

# TRAITEMENT HORMONAL



Dre. Marina Portela  
Service d'Endocrinologie

## CHRONOLOGIE DE LA PRÉSENTATION

- Objectif du traitement hormonal
- Critères pour l'hormonothérapie
- Transition Homme-vers-Femme
- Transition Femme-vers-Homme
- Risques des thérapies hormonales
- Suivi clinique

## OBJECTIF DU TRAITEMENT

- Induire des changements physiques en congruence avec l'identité de genre du patient.
- Degré variable selon les souhaits du patient
- Améliorer la qualité de vie, estime de soi, socialisation
- Diminuer l'anxiété

## TRAITEMENT INDIVIDUALISÉ

- L'hormonothérapie doit être individualisée selon :
  - les buts du patient (fluidité du genre),
  - le rapport bénéfice/risque du traitement,
  - la présence d'autres problèmes médicaux,
  - et les perspectives et enjeux au niveau socioéconomique.

## CRITÈRES POUR L'HORMONOTHÉRAPIE

- Évaluation psychosociale
  - Dysphorie de genre persistante.
  - Âge supérieure à 16 ans. En Suisse, si moins de 16 ans, la capacité de discernement doit être constatée, sinon consentement des parents nécessaire.
  - Si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.
- Obtention du consentement éclairé par un professionnel de santé qualifié (santé mentale)
- Documenter dans le dossier médical que le patient a été informé (effets attendus, possibles risques) et donne son consentement

## TRANSITION HOMME-VERS-FEMME: OBJECTIFS

- Croissance des seins (variable),
- Baisse de la fonction érectile,
- Atrophie testiculaire,
- Augmentation du pourcentage de graisse corporelle par rapport à la masse musculaire -> phénotype féminin.
- Si le traitement est initié après la puberté, pas de changement sur:
  - Voix
  - Taille
  - Mains, pieds, mandibule, pelvis

## SCHÉMA HORMONAL

- 17- $\beta$ -estradiol
  - monitoré par dosage labo
  - Voie orale: Femoston<sup>®</sup>, Estrofem<sup>®</sup>, Progynova<sup>®</sup>.
  - Transdermique: Estradot<sup>®</sup> ou Oestrogel<sup>®</sup>
  - IM: Estradiol valérate ou cypionate (chaque 1-2 semaines)
  - Ethinyl-estradiol: pas utilisé car risque thrombotique  $\uparrow$



- Thérapie anti-androgénique
  - Spironolactone (Aldactone<sup>®</sup>)
  - Cyprotérone (Androcur<sup>®</sup>)
  - Agoniste de la GnRH – triptoréline (Decapeptyl<sup>®</sup> Pamorelin LA<sup>®</sup>): suppression hypophysaire
    - Plus sécuritaire
    - Plus cher
    - SC 1x/mois

Asscherman et al.  
Eur Jour  
Endocrinology 2011

But =  
testostérone  $<0.5$  ug/l,  
estradiol cible femme pré-ménopausique (50-350 ng/l)

## ENDOCRINE SOCIETY GUIDELINES 2017

**Table 11. Hormone Regimens in Transgender Persons**

Transgender females <sup>a</sup>	
Estrogen	
Oral	
Estradiol	2.0–6.0 mg/d
Transdermal	
Estradiol transdermal patch (New patch placed every 3–5 d)	0.025–0.2 mg/d
Parenteral	
Estradiol valérate or cypionate	5–30 mg IM every 2 wk 2–10 mg IM every week
Anti-androgens	
Spironolactone	100–300 mg/d
Cyproterone acetate <sup>b</sup>	25–50 mg/d
GnRH agonist	3.75 mg SQ (SC) monthly 11.25 mg SQ (SC) 3-monthly
Transgender males	
Testosterone	
Parenteral testosterone	
Testosterone enanthate or cypionate	100–200 mg SQ (IM) every 2 wk or SQ (SC) 50% per week
Testosterone undecanoate <sup>c</sup>	1000 mg every 12 wk
Transdermal testosterone	
Testosterone gel 1.6% <sup>d</sup>	50–100 mg/d
Testosterone transdermal patch	2.5–7.5 mg/d

## EVOLUTION TEMPORALE DES EFFETS

Effet	Début d'apparition attendu <sup>a</sup>	Effet maximum attendu <sup>b</sup>
Redistribution de la masse graisseuse	3–6 mois	2–5 ans
Diminution de la masse musculaire	3–6 mois	1–2 ans <sup>c</sup>
Assouplissement de la peau, peau moins grasse	3–6 mois	Inconnu
Baisse de la libido	1–3 mois	1–2 ans
Diminution des érections spontanées	1–3 mois	3–6 mois
Dysfonctions sexuelle masculines	Variable	Variable
Accroissement mammaire	3–6 mois	2–3 ans
Diminution du volume testiculaire	3–6 mois	2–3 ans
Baisse de la production de sperme	Variable	Variable
Pilosité moindre et de croissance ralentie sur le corps et le visage	6–12 mois	> 3 ans <sup>c</sup>
Calvitie masculine	Pas de repousse, arrêt de la perte en 1–3 mois	1–2 ans

