DHEA, TESTOSTÉRONE, PRÉGNÉNOLONE

Guide pratique pour les hommes

Fatigue, libido, androgènes : comprendre avant de traiter

Message central

Chez l'homme, on explore d'abord l'hypogonadisme. Fatigue, baisse de libido, prise de graisse abdominale, troubles de l'érection ne signifient pas automatiquement "manque de DHEA". Ces symptômes imposent d'abord de rechercher un hypogonadisme, un trouble du sommeil, un syndrome métabolique ou une dépression. La DHEA n'est pas une testostérone faible dose.

Dr Hugues Geoffrion

Gynécologue · Santé hormonale · Médecine de la longévité

Disponible en téléconsultation · France entière

01

Le message médical essentiel

Chez l'homme, fatigue, baisse de libido, prise de graisse abdominale, fonte musculaire, troubles de l'érection ou humeur basse sont des symptômes fréquents après 45-50 ans. Ils sont réels. Mais ils ne signifient pas automatiquement "manque de DHEA" ou même "manque de testostérone".

Ce qu'il faut chercher en premier

- Un hypogonadisme vrai : testostérone basse confirmée sur deux dosages matinaux, avec symptômes compatibles
- Un trouble du sommeil (apnée du sommeil en particulier, très fréquente et sous-diagnostiquée)
- Un syndrome métabolique : obésité viscérale, insulinorésistance, diabète de type 2
- Une dépression ou un trouble anxieux
- Une iatrogénie médicamenteuse : opioïdes, corticoïdes, psychotropes, certains antihypertenseurs
- Une consommation excessive d'alcool

Ce que la DHEA n'est pas

La DHEA est un précurseur hormonal à effet variable. Ce n'est pas une testostérone faible dose. Si un homme a un déficit androgénique réel, la question médicale est la testostérone — pas la DHEA.

À retenir :
Le raccourci dangereux : confondre fatigue masculine, vieillissement, surpoids et déficit hormonal. La biologie doit confirmer l'hypothèse avant tout traitement androgénique.

02

Testostérone : diagnostiquer avant de traiter

Le diagnostic d'hypogonadisme masculin repose sur deux éléments simultanés et obligatoires : des symptômes compatibles ET une testostérone basse confirmée biologiquement. Un seul dosage isolé, surtout réalisé l'après-midi ou en contexte de maladie aiguë, ne suffit pas.

Bilan biologique de base

- Testostérone totale le matin (avant 10h), idéalement répétée si résultat limite
- SHBG et testostérone libre calculée ou biodisponible si obésité, diabète, âge avancé ou maladie chronique
- LH et FSH pour distinguer origine testiculaire (hypogonadisme primaire) et centrale (secondaire)
- Prolactine, TSH, ferritine, HbA1c, lipides selon le contexte clinique
- Dépistage de l'apnée du sommeil si suspicion clinique

Avant toute prescription de testostérone

- Évaluer le projet de fertilité : la testostérone exogène altère la spermatogenèse de manière dose-dépendante
- Vérifier l'hématocrite, le bilan prostatique selon l'âge et le contexte, le risque cardiovasculaire
- Informer sur les bénéfices réalistes, les contraintes de surveillance et les risques à long terme
- Contra-indication formelle en cas de cancer de prostate ou d'hématocrite élevé non expliqué

À retenir :
Traiter par testostérone un homme dont la testostérone est normale expose à plus de risques que de bénéfices. Inversement, une vraie hypogonadie documentée mérite une prise en charge structurée et surveillée.

03

DHEA chez l'homme : intérêt limité

La DHEA est parfois vendue comme "précurseur naturel de testostérone". Biologiquement, elle peut contribuer à la production d'androgènes. Cliniquement, l'effet sur la testostérone, la masse musculaire, la libido ou les performances est le plus souvent faible, variable et peu prévisible.

Quand la DHEA-S est basse

Une DHEA-S basse peut simplement refléter l'âge physiologique. Elle peut aussi s'observer dans des contextes spécifiques qui méritent investigation :

- Corticothérapie au long cours
- Maladie chronique sévère ou dénutrition
- Insuffisance surrénalienne (diagnostic à ne pas manquer)
- Hypopituitarisme

La bonne réaction n'est pas forcément de substituer : c'est de comprendre le contexte clinique global.

