

# Recommandations jointes des comités de l'AFU (Neuro-Urologie, CUROPF, CTMH) pour l'urologie fonctionnelle durant la crise sanitaire liée au COVID-19.

## Introduction

La prise en charge des patients d'urologie est actuellement bouleversée par l'épidémie de COVID-19. L'essentiel des ressources humaines et matérielles des établissements de santé français est redéployé vers la prise en charge des patients infectés. Les activités de consultation et d'exploration externe, de traitements médicaux et plus encore chirurgicaux en établissements de santé sont réduites du fait des procédures de confinement de la population et de l'épargne des plateaux techniques chirurgicaux mis en réserve pour pallier la saturation des unités de soins intensifs (USI). Les mesures mises en œuvre visent aussi à éviter que des patients d'urologie soient contaminés par le COVID-19 au cours des soins.

Ainsi les prises en charge à domicile sont encouragées chaque fois que possible (consultations téléphoniques, télé-médecine, traitement médical) et la chirurgie est réservée aux urgences urologiques vitales et aux cancers à haut risque [1].

Certaines situations appartenant au champ de l'urologie fonctionnelle (incontinence urinaire, statique pelvienne, troubles mictionnels de l'homme, urologie reconstructrice et neuro-urologie) peuvent avoir un caractère urgent lié au risque infectieux ou au risque d'altération du haut appareil. Une hiérarchisation de la criticité des actes d'urologie fonctionnelle est d'autant plus pertinente qu'elle permettra également de mieux organiser une reprise d'activité post épidémie que l'on peut craindre progressive et étalée sur plusieurs mois.

Les comités de Neuro-Urologie, d'Urologie et de Périnéologie de la Femme (CUROPF) et des Troubles Mictionnels de l'Homme (CTMH) proposent une hiérarchisation des actes fréquents en urologie fonctionnelle permettant d'identifier les situations justifiant un maintien des actes dans le contexte de l'épidémie COVID19 et de faciliter la reprogrammation en sortie de crise de ceux moins urgents qui auront été annulés.

Ce document se veut une aide pour la pratique de l'urologie fonctionnelle durant cette période critique inédite. Le praticien s'appuyant dessus fondera toujours la décision du traitement proposé au patient en tenant compte de la pathologie, de l'âge, des comorbidités et des ressources de l'établissement de santé dans lequel il exerce (accès au bloc opératoire, lits disponibles en USI). Cet article ne constitue pas une recommandation fondée sur l'*evidence based medicine*, mais plutôt un recueil d'avis d'experts pour une prise en charge optimisée.

## Matériel et Méthode

Ces recommandations ont été établies en regroupant les avis de 3 collègues d'experts. Elles font appel à des connaissances transposées et, du fait de la situation inédite, ne sont pas le produit d'une méthodologie de type EBM (Evidence Based Medicine). Une recherche des recommandations temporaires pour l'urologie en temps de pandémie COVID a été menée sur les réseaux sociaux professionnels (Twitter et LinkedIn) et dans PubMed pour compléter la réflexion des 3 comités. Un premier manuscrit a été proposé par FM et GK à chaque responsable de comité qui a interrogé avec une limite de temps (48h) les membres de son groupe. Les remarques ont été compilées et le manuscrit modifié, deux allers-retours ont été nécessaires pour obtenir un consensus final. Une relecture extérieure par XG a été intégrée.

Leurs buts étaient :

- De protéger les patients et les personnels soignants d'une contamination par le COVID-19 au cours de soins dans le domaine de l'urologie fonctionnelle ;
- D'aider à une réduction raisonnée du flux d'interventions pour libérer personnel, plateaux techniques et lits ;
- De fournir aux urologues un guide de bonnes pratiques sur lequel s'appuyer pendant mais aussi après la crise COVID19 pour justifier leurs décisions et organiser les reprogrammations.

Deux questions étaient posées : Quels sont les actes invasifs à maintenir durant la crise COVID19 ? Quelles prises en charge proposer pour les principales pathologies d'urologie fonctionnelle durant la crise COVID-19 et après celle-ci ?

