



**Article original**

**Facteurs d'échec du traitement médical des troubles du bas appareil urinaire liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate au service d'urologie du centre Hospitalier et Universitaire de Treichville**

Factors contributing to the failure of alpha blockers for lower urinary tract disorders associated with benign prostatic hyperplasia (BPH) in the urology department of Treichville University Hospital

DD Yeo<sup>\*1,2</sup>, FD Soro<sup>2</sup>, SM Tuo<sup>1,2</sup>, T Adebayo<sup>1,2</sup>, A-R Binaté<sup>2</sup>, MA Yebouet<sup>2</sup>, EK Yao<sup>1,2</sup>, N Coulibaly<sup>1,2</sup>

**Résumé**

But : Améliorer la prise en charge thérapeutique des patients ayant un trouble du bas appareil urinaire lié à l'hypertrophie bénigne de la prostate par identification des facteurs d'échec du traitement médical.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude d'observation et analytique de type cas témoins des patients pris en charge pour hypertrophie bénigne de la prostate sous traitement médicamenteux au service d'urologie du CHU de Treichville couvrant une période de 12 mois allant de janvier à décembre 2023.

Résultats : L'âge moyen de notre étude était de 63,5 ans plus ou moins 9,2 ans. Le traitement par alpha bloquant s'est soldé par un échec dans 81% des cas. Une symptomatologie d'emblée sévère, un volume prostatique important, un résidu post mictionnel élevé et le lobe médian étaient significativement associés à un échec thérapeutique respectivement à  $p < 0,0001$ ,  $p = 0,0005$ ,  $p = 0,0029$  et  $p < 0,05$ . Une augmentation de

1 cm<sup>3</sup> du volume prostatique augmente 3 fois le risque d'échec, un lobe médian a 2,5 fois plus de risque d'échec, l'augmentation de 10 ml du RPM augmente 4 fois le risque d'échec et un score IPSS sévère avant traitement multiplie par 5 le risque d'échec.

Conclusion : cette étude a mis en évidence des caractéristiques anatomiques et fonctionnelles limitant l'efficacité des traitements médicamenteux.

Mots-clés : Facteurs d'échec, Hypertrophie bénigne de la prostate, Traitement médical, Troubles urinaires du bas appareil.

**Abstract**

Objective: Improve therapeutic management of patients with lower urinary tract disorder linked to benign prostatic hyperplasia by identifying factors that lead to medical treatment failure.

Methodology: This was a case-control observational and analytical study of patients treated for benign

prostate hypertrophy under drug treatment at the urology department of the CHU de Treichville covering a period of 12 months from January to December 2023

Results: The mean age of our study was 63.5 years plus or minus 9.2 years. Alpha blocker treatment failed in 81% of cases. Prostatic volume, high post micturition residue and median lobe were significantly associated with therapeutic failure at  $p < 0,0001$ ,  $P = 0.0005$ ,  $P = 0.0029$  and  $P < 0.05$  respectively. An increase of 1 cm<sup>3</sup> in prostate volume increases the risk of failure 3 times, a median lobe has 2.5 times more risk of failure, an increase of 10 ml RPM increases the risk of failure 4 times and a severe IPSS score before treatment multiplies the risk of failure by 5.

Conclusion: this study has shown anatomical and functional features limiting the effectiveness of medical treatments.

Keywords: Failure factors, Benign prostatic hypertrophy, Medical treatment, Lower urinary tract disorders.

## Introduction

L'hypertrophie bénigne de la prostate se développe au dépens des zones de transition et péri-urétrale de la prostate responsable d'une obstruction sous vésicale [1]. C'est une affection fréquente de l'homme vieillissant [2].

En Afrique, l'HBP représente la première tumeur urologique chez l'homme à partir de 50 ans, touche la moitié des hommes de 60 ans et la quasi-totalité (90%) des hommes de plus de 80 ans. Elle est responsable des troubles urinaires du bas appareil [3].

Le traitement symptomatique est médical repose essentiellement sur la phytothérapie, les alphas bloquants et les inhibiteurs de la 5 alpha réductase [4]. Ces molécules ont une efficacité significative bien connue dans la prise en charge des troubles urinaires liée à l'HBP. Au bout d'un certain temps de traitement, l'évolution se fait favorablement avec stabilité des symptômes sur plusieurs années.