Risques et limites de la DHEA orale chez l'homme

- Acné, peau grasse, irritabilité
- Troubles du sommeil
- Conversion imprévisible en androgènes — ou en œstrogènes (gynécomastie possible)
- Fausse réassurance : on "donne quelque chose" sans traiter le vrai problème sous-jacent

À retenir :
Chez l'homme, la DHEA n'est pas un traitement standard de la fatigue, de la baisse de libido ou du vieillissement. Ce n'est pas un substitut à une exploration andrologique et métabolique sérieuse.

04

Prégnénolone : pas de stratégie anti-âge validée

La prégnénolone est encore plus en amont que la DHEA dans la chaîne de stéroïdogenèse. Elle peut alimenter plusieurs voies hormonales selon les enzymes individuelles. C'est précisément pourquoi elle est difficile à piloter en pratique clinique.

Pourquoi la médecine reste très prudente

- Il n'existe pas, chez l'homme, de syndrome clinique validé de "carence en prégnénolone" justifiant une supplémentation systématique
- Les plaintes de mémoire, stress, douleurs ou fatigue sont non spécifiques et multifactorielles
- Les dosages sanguins sont difficiles à relier à un bénéfice clinique mesurable
- La supplémentation peut donner une illusion de précision sans traiter le sommeil, le métabolisme ou l'hypogonadisme réel
- La cascade hormonale induite est imprévisible et varie selon les individus

À retenir :
Prégnénolone et DHEA ne sont pas des substituts à une exploration andrologique et métabolique sérieuse. Leur usage doit rester marginal, ciblé et surveillé.

05
Tableau comparatif chez l'homme

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

Critère	Testostérone	DHEA	Prégnénolone
Type	Hormone androgénique active	Précurseur surrénalien	Précurseur stéroïdien très en amont
Indication	Hypogonadisme symptomatique confirmé	Pas d'indication anti-âge standard	Pas d'indication standard
Diagnostic requis	Symptômes + testostérone basse répétée	DHEA-S interprétée selon âge/contexte	Pas de seuil thérapeutique consensuel
Effet attendu	Libido, masse maigre, énergie si déficit vrai	Variable, souvent modeste	Imprévisible
Surveillance	Testostérone, hématocrite, PSA, prostate, sommeil	DHEA-S, effets cutanés, testostérone si besoin	Pas de cadre robuste
Place pratique	Traitement médical si indication documentée	Exceptionnel, essai court et ciblé	Marginale

Le raccourci dangereux : confondre fatigue masculine, vieillissement, surpoids et déficit hormonal. La biologie doit confirmer l'hypothèse avant tout traitement androgénique.

06
Conduite pratique en consultation

Si plainte de fatigue ou de libido basse

- Répéter la testostérone matinale si le premier dosage est bas ou limite
- Interpréter avec SHBG, albumine et calcul de la testostérone libre ou biodisponible
- Chercher les causes fréquentes et traitables : obésité viscérale, diabète, alcool, apnée du sommeil, médicaments, dépression, stress chronique

Avant toute prescription de testostérone

- Évaluer la fertilité souhaitée : la testostérone exogène altère la spermatogenèse

- Vérifier hématocrite, bilan prostatique selon âge et contexte, risque cardiovasculaire, apnée du sommeil
- Informer sur les bénéfices réalistes, les contraintes de surveillance et les risques

Si DHEA-S normale ou basse

Une DHEA-S normale ne justifie pas un traitement. Une DHEA-S basse isolée ne suffit pas non plus : elle doit être replacée dans l'âge, le contexte surrénalien et l'état métabolique général. On ne traite pas une valeur pour "optimiser" sans indication clinique claire.

À retenir :
Chez l'homme, la stratégie sérieuse est métabolique, andrologique et endocrinienne. La DHEA n'est pas le centre du raisonnement — et encore moins la prégnénolone.

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 cardiovasculaire, à la prostate, à la fertilité et à l'état métabolique.

Sources principales

- Endocrine Society Clinical Practice Guideline. Testosterone Therapy in Men With Hypogonadism. JCEM, 2018.
- 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.

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.

Document d'information médicale générale — ne remplace pas une consultation personnalisée. Toute décision thérapeutique doit être prise en concertation avec un professionnel de santé.
© 2026 Dr Hugues Geoffrion · Tous droits réservés.