Ces recommandations devront être interprétées en fonction des paramètres propres au patient et à la structure où il est pris en charge : âge, comorbidités, intensité de l'épidémie, ressources humaines et matérielles disponibles.

# Généralités

## 1. Patients à risque de forme grave de COVID-19

Dans la discussion autour du maintien ou du report d'un acte chirurgical durant l'épidémie de COVID19 l'évaluation du risque pour le patient de développer une forme sévère de l'infection est primordiale.

En l'état actuel des connaissances à partir des analyses des cas chinois italiens et américains [2, 3, 4, 5], 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 [6].

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 [2].

## 2. Protection des soignants

La protection des personnels soignants est primordiale. Le statut COVID du patient doit être évalué, avant tout soin impliquant sa présence physique, selon les modalités recommandées dans l'établissement et en fonction des 3 situations : soins externes, urgence, accès au bloc opératoire pour chirurgie réglée prioritaire. Les patients COVID + ou suspect sont pris en charge dans une filière spécifique. Les soignants doivent être équipés conformément aux recommandations du site pour les soins aux patients COVID + ou suspects.

La Société Française de Microbiologie considère que la virurie est inexistante [7, 8]. La virémie n'est observée qu'en cas de forme pulmonaire évoluée. La présence de coronavirus dans les selles est en revanche avérée [8]. Une aérosolisation du virus ne peut pas être exclue en cas de constitution d'un pneumopéritoine pour la chirurgie vidéo assistée [9].

### 3. Réunions de concertation pluridisciplinaire

Les réunions de concertations pluridisciplinaires d'oncologie ont fait l'objet des recommandations par l'INCa [10]. Concernant l'urologie fonctionnelle, il apparaît important durant cette crise de maintenir le caractère collégial pluridisciplinaire des discussions de dossiers difficiles [11].

Les réunions dématérialisées, sans médecins physiquement réunis pour un respect optimal des gestes barrières, sont à privilégier. Il est essentiel de maintenir une traçabilité des recommandations de la RCP d'urologie fonctionnelle incluant les décisions de déprogrammations et les délais souhaitable de report.

### 4. Priorisation / Hiérarchisation

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

- Situation ou un 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., réévaluation avant reprogrammation) **Niveau D**

\*La reprogrammation deviendra possible après le pic épidémique dès que les capacités d'accès au bloc opératoire seront augmentées. Il est probable que la date de reprise ne soit pas fixe ni homogène sur le territoire. Cette période sera probablement étalée (voire longue) et variable selon les centres. Cette incertitude sur les modalités de reprise d'activité est une justification supplémentaire pour une hiérarchisation anticipée.

### 5. Suivi des patients

Le suivi des patients par téléconsultation est à privilégier pour éviter les déplacements et les contacts patients-soignants (efficacité du confinement).

### 6. Protocoles de recherche

Certains sont suspendus. Dans ce cas les informations du promoteur de l'étude doivent permettre de connaître les ajustements, amendements ou mesures particulières à prendre.

### 7. Chirurgie ambulatoire et réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC)

La durée de séjour hospitalier devra être limitée à la fois pour diminuer le risque de contamination nosocomiale par le COVID-19 mais aussi pour permettre de libérer des ressources médicales et paramédicales pour d'autres activités. Chaque fois que possible, la chirurgie ambulatoire devra être privilégiée et, bien qu'ils n'aient pas encore fait l'objet d'un travail spécifique dans ce champ de l'urologie, en dehors de la cystectomie, les principes de la RAAC seront à mettre en œuvre, en particulier pour les gestes les plus lourds [12].

### 8. Laparoscopie

D'un point de vue technique, en cas d'intervention par laparoscopie et compte tenu du risque d'aérosolisation du virus dans le pneumopéritoine [9], comme le recommande la SFCO [13], il est préférable :

- de favoriser les basses pressions de pneumopéritoine
- d'utiliser les trocars à ballonnet pour limiter les fuites
- d'utiliser des aspirateurs de fumée munis de filtres (HEPA)
- d'éviter toute extériorisation de pneumopéritoine ou du pneumothorax (fuites aux changements de trocars, à l'insertion de nouveaux trocars, à la sortie d'une pièce opératoire, à l'exsufflation).
- de ne pas créer de fuite de gaz pour améliorer la visibilité mais aspirer le gaz.
- de réaliser l'exsufflation en fin de coelioscopie par aspiration.

