

DHEA, TESTOSTÉRONE, PRÉGNÉNONE

Guide pratique pour les femmes

Comprendre avant de traiter

Message central

Hormones utiles si indication, mais pas de supplémentation systématique. Le socle reste : évaluer la ménopause, discuter le THM quand il est indiqué, préserver la masse musculaire par le sport, corriger le terrain nutritionnel. DHEA et testostérone viennent seulement après, dans des indications ciblées.

Dr Hugues Geoffrion

Gynécologue · Santé hormonale · Médecine de la longévité

Disponible en téléconsultation · France entière

01

Le message médical essentiel

Après 40-50 ans, de nombreuses femmes décrivent fatigue, baisse de libido, douleurs, troubles du sommeil, anxiété, brouillard mental ou perte d'élan. Ces symptômes sont réels. Mais ils ne signifient pas automatiquement qu'il faut ajouter DHEA, testostérone ou prégnénone.

La bonne question à se poser

La question n'est pas : "quel taux manque ?" La bonne question est : quel syndrome clinique cherche-t-on à traiter ? Syndrome génito-urinaire ? Désir sexuel hypoactif ? Fatigue liée au sommeil, au déficit œstrogénique, au stress ou au métabolisme ? Les réponses ne sont pas les mêmes — et les traitements non plus.

Le raisonnement médical par étapes

- Étape 1 : évaluer la ménopause et discuter le THM si indication
- Étape 2 : préserver la masse musculaire par l'activité physique
- Étape 3 : corriger le terrain nutritionnel (vitamine D, fer, B12, magnésium)

- Étape 4 seulement : envisager DHEA ou testostérone dans des indications ciblées et documentées

À retenir :

DHEA, testostérone et prégnénolone sont des substances hormonales actives, pas des compléments alimentaires. Leur usage doit être ciblé, explicite, surveillé et réévalué régulièrement.

02

DHEA chez la femme : locale oui, systémique avec prudence

La DHEA est un précurseur produit notamment par la surrénale. Elle peut être convertie en androgènes et en œstrogènes dans certains tissus. Cette conversion est variable selon les femmes : elle ne se pilote pas aussi précisément qu'un traitement hormonal classique.

L'usage le plus cohérent : la prastérone vaginale

La prastérone vaginale (Intrarosa®) est une forme locale de DHEA indiquée dans l'atrophie vulvo-vaginale de la femme ménopausée avec symptômes modérés à sévères : sécheresse, brûlures, dyspareunie, inconfort intime. C'est l'indication la mieux documentée et la mieux encadrée.

- Objectif : améliorer le tissu vaginal et la qualité des rapports
- Avantage : action essentiellement locale, diffusion systémique très limitée
- Limite : ce n'est pas un traitement des bouffées de chaleur, du sommeil ou du métabolisme

DHEA orale : zone grise médicale

La DHEA orale est parfois proposée pour fatigue, humeur, libido ou "vitalité". Les résultats des études sont hétérogènes et souvent modestes. Les effets secondaires possibles sont réels et sous-estimés :

- Acné, peau grasse, hirsutisme
- Chute de cheveux de type androgénétique
- Irritabilité, insomnie
- Effets imprévisibles selon le profil enzymatique individuel

À retenir :

Une DHEA-S basse ou basse-normale ne suffit pas à justifier une DHEA orale. Chez la femme, l'indication la plus solide reste l'usage local vaginal (prastérone), pas la supplémentation systémique.

03

Testostérone chez la femme : une indication, pas un « booster »

La testostérone existe physiologiquement chez la femme. Elle intervient dans le désir sexuel, l'énergie subjective, certains aspects de la motivation et de la fonction sexuelle. Mais la médecine actuelle ne valide pas son usage pour tout symptôme vague de fatigue ou de vieillissement.

L'indication médicalement établie

La seule indication réellement fondée sur les preuves est le trouble du désir sexuel hypoactif (TDSH) chez la femme ménopausée, après évaluation globale de la situation : relation de couple, douleur, syndrome génito-urinaire, dépression, médicaments impliqués, qualité du sommeil, THM éventuel.

Le dosage ne fait pas le diagnostic

Chez la femme, il n'existe pas de seuil biologique simple permettant de dire : "testostérone trop basse = traitement obligatoire". Les dosages aident surtout à éviter le surdosage et à vérifier que l'on reste dans des concentrations physiologiques féminines.

- Bilan utile si discussion thérapeutique : testostérone totale, SHBG, testostérone libre calculée ou biodisponible, DHEA-S si question surrénalienne
- Surveillance obligatoire : acné, pilosité, timbre de voix, chute de cheveux, humeur, bilan lipidique selon contexte

Formes disponibles et cadre réglementaire

En France, il n'existe pas de spécialité pharmaceutique de testostérone autorisée spécifiquement pour la femme. Les prescriptions se font hors AMM ou via des préparations magistrales, dans un cadre spécialisé avec information claire de la patiente.

