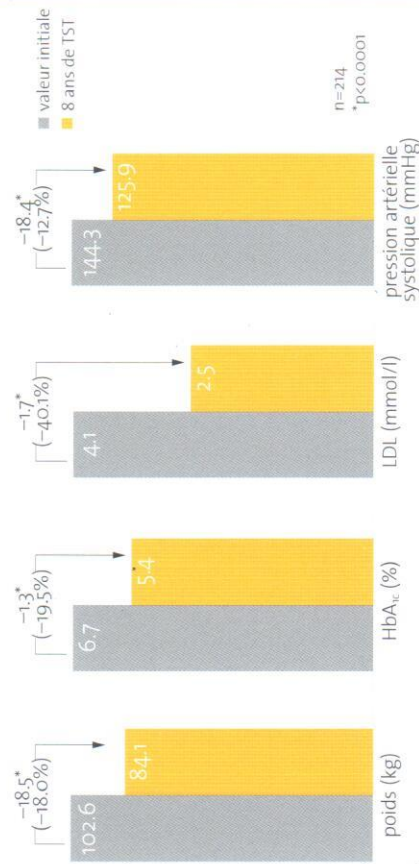


Dysfonction érectile⁴

Première modification des paramètres sexuels mesurée après 2 à 3 semaines déjà³

La normalisation du taux de testostérone entraîne une perte de poids et améliore les paramètres métaboliques⁵

Amélioration significative après la substitution par la testostérone⁵



d'après Saad, et al. 2016⁵



La carence en testostérone présente de nombreux visages



Procédez à un dosage de la testostérone en cas de

- Diabète de type 2¹
- Syndrome métabolique¹
- Absence de désir et manque de vitalité¹

Retour à la normale avec Nebido®



Réduit le poids corporel³



Améliore les paramètres métaboliques³



Améliore les symptômes de carence^{3,4}