Il est totalement interdit de réaliser l'exsufflation libre. Il est recommandé de porter des masques type FFP2 pour les chirurgiens, anesthésistes, IADE, IBODE dans la salle ainsi que des lunettes de protection pour tout geste sur un patient COVID + ou dont le statut COVID n'est pas connu (Scanner thoracique et prélèvement naso-pharyngé pré-opératoires) [13].

# Recommandations par situation clinique

## 1. Hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)

### 1.1 Diagnostic

Sauf exception, le bilan diagnostique des Symptômes du Bas Appareil Urinaire (SBAU) de l'homme ne constitue pas une situation d'urgence.

La rétention aigüe, la rétention chronique d'urine, et les complications infectieuses sont les seules situations cliniques qui nécessitent le maintien d'une consultation et la réalisation d'examen complémentaires en urgence.

En cas de symptômes évocateurs d'une rétention chronique d'urine (incontinence urinaire par regorgement associée aux autres troubles mictionnels) une mesure du résidu post-mictionnel avec ou sans échographie réno-vésico-prostatique et un dosage de la créatininémie permettront d'éliminer une rétention chronique et une insuffisance rénale obstructive.

En cas de symptômes évocateur d'une infection urinaire, un ECBU et une mesure du résidu post-mictionnel devront être réalisés.

Lors des téléconsultations, une attention particulière devra être portée pour dépister ces situations à risque.

**Durant l'épidémie de COVID19 on réduira au maximum les consultations physiques pour bilan initial ou de suivi de SBAU liés à l'HBP non compliquée.**

### 1.2 Traitements

#### ***Hyperplasie bénigne de la prostate sans complication***

Le traitement médical des HBP sans complications doit être privilégié, la réévaluation par téléconsultation après 4 à 6 semaine est suffisante.

En cas d'échec du traitement médical, le recours à la chirurgie est différable.

**Groupe D > 16 semaines**

#### ***Hyperplasie bénigne de la prostate compliquée chez patient à risque de forme grave de COVID-19***

#### **Rétention d'urine aigüe ou chronique**

Il faut privilégier un drainage chronique des urines en attendant une prise en charge chirurgicale.

Afin d'éviter une contamination de ces patients à risque de forme grave lors des déplacements dans les établissements de santé, la modalité à privilégier est :

- le maintien d'une sonde vésicale à demeure, à changer au domicile par une infirmière toute les 4 semaines.

- les autosondages propres intermittents (ASPI) sont à privilégier si acceptés et faisables avec une l'éducation rapidement menée en hôpital de jour [14].

Il convient de prescrire le matériel et les soins infirmiers nécessaires à domicile pendant une durée suffisante.

Le suivi des malades, par une téléconsultation, est souhaitable.

**La prise en charge chirurgicale devra être reprogrammée rapidement pour éviter les risques de complication de la sonde a demeure (patients n'ayant pas pu avoir d'ASPI) mais dans une période où le risque iatrogène de contamination par le SRAS-CoV2 sera minimal. C'est finalement au cas par cas qu'il faudra classer les patients en Groupe B « tardif » ou Groupe C « précoce » pour des ré-intervention dans un délais estimable au vu des temps d'incubation actuellement décrit entre 6 et 12 semaines post de confinement.**

Le passage aux ASPI avant chirurgie pourra être reconsidéré[14].

Une prise en charge en chirurgie ambulatoire devra être privilégiée chaque fois qu'elle sera possible. Le recours à des techniques alternatives à la chirurgie endoscopique (embolisation des artères prostatiques, UroLift, Rezum, I-Tind) pourront également se discuter en fonction des possibilités d'accès à travers un protocole de recherche clinique (car techniques non validées, en cours d'évaluation), du volume de sa prostate, du terrain du patient et de son consentement éclairé.