À retenir :

La testostérone féminine peut être pertinente pour une plainte sexuelle ciblée et persistante, après exclusion des autres causes. Elle ne doit pas devenir un traitement global de la ménopause ou de la fatigue.

04

Prégnénone : précurseur séduisant, médecine peu pilotable

La prégnénone est en amont de toute la stéroïdogénèse : elle peut conduire vers progestérone, cortisol, DHEA, androgènes, œstrogènes et certains neurostéroïdes. C'est justement le problème : cette cascade dépend des enzymes individuelles, des tissus et du contexte métabolique.

Pourquoi la médecine reste prudente

- Il n'existe pas de syndrome clinique reconnu et robuste de "carence en prégnénone" chez la femme ménopausée
- Les symptômes attribués à cette carence — mémoire, stress, douleurs, fatigue — sont très non spécifiques
- Le dosage sanguin est difficile à interpréter : normes larges, variabilité biologique importante, relation incertaine avec les effets cérébraux
- Donner un précurseur ne remplace pas un déficit ovarien en hormones finales
- La cascade hormonale induite est imprévisible et varie d'une femme à l'autre

À retenir :

La prégnénolone peut être un sujet de recherche neurostéroïde intéressant. Elle ne doit pas être proposée comme traitement systématique de la ménopause ou du vieillissement.

05

Tableau comparatif : THM, DHEA, testostérone, prégnénolone

Ce tableau synthétise les caractéristiques essentielles de chaque approche pour guider le raisonnement clinique.

Critère	THM	DHEA	Testostérone	Prégnénolone
Type	Hormones finales : œstrogène ± progestérone	Précurseur surrénalien	Androgène actif	Précurseur très en amont
Contrôle	Bon si molécules et doses maîtrisées	Moyen : conversion variable	Bon si faible dose et suivi biologique	Faible : cascade peu orientée
Indication	Symptômes ménopause et prévention ciblée	Surtout usage vaginal local (prastérone)	Désir sexuel hypoactif post-ménopause	Pas d'indication standard
Risques	Connus, à individualiser selon profil	Acné, pilosité, cheveux, humeur	Virilisation si surdosage, acné, cheveux	Imprévisibilité hormonale
Place	Pilier médical si indication	Complément ciblé	Outil spécialisé ciblé	Marginale

Le bon raisonnement : traiter d'abord la cause dominante. Ménopause symptomatique → THM si indication. Syndrome génito-urinaire → traitement local. Désir sexuel hypoactif persistant → discussion testostérone. Prégnénolone → pas de routine.

06

Conduite pratique en consultation

Avant de parler DHEA ou testostérone

- Rechercher une indication ou contre-indication au THM
- Évaluer sommeil, stress, activité physique, douleurs, syndrome génito-urinaire, relation de couple, médicaments
- Bilan de terrain selon contexte : TSH, ferritine, B12, vitamine D, HbA1c, lipides, fonction hépatique, inflammation si besoin

Si plainte sexuelle persistante

- Traiter la douleur et la sécheresse vaginale avant de conclure à un déficit du désir
- Évaluer le contexte psychosexuel, relationnel et médicamenteux
- Discuter de la testostérone seulement si trouble du désir sexuel hypoactif persistant, gênant et dûment évalué
- Information claire sur le caractère spécialisé et hors AMM selon disponibilité

Si DHEA-S normale ou basse

Une DHEA-S normale ne ferme pas toute discussion clinique, mais elle retire l'argument biologique de supplémentation. On ne traite pas une valeur normale pour "optimiser". On traite une indication claire, avec objectif mesurable et durée d'essai limitée. Une DHEA-S basse isolée doit être replacée dans le contexte : âge, état surrénalien, état métabolique général.

À retenir :

Le dosage biologique sécurise la décision ; il ne remplace pas le raisonnement clinique. Traiter un chiffre sans indication clinique est une erreur médicale.

07

Sources médicales et limites du document

Ce livret synthétise des données médicales disponibles et des positions de sociétés savantes. Il ne constitue ni une recommandation officielle exhaustive, ni une prescription individuelle. Les décisions doivent être adaptées au contexte clinique, aux antécédents, au risque mammaire, cardiovasculaire, thromboembolique, hépatique et urogénital.

Sources principales

- Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Androgen Therapy in Women: A Reappraisal. JCEM, 2014.
- Davis SR et al. Global Consensus Position Statement on the Use of Testosterone Therapy for Women. JCEM, 2019.
- European Medicines Agency. Intrarosa / prasterone — EPAR product information.
- Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism. JCEM, 2018.

À retenir :

La DHEA et la prégnénolone sont souvent présentées comme des solutions naturelles. En pratique, elles restent des substances hormonales actives ou des précurseurs hormonaux. Leur usage doit être ciblé, explicite, surveillé et réévalué.