Malgré l'efficacité reconnue des options thérapeutiques, certains patients présentent une persistance voire une aggravation des symptômes, conduisant à un échec thérapeutique.

A notre connaissance, peu d'étude on fait cas de l'échec du traitement médical dans la prise en charge de l'HBP symptomatique.

L'objectif de l'étude était de connaître les facteurs associés à l'échec du traitement médical de l'HBP afin d'améliorer la prise en charge médical.

## Méthodologie

Il s'agissait d'une étude cas témoins. Cette étude a été réalisée au service d'urologie du CHU de Treichville. La période d'étude était de 12 mois (allant de janvier à décembre 2023). Nous avons inclus tous les patients pris en charge pour hypertrophie bénigne de la prostate au service d'urologie du CHU de Treichville. Le Diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate a été posé devant les signes fonctionnels (score IPSS) et le toucher rectal. Les patients ont bénéficié d'un traitement médical bien conduit sur 06 mois. Fait d'alpha bloquant uniquement pendant 6 mois, en raison de 1 comprimé par jour le soir.

2 groupes ont été constitués :

- Succès thérapeutiques (Témoins).
- Echec thérapeutiques (Cas).

L'échec thérapeutique a été défini des symptômes et ou l'aggravation des signes après 6 mois de traitement. La collecte des données a été faite à travers le registre de consultation externe et rapportée sur une fiche d'enquête standardisée. La saisie des données été faite sur logiciel Excel et Word 2016.

Les variables étudiées étaient le score IPSS pré thérapeutique volume prostatique, index de protrusion prostatique mesuré à l'échographie et le résidu post-mictionnel (RPM).

Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et l'écart type et les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage et en effectif.

Le test du  $\chi^2$  de Karl Pearson a été utilisé pour traiter les variables qualitatives. Les valeurs de  $p \leq 0,05$  ont

été considérées comme statistiquement significatives. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du CHU de Treichville, et tous les patients ont donné leur consentement éclairé écrit avant de participer. Les procédures suivies seront conformes aux normes éthiques de la Déclaration d'Helsinki (amendement 2008) de l'Association médicale mondiale.

## Résultats

L'âge moyen de notre étude était de 63.5 ans +/- 9,2 ans. La majorité des patients était retraité.

Le score IPSS pré-thérapeutique était sévère dans 51% des cas et score modéré dans 44 %des cas.

Le volume prostatique moyen était 88,27g +/- 48,7g dans l'étude.

Un lobe médian a été retrouvé chez 81 des patients soit 54%. Le grade du lobe médian le plus retrouvé était le grade 3 à 67%, suivi du grade 2 dans 11% des cas.

Un résidu post mictionnel a été retrouve dans 51% des cas.

Le volume moyen du résidu post mictionnel était de 55,03ml +/- 70ml.

Table I : Répartition en fonction de la présence ou non de lobe médian

Lobe médian	Fréquence	Pourcentage
non	68	46
oui	81	54
Total	149	100

Tableau II : Répartition en fonction de la présence ou non d'un résidu post mictionnel

Présence d'un RPM	Fréquence	Pourcentage
oui	75	51
non	74	49
Total	149	100

Tableau III : résultats de la régression logistique

Facteur	OR	IC à 95 %	p-valeur	Interprétation
Volume prostatique	1,03	[1,01 – 1,05]	0,001	Une augmentation de 1 cm <sup>3</sup> du volume prostatique augmente 3 fois le risque d'échec.
Présence du lobe médian	2,50	[1,20 – 5,20]	0,018	Les patients avec un lobe médian ont 2,5 fois plus de risque d'échec.
RPM élevé (>50 ml)	1,04	[1,01 – 1,07]	0,004	Chaque augmentation de 10 ml du RPM augmente 4 fois le risque d'échec.
IPSS sévère(score 20-35)	5,00	[2,00 – 12,50]	<0,0001	Un score IPSS sévère avant traitement multiplie par 5 le risque d'échec.

## Discussion

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), également appelée adénome de la prostate est fréquente chez le sujet âgé. La moitié des hommes âgés de 50 à 60 ans souffrent d'HBP. Nous observons que 90 % des hommes âgés de plus de 80 ans en sont atteints [5]. Elle occasionne une gêne avec un réel impact sur la qualité de vie des patients. Le traitement médicamenteux bien conduit à la réputation d'améliorer la symptomatologie de départ. Toutefois, bien qu'étant efficace, ces molécules n'améliorent pas la symptomatologie chez certains patients.