### **Prostatite aiguë**

La prise en charge de cette complication ne souffre aucun retard. Elle devra se faire conformément aux recommandations de prise en charge des infections urinaires masculines à risque de complication.

La prise en charge sera ambulatoire avec suivi par téléconsultation autant que possible.

En cas de rétention associée avec nécessité de drainage des urines ou en présence de signes de sepsis grave, on passe dans le cadre de l'infection urinaire grave [15] nécessitant d'instaurer le traitement sous surveillance en hospitalisation.

Bien que la symptomatologie clinique soit très différente des infections par COVID-19, la recherche des symptômes du COVID-19 est impérative et doit au moindre doute conduire à la réalisation d'un scanner thoracique et d'un prélèvement naso-pharyngé avec PCR SARS-COV2.

De la même manière, une fièvre persistante malgré un traitement bien conduit imposera de contrôler le statut COVID-19 du patient et de le considérer comme positif jusqu'à résultat avec isolement en chambre seule et mesures de protection pour les soignants.

### ***Hyperplasie bénigne de la prostate compliquée chez patient non à risque de forme grave de COVID-19***

Les modalités de drainage à privilégier sont :

- Une éducation aux ASPI en consultation pour autonomiser le patient et pouvoir reprogrammer l'intervention sans urgence[14].

- Le sondage vésical à demeure avec changement de la sonde vésicale par une IDE au domicile toutes les 4 semaines en cas d'impossibilité des ASPI.

Le suivi des malades, par une téléconsultation, est souhaitable.

La prise en charge chirurgicale pourra être reprogrammée sans délai **Groupe B (1 à 8 semaines)**.

Une prise en charge en chirurgie ambulatoire devra être privilégiée chaque fois qu'elle sera possible.

### **Prostatite aiguë**

Les patients sans facteur risque de forme sévère sont pris en charge de la même façon que les patients à risque.

## **2. Hyperactivité vésicale non neurologique**

### **2.1 Diagnostic**

Le bilan d'une hyperactivité vésicale (HAV) ne constitue pas une urgence dans le contexte d'épidémie de COVID-19. Il faut cependant éliminer les diagnostics différentiels urgents (infections urinaires, tumeurs de vessie ou de voisinage, calculs intra-vésicaux).

Le bilan de première intention prescrit en téléconsultation est faisable en externe dans cette situation d'épidémie et consiste en :

- Un ECBU
- Une cytologie urinaire
- Une échographie réno-vésicale et pelvienne

Une nouvelle téléconsultation de synthèse avec les résultats permettra de définir la conduite ultérieure.

### **2.2 Traitement**

#### ***Hyperactivité vésicale non neurologique ayant déjà fait l'objet d'un bilan***

Il convient de privilégier les traitements de première ligne combinés afin d'éviter les consultations et hospitalisations pendant la durée de l'épidémie.

Les traitements à proposer en première intention sont l'oestrogénothérapie locale, la neuromodulation tibiale transcutanée, les anticholinergiques et les bêta3 agonistes.

La rééducation périnéo-sphinctérienne proposée habituellement en première intention doit être reportée à la fin du confinement afin de limiter les contacts interpersonnels.

Les traitements de seconde intention ne doivent pas être réalisés pendant la durée de l'épidémie, à savoir :

- Les injections intra-détrusoriennes de toxine botulique A à faible dose



- Les neuromodulations sacrées

Ces interventions sont reportées et devront être réalisées sans urgence après la fin du confinement. Le décalage sera adapté au meilleur des capacités de chaque centre. **Groupe C**  
**ou Groupe D**

Pour la neuromodulation sacrée, les patient(e)s chez qui un premier temps (test) est en cours sont à considérer comme des urgences relatives. Le test doit être réduit à la durée minimum permettant de conclure quant à l'efficacité du traitement. Le deuxième temps (pose ou dépose) doit être réalisé rapidement afin de limiter le risque infectieux **Groupe A**

### ***Hyperactivité vésicale non neurologique n'ayant pas encore fait l'objet d'un bilan***

Après élimination des diagnostics différentiels, on proposera en 1<sup>ère</sup> intention un traitement médical, comme pour les HAV non neurologiques ayant déjà fait l'objet d'un bilan.

