

Synthèse des recommandations des comités de neuro-urologie, du Comité des troubles mictionnels de l'homme et de pelvi-périnéologie de l'AFU

Nous avons défini 4 situations de soin par ordre de criticité décroissante.

- Acte est à maintenir durant l'épidémie **Niveau A**
- Acte à reprogrammer sans délai (1 à 8 sem.) **Niveau B**
- Acte à reprogrammer sans urgence (délai 8 à 16 sem.) **Niveau C**
- Acte différé pendant plusieurs mois (délai > 16 sem.) **Niveau D** (+/- rééval. avant reprogrammation)

Situations cliniques	Options à privilégier
<p>Hyperplasie Bénigne de la Prostate sans complication</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser traitement médical - Chirurgie différable Groupe D (>16 semaines)
<p>Hyperplasie Bénigne de la Prostate compliquée chez patient à risque de forme grave de COVID-19*</p>	<p><i>Rétention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Maintien d'une sonde à demeure, à changer au domicile par IDE ou autosondages propres intermittents, si l'éducation est possible. - 1 téléconsultation pour le suivi souhaitable <p>- Chirurgie à reprogrammer en évaluant les rapport : risque de complication du mode de drainage permanent vs risque résiduel de contamination iatrogène par SRAS-CoV2</p> <p>Groupe B « tardif » ou Groupe C « précoce » (6 à 10 semaines)</p> <p><i>Prostatite</i></p> <p>Préciser statut COVID</p> <p>Traiter (antibiothérapie) en ambulatoire avec suivi téléconsultation précoce si pas de rétention.</p> <p>Si rétention ou signe de sepsis grave à hospitaliser.</p>
<p>Hyperplasie Bénigne de la Prostate compliquée chez patient <u>non à risque de forme grave COVID-19</u></p>	<p><i>Rétention</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Éducation aux autosondages en consultation pour autonomiser le patient et pouvoir reprogrammer - 1 téléconsultation pour le suivi souhaitable - Chirurgie à reprogrammer sans délai <p>Groupe B 1 à 8 semaines</p> <p><i>Prostatite (cf supra)</i></p>

<p>Hyperactivité vésicale non neurologique ayant déjà fait l'objet d'un bilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Neuromodulation sacrée et injections intradétrusoriennes de toxine botulique A à faible dose : A reprogrammer sans urgence. Groupe C ou Groupe D - Si neuromodulation sacrée en cours de test pose ou dépose selon efficacité urgente Groupe A - Privilégier les traitements de 1^{er} ligne combinés (oestrogénothérapie locale, neuromodulation tibiale, anticholinergiques et béta3 agonistes). - Pas de rééducation périnéo-sphinctérienne (respect du confinement, limitation des contacts). A faire après la fin du confinement.
<p>Hyperactivité vésicale non neurologique n'ayant PAS fait l'objet d'un bilan</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Éliminer les diagnostics différentiels (infections urinaires, tumeurs de vessie, calculs) Prescription: ECBU, cytologie urinaire, échographie urinaire. - Traitement médical de 1^{ère} ligne (cf supra). - Téléconsultation de réévaluation. - Si facteurs de risque de tumeur de vessie + bilan négatif + persistance des symptômes : cystoscopie dans les 2 mois Groupe B
<p>Vessie neurologique non équilibrée Étiologie neurologique à risque (blessé médullaire supra sacré, dysraphismes spinaux) ou autre étiologie avec régime de pression à risque (Pdet max >30 cmH2O - compliance <15 ml/cmH2O) et/ou hyperréflexie autonome non contrôlée et/ou complications infectieuses symptomatiques itératives (fébriles ou non) et/ou modification du haut appareil récente.</p>	<p>Traitement par Injections intradétrusoriennes de la toxine botulique A maintenus Groupe A Pas de suivi urodynamique pendant le confinement.</p> <p>Sphinctérotomie par endoprothèse : à reprogrammer à 3 à 4 mois Groupe C. Discuter pose d'une sonde à demeure ou abstention en attendant</p> <p>Enterocystoplastie +/- cystostomie continente : Reprogrammer à 3 à 4 mois. Groupe C Alternative : Injections intradétrusoriennes de la toxine botulique A avec escalade de dose ou switch (Botox® /Dysport®) si échappement en cours +/- sonde à demeure si difficulté de sondage</p> <p>Cystectomie + Bricker A maintenir si : - Fistule périnéale dans escarre, insuffisance rénale d'apparition récente par obstruction bilatérale de la jonction urétéro-vésicale ou reflux massif bilatéral. Groupe A - Discuter au cas par cas le degré d'urgence ou la date de reprogrammation pour tous les autres cas de neuro vessie non équilibrée réfractaire au traitement conservateur Groupe B / A</p> <p><i>Tracer ces patients à risque s'ils sont reportés</i></p>