Dans notre étude, le score IPSS pré-thérapeutique était sévère chez la majorité des patients à 51%. Il était comparable à celui de l'étude de Luhiriri et al ou le score IPSS était sévère dans 61,5% des cas [6]. Ce résultat montre que dans notre contexte, les patients consultent le plus souvent au stade obstructif des troubles urinaires. Cela s'expliquerait d'une part par la méconnaissance des signes de la maladie et d'autre part à la préférence pour la médecine traditionnelle dans nos contrées.

Dans l'étude, parmi les 51% des patient avec un IPSS pré thérapeutique sévère, seul 8,57% ont vu leurs symptomatologies s'améliorer après traitement avec une p-value à 0,0001 (<0,05). Ces résultats s'alignent sur ceux de Fourcade et al., qui ont montré que l'un des facteurs favorables au choix d'une intervention chirurgicale plutôt qu'à un traitement pharmacologique étaient la sévérité de l'HBP (OR = 2,5 si IPSS  $\geq$  20) [7]. Selon les travaux de Cumpanas et al, un score IPSS supérieur à 20 est un indicateur d'échec du traitement par alpha-bloquants chez 40-50 % des patients [8]. Cette tendance est confirmée dans notre étude.

Plus le score IPSS initial est élevé, plus le traitement médical seul devient inefficace.

Le volume prostatique moyen chez les patients en échec était de 95ml, contre 62ml pour les patients en succès avec une signification statistique (p=0,0005).

Un volume prostatique important entraînait un échec thérapeutique dans notre étude. Ces résultats

corroborent les travaux de McConnell et al., qui indiquent qu'un volume prostatique > 31ml augmente le risque de progression clinique de l'HBP. Il nécessite une approche combinée associant alpha-bloquant et inhibiteur de la 5 alpha réductase chez ces patients [9]. L'étude de Yu Mi Seo et al, a également montrée que les prostatites volumineuses (>80cc) répondent moins efficacement aux alpha-bloquants sans traitement complémentaire comme les inhibiteurs de la 5 $\alpha$ -réductase [10].

Un lobe médian a été retrouvé chez 54% des patients, avec un grade 3 dans 67% des cas d'échec (p< 0,05). La présence d'un lobe médian grade 3 était corrélé avec l'échec du traitement médical dans notre étude. Le lobe médian est responsable d'une obstruction mécanique.

Ce résultat est cohérent avec l'étude de Boudanga qui s'intéressait à la vérification de l'existence ou non d'un lien entre la présence d'un lobe médian prostatique et sa taille avec la réponse au traitement médical par alpha-bloquants après au moins 3 mois de traitement [11].

L'étude a montré que, les patients avec un indice de protrusion prostatique (IPP) > 10 mm répondraient peu au traitement médical. Dans une étude, Tan et al, ont rapporté que l'IPP était un facteur prédictif d'échec de sevrage de sonde et préconisaient la nécessité d'un traitement chirurgical d'emblée en cas de IPP de grade 3 [12]. Aussi, Mombini et al, ont montré dans une étude prospective sur 40 patients que l'existence d'un lobe médian associé à une prostate de volume > 40ml diminuait l'efficacité d'un traitement par alpha-bloquant [13].

Les patients en échec avaient un RPM moyen de 64 ml comparé à 17 ml chez les succès (p=0,0029). Le RPM était un facteur prédictif majeur d'échec thérapeutique.

Un RPM élevé reflète une détérioration vésicale avec une capacité de contraction diminuée du détrusor. Cela est souvent lié à une obstruction chronique. À ce stade, les traitements alpha-bloquants ne peuvent pas améliorer l'évacuation urinaire puisque la vessie ne répond plus correctement. De façon il faut proposer

un traitement chirurgical devant ces facteurs de risque de l'échec de traitement médical.