Il convient de réaliser une téléconsultation de réévaluation après mise en place du traitement médical.

En présence de facteurs de risque de tumeur de vessie et en l'absence de cause trouvée lors du bilan initial, lorsque le patient a des symptômes persistants malgré le traitement médical, une cystoscopie devra être réalisée dans les 2 mois. **Groupe B**

## **3. Vessie neurologique**

### **3.1 Diagnostic de nouveau cas de vessie neurologique.**

Le bilan diagnostique d'un nouveau cas de vessie neurologique dans le contexte épidémique actuel ne constitue une urgence qu'en présence d'une complication : infection, rétention, insuffisance rénale avec dilatation rénale, hyperréflexie autonome.

Pour détecter une de ces situations 3 examens peuvent être prescrits en externe ou en centre de rééducation fonctionnelle dont les résultats pourront être communiqué au cours d'une téléconsultation.

- Une échographie réno-vésicale (+/- prostatique) avec mesure du résidu post mictionnel.
- Une évaluation de la fonction rénale (créatininémie ou Cystatine C selon contexte neurologique)
- Un ECBU

Pas d'exploration urodynamique durant la période épidémique afin d'éviter les contacts interpersonnels

En cas de rétention accompagnée ou non de dilatation du haut appareil urinaire la miction spontanée sera remplacée par les ASPI s'ils sont simples à mettre en œuvre en soins externes ou par un drainage à demeure (sonde vésicale ou cathéter sus-pubien) jusqu'à la

fin de l'épidémie. En fin d'épidémie la réévaluation de tels nouveaux cas de neuro-vessie devra se faire sans délai **Groupe B**.

### 3.2 Suivi de neuro vessie

Le suivi par téléconsultation sera à privilégier, basé sur l'interrogatoire, le calendrier mictionnel, l'échographie rénale, l'évaluation de la fonction rénale et l'ECBU.

Pas d'exploration urodynamique durant la période épidémique.

### 3.3 Traitement

#### ***Vessie neurologique non équilibrée à risque***

Il s'agit des patients avec étiologies neurologiques à risque de hautes pressions vésicales chroniques (blessés médullaires supra-sacrés, dysraphismes spinaux)

et/ou

avec un régime de pressions à risque (Pdet max > 30 cmH<sub>2</sub>O et/ou compliance < 20 ml/cmH<sub>2</sub>O) au bilan urodynamique pré confinement

et/ou

ayant ou à risque d'avoir une hyperréflexie autonome non contrôlée (lésion >T6)

et/ou

ayant des complications infectieuses symptomatique itératives (fébriles ou non)

et/ou

ayant une modification récente du haut appareil urinaire (apparition d'une dilatation des cavités rénales, d'une aggravation de la fonction rénale).

Chez ces malades à haut risque infectieux et rénal, les injections de toxine botulique A intra-détrusoriennes doivent être maintenues. **Groupe A**

Le suivi urodynamique ne doit pas être réalisé pendant le confinement.

Les **sphinctérotomies** ou **endoprothèses temporaires** pour dyssynergie vésico-sphinctérienne doivent être reprogrammées dans 2 ou 4 mois **Groupe C**. En attendant, il faut discuter de l'intérêt de la pose d'une sonde à demeure.

Les patients pour lesquels une **entérocystoplastie** avec ou sans **cystostomie continente** était programmée doivent être reprogrammés dans **2 à 4 mois. Groupe C**

Le traitement alternatif à proposer en cas de traitement par toxine botulique avec échappement consiste en des injections intra-détrusoriennes de toxine botulique A avec escalade de dose ou switch Botox®/Dysport® [16]. En cas de difficulté aux autosondages pendant cette période pourra discuter l'indication de pose d'une sonde à demeure.

Les patients pour lesquels une **cystectomie avec urétérostomies trans-iléales de Bricker** était programmée doivent aussi être reportés dans **2 à 4 mois. Groupe C**.