<p>Vessie neurologique équilibrée non à risque</p>	<p>Report des traitements par toxine botulique Groupe C Optimisation du traitement médical Téléconsultation si besoin Reporter les bilans de suivi y compris les examens urodynamiques.</p>
<p>Incontinence urinaire d'effort</p>	<p>-Pas de rééducation périnéo-sphinctérienne (respect du confinement, limitation des contacts). A faire après la fin du confinement. -Pour les formes résistantes à la rééducation avec demande de traitement : chirurgie à reprogrammer sans urgence. Groupe C ou Groupe D</p>
<p>Prolapsus des organes pelviens</p>	<p>-Traitement conservateur à privilégier par pessaire. -Pas de rééducation périnéo-sphinctérienne (respect du confinement, limiter les contacts). -Chirurgie à reprogrammer sans urgence. Groupe C ou Groupe D Exception : éversion complète vésicale (stade 4) avec insuffisance rénale aiguë résistante à la pose d'un pessaire ou non appareillable : chirurgie en urgence Groupe A</p>
<p>Sténose urétrale en rétention</p>	<p>Si rétention chronique ou aiguë : cathéter sus pubien changé tous les mois jusqu'à la reprogrammation Intervention à reprogrammer sans urgence. Groupe C</p>
<p>Reconstruction du haut appareil urinaire Pyéloplastie pour jonction pyélo-urétérale Urétéro-iléoplastie pour sténose urétérale Réimplantation urétéro-vésicale</p>	<p>A reporter de 2 à 6 mois Groupe C ou groupe D En attendant, pose d'une endoprothèse ou néphrostomie.</p>
<p>Fistules urinaires</p>	<p><i>Fistules Uro-digestive</i> -F. Vésico ou uretéro-entérales : chirurgie Groupe A -F. Prostato-rectales : groupe C, si irradiation récente groupe D. En attendant chirurgie drainage permanent possible (sonde ou KT sus pubien).</p> <p><i>Fistules uro-osseuses</i> Prostato-pubienne, vésico-articulaire : chirurgie Groupe A.</p> <p><i>Fistules uro-génitales de la femme</i> Groupe C - groupe D si irradiation récente en En attendant chirurgie drainage permanent possible (sonde ou KT sus pubien). Si fistule vésico-vaginale de moins de 5 jours et < 5mm : drainage vésical exclusif possible.</p>

** En l'état actuel des connaissances à partir des analyses des cas chinois italiens et américains les principaux facteurs de risque sont :*

Age > 65 ans, risque accru si >85 ans +/- vivant en institution

Diabète

Maladie pulmonaire chronique (BPCO, asthme, emphysème)

Maladie cardiaque sévère (particulièrement coronaropathie et hypertension)

Obésité (surtout si BMI > 40).

Bien qu'il y ait une prédominance masculine de formes symptomatiques de COVID-19 (60% (95% CI [0.54, 0.65])), le genre masculin ne semble pas être un facteur de risque de forme sévère.

Dans le cadre de l'urologie fonctionnelle et de la neuro urologie, les maladies neurologiques n'ont pas été identifiées comme facteur de risque de forme sévère de COVID-19. Cependant, dans la seule étude les prenant en compte, le nombre de patient atteint de COVID-19 était faible (57/7128 cas) et incluait des pathologies très variées dont aucun blessé médullaire et seulement 2 patients atteints de sclérose en plaque. Références dans l'article .