## Conclusion

L'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) est une pathologie fréquente chez les hommes vieillissants. Les traitements médicaux, principalement basés sur les alpha-bloquants et les inhibiteurs de la 5-alpha réductase, se sont révélés efficaces dans de nombreux cas. Les principaux facteurs associés à cet échec identifiés étaient le volume prostatique élevé, la présence d'un lobe médian, particulièrement de grade 3, provoquant une obstruction avancée et un résidu post-mictionnel (RPM) important. Il faut donc envisager un traitement chirurgical devant ces facteurs d'échec du traitement médical.

---

## \*Correspondance :

Donafologo Daouda YEO

[dofologo@gmail.com](mailto:dofologo@gmail.com)

**Disponible en ligne :** 30 Mars 2026

1 : Service d'urologie du CHU de Treichville (Abidjan)

2 : Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA)

© Journal of african clinical cases and reviews 2026

**Conflit d'intérêt :** Aucun

## Références

- [1] Poirier J. L'hypertrophie bénigne de la prostate et son traitement médicamenteux [thèse]. Nancy: Université de Lorraine; 2009 [cité 15 mai 2024]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA\\_T\\_2009.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDPHA_T_2009.pdf)
- [2] Le Duc A. Histoire naturelle de l'hypertrophie

bénigne de la prostate et vieillissement de l'appareil urogénital. E-mém Acad Natl Chir. 2005;4(1):1-3.

- [3] Madibulaya MK, Soh D, Yanga JM, Lusunsi CK. Profils épidémio-clinique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate à l'Hôpital général de référence de N'djili, République démocratique du Congo. *Afr Urol*. 2024;4(1):40-43.
- [4] Robert G, Descazeaud A, Delongchamps NB, Cornu JN, Azzouzi AR, Haillot O, et al. Traitement médical de l'hyperplasie bénigne de la prostate: revue de la littérature par le CTMH/AFU. *Prog Urol*. 2012;22(1):7-12.
- [5] Avancès C. Prise en charge de l'hypertrophie bénigne de la prostate [Internet]. [cité 23 mai 2024].
- [6] Bigot P, Vannier F, Orsat M, Lebdaï S, Huez JF, Fanello S, et al. Évaluation des pratiques des médecins généralistes du Maine-et-Loire concernant l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Prog Urol*. 2010;20(1):65-70.
- [7] Matinungina KA, Kalau WA, Luyeye MG. Dépistage sonographique de la protrusion prostatique intravésicale avec retentissement sur l'appareil urinaire: à propos d'un cas. *Rev Afr Med Sante Publique*. 2021;4(1):10-15.
- [8] Cumpanas AA, Botoca M, Minciu R, Bucuras V. Intravesical prostatic protrusion can be a predicting factor for treatment outcome in patients with lower urinary tract symptoms due to benign prostatic obstruction treated with tamsulosin. *Urology*. 2013;81(4):859-863.
- [9] Boutayna T. Hypertrophie bénigne de la prostate compliquée d'insuffisance rénale (à propos de 50 cas) [thèse]. 2019 [cité 23 mai 2024]. Disponible sur: <https://toubkal.imist.ma/bitstream/handle/123456789/24417/21919.pdf>
- [10] Seo YM, Kim HJ. Impact of intravesical protrusion of the prostate in the treatment of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia of moderate size by alpha receptor

antagonist. *Int Neurourol J.* 2012;16(4):187-191.

- [11] De la Taille A, Bardin L, Castagné C, Auges M, Capronnier O, du Rieu QC. Alpha-bloquants ou phytothérapie en traitement de première intention des SBAU/HBP en médecine générale: étude non interventionnelle PERSAT. *Prog Urol.* 2020;30(10):522-531.
- [12] McConnell J, Roehrborn C, Bautista O. Doxazosine et finastéride pour traiter l'hypertrophie bénigne de la prostate. *Minerva.* 2004;3(6):90-93.
- [13] Mombini H. The relationship between weight, type of prostate hypertrophy and response to tamsulosin, a specific alpha-blocker. *Urol J.* 2004;1(2):115-116.

### **Pour citer cet article**

DD Yeo, FD Soro, SM Tuo, T Adebayo, A-R Binaté, MA Yebouet et al. Facteurs d'échec du traitement médical des troubles du bas appareil urinaire liés à l'hypertrophie bénigne de la prostate au service d'urologie du centre Hospitalier et Universitaire de Treichville. *Jaccr Surgery* 2026; 2(1): 55-60

<https://doi.org/10.70065/2621.jaccrSurg.003L013003>