

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — GONADES ·
PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-GON-HM · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

HYPOGONADISME MASCULIN — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer un hypogonadisme masculin (déficit androgénique et/ou de la spermatogenèse), en préciser le niveau (primaire/périphérique vs central) et le traiter selon le désir de fertilité.

CAT diagnostique

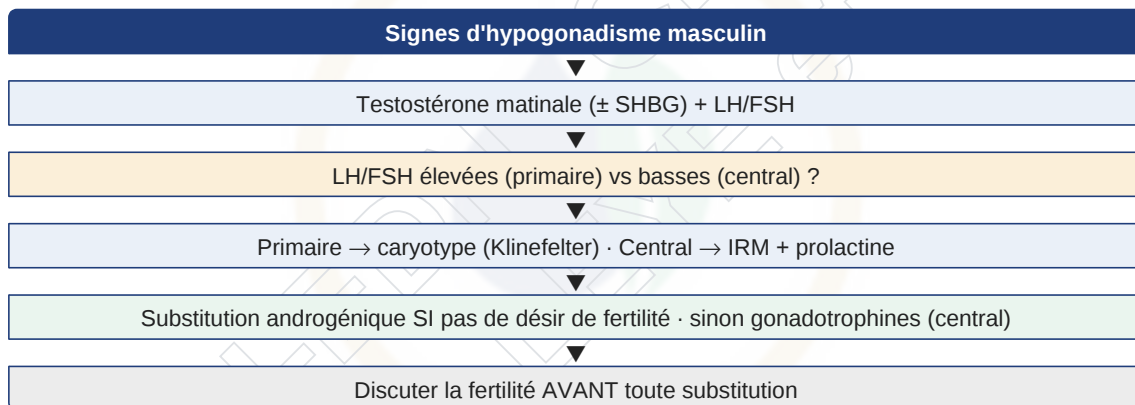
1. Signes cliniques

- **Forme congénitale/prépubertaire** : micropénis, cryptorchidie, **retard pubertaire**, eunuchoïdisme.
- **Forme adulte** : baisse de libido, dysfonction érectile, **infertilité**, asthénie, gynécomastie, raréfaction de la pilosité, ostéoporose.
- **Syndrome de Klinefelter** (cause fréquente) : grande taille, **petits testicules fermes**, gynécomastie, infertilité.

2. Signes paracliniques

- **Testostérone totale matinale** (répétée) ± SHBG (testostérone biodisponible) ; abaissée.
- **LH/FSH** : **élevées** → hypogonadisme primaire (périphérique) → **caryotype** (47,XXY = Klinefelter) ; **basses/inappropriées** → hypogonadisme central → **IRM hypothalamo-hypophysaire**, prolactine, bilan hypophysaire.
- **Spermogramme** (évaluation de la fertilité) ; ferritine/coefficient de saturation (hémochromatose).

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Substitution androgénique** (testostérone IM retard ou gel transdermique) en l'absence de désir de fertilité immédiat : restaure libido, masse osseuse/musculaire, caractères sexuels.
- **Désir de fertilité** (hypogonadisme central) : **gonadotrophines** (hCG ± FSH) pour induire la spermatogenèse ; **ne pas donner de testostérone** (inhibe la spermatogenèse).
- **Traiter la cause** (hyperprolactinémie, hémochromatose, etc.) ; prise en charge de la gynécomastie et de l'ostéoporose.
- **CI/surveillance de la testostérone** : dépistage prostatique, hématocrite, apnées du sommeil.

Surveillance

- Testostéronémie (cible), symptômes, hématocrite, PSA (selon âge), densité osseuse.
- Spermogramme si induction de fertilité.

Points de vigilance

- **Toujours discuter le désir de fertilité avant de substituer** (la testostérone bloque la spermatogenèse).
- Contre-indications de la testostérone : cancer prostatique/mammaire, polyglobulie, SAOS sévère non traité.

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Testostérone matinale + LH/FSH = démarche accessible ; caryotype/IRM/PMA coûteux → organiser le recours.
- Testostérone retard injectable peu coûteuse pour la substitution ; éduquer sur l'observance.
- Penser au syndrome de Klinefelter (fréquent, sous-diagnostiqué) et à l'hémochromatose.