Standards of care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People – WPATH 2013

## AUTRES HORMONES

- PROGESTERONE chez la femme trans\* (micronisée, voie orale)
  - Féminisation plus rapide?
  - Augmentation des seins et des mamelons (>3 cm)?
  - Aide à supprimer l'axe gonadotrope?
  - Bénéfice osseux?
- DHEA
  - Améliorer libido?

Prior, J. JCEM 2019

## AUTRES HORMONES

- PROGESTERONE chez la femme trans\* (micronisée, voie orale)
  - Féminisation plus rapide?
  - Augmentation des seins et des mamelons (>3 cm)?
  - Aide à supprimer l'axe gonadotrope?
  - Bénéfice osseux?
- DHEA
  - Améliorer libido?

PAS D'EVIDENCE...

Prior, J. JCEM 2019

## TRANSITION FEMME-VERS-HOMME: OBJECTIFS

- Aggravation de la voix,
- Clitoromégalie (variable),
- Augmentation de la pilosité faciale et corporelle,
- Aménorrhée,
- Atrophie des tissus mammaires
- Baisse du pourcentage de graisse corporelle par rapport à la masse musculaire -> phénotype masculin.

## ENDOCRINE SOCIETY GUIDELINES 2017

### Transgender males

#### Testosterone

##### Parenteral testosterone

Testosterone enanthate or cypionate  
Testosterone undecanoate<sup>c</sup>

Testoviron  
Nébido

100–200 mg SQ (IM) every 2 wk or SQ (SC) 50% per week  
1000 mg every 12 wk

##### Transdermal testosterone

Testosterone gel 1.6%<sup>d</sup>

Testosterone transdermal patch

Testogel

50–100 mg/d

2.5–7.5 mg/d

But = testostérone résiduelle dans la norme masculine selon l'âge  
20 à 49 ans: 3.30 -8.05 ug/l  
>50 ans: 2.73 - 8.16 ug/l

## EVOLUTION TEMPORALE DES EFFETS

Effet	Début d'apparition attendu <sup>a</sup>	Effet maximum attendu <sup>a</sup>
Peau grasse / acné	1–6 mois	1–2 ans
Développement du système pileux	3–6 mois	3–5 ans
Chute des cheveux	>12 mois <sup>c</sup>	Variable
Augmentation de la masse musculaire	6–12 mois	2–5 ans <sup>b</sup>
Redistribution de la masse graisseuse	3–6 mois	2–5 ans
Arrêt des menstruations	2–6 mois	n/a
Accroissement clitoridien	3–6 mois	1–2 ans
Atrophie vaginale	3–6 mois	1–2 ans
Aggravation de la voix	3–12 mois	1–2 ans

Standards of care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People – WPATH 2013

## RISQUES DES THÉRAPIES HORMONALES

**Table 10. Medical Risks Associated With Sex Hormone Therapy**

Transgender female: estrogen

Very high risk of adverse outcomes:

- Thromboembolic disease

Moderate risk of adverse outcomes:

- Macroprolactinoma
- Breast cancer
- Coronary artery disease
- Cerebrovascular disease
- Cholelithiasis
- Hypertriglyceridemia

Les œstrogènes peuvent stimuler cellules lactotrophes  
Risque de prolactinome chez les femmes trans

Transgender male: testosterone

Very high risk of adverse outcomes:

- Erythrocytosis (hematocrit > 50%)

Moderate risk of adverse outcomes:

- Severe liver dysfunction (transaminases > threefold upper limit of normal)
- Coronary artery disease
- Cerebrovascular disease
- Hypertension
- Breast or uterine cancer

ES Guidelines JCEM 2017

## SUIVI – FEMME TRANS

- Chaque 3 mois la première année, adapter les doses.
  - testostérone <0.5 ug/l,
  - estradiol cible femme (50-350 ng/l)
- Ensuite chaque 6-12 mois.
- Estradiol: monitorer signes de thrombose, FRCV, PRL
- Si spironolactone: monitorer TA e K+



## SUIVI - HOMME TRANS

- Chaque 3 mois la première année, adapter les doses.
  - testostérone cible homme: 3.30 -8.05 ug/l
  - estradiol cible homme: < 60 ng/l
- Ensuite chaque 6-12 mois.
- Monitorer hématocrite, bilan hépatique, FRCV, signes de SAOS.