**Cette intervention doit être maintenue en cas de fistule périnéale dans une escarre** ou en cas d'apparition récente d'une insuffisance rénale (par obstruction bilatérale de la jonction urétéro-vésicale ou reflux massif bilatéral) **Groupe A**

Le degré d'urgence ou la date de reprogrammation pour les autres malades en situation de vessie neurologique déséquilibrée en échec de traitement conservateur doit être discuté au cas par cas.

### ***Vessie neurologique équilibrée non à risque***

Chez les patients avec une vessie neurologique équilibrée, il convient de reporter les traitements par toxine botulique à la fin du confinement. **Groupe C**

Le traitement médical devra alors être optimisé (anticholinergiques, béta3 agonistes).

En cas d'apparition d'une hyperréflexie autonome évoquant un déséquilibre nouveau une injection de toxine botulique en urgence pourrait être proposée.

Des téléconsultations doivent être maintenues.

Les bilans de suivi, y compris les examens urodynamiques doivent être reportés afin d'éviter les contacts interpersonnels

### **Conditions spécifiques de réalisation des injections intra-détrusoriennes de toxine botulique A durant la crise de COVID-19**

Les injections intradétrusoriennes de toxine botulique A pour neuro-vessie avec critères de maintien seront réalisées sous anesthésie locales +/- Entonox® au bloc opératoire ou en salle d'endoscopie.

Les patients qui ont des critères de maintien des injections et qui étaient injectés sous anesthésie non locale (en raison d'hyperréflexie autonome ou de douleurs) sont à discuter au cas par cas quant à leur faisabilité sous anesthésie locale (avec en particulier une évaluation du risque d'hyperréflexie autonome).

La réalisation d'une injection au bloc opératoire sous anesthésie générale durant la crise COVID-19 pourrait se discuter exceptionnellement chez un patient avec une hyperréflexie autonome menaçante liée à la dysfonction vésicale et en fonction de la hiérarchie des urgences en vigueur dans chaque centre

Les modalités d'accueil des patients sont à adapter aux précautions COVID-19 mises en œuvre dans le centre durant la crise (évaluation du statut COVID-19 du patient).

## **4. Incontinence urinaire d'effort (homme et femme)**

### **4.1 Diagnostic**

Le bilan diagnostique d'une incontinence urinaire d'effort dans le contexte d'épidémie de COVID-19 ne constitue pas une urgence et doit être reporté après la fin du confinement.

Il faut toutefois vérifier l'absence de rétention chronique d'urines avec miction par regorgement. La mesure de résidu post mictionnel par échographie en externe est suffisante.

## 4.2 Traitement

Il convient de proposer les règles hygiéno-diététiques habituelles dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort (Mictions régulière et apport hydrique adapté, perte de poids, arrêt du tabac, oestrogénothérapie locale)

La rééducation périnéale proposée habituellement en première intention ne doit pas être réalisée en période d'épidémie afin de respecter les règles de confinement et de limiter les contacts interpersonnels.

Elle devra être proposée de nouveau à la fin du confinement.

Les patients ayant une forme d'incontinence urinaire d'effort résistante à la rééducation avec demande de traitement chirurgical devront être reprogrammés sans urgence. **Groupe C** ou **Groupe D**

## 5. Prolapsus des organes pelviens

### 5.1 Diagnostic

Le bilan diagnostique d'un prolapsus des organes pelviens dans le contexte d'épidémie de COVID-19 ne constitue pas une urgence et doit être réalisé après la fin du confinement. Une échographie rénale et pelvienne éliminera les complications rares des stades IV.

### 5.2 Traitement

Le traitement conservateur par pose de pessaire doit être privilégié durant cette période épidémique.

La rééducation périnéale proposée pour atténuer les symptômes des prolapsus des organes pelviens de faible stade ne doit pas être réalisée en période d'épidémie afin de respecter les règles de confinement et de limiter les contacts interpersonnels.

Elle pourra être proposée de nouveau à la fin du confinement.

Les patientes ayant une forme de prolapsus des organes pelviens résistante à la rééducation avec demande de traitement chirurgical doivent être reprogrammés sans urgence. **Groupe C** ou **Groupe D**

Une chirurgie en urgence pourrait être maintenue en cas de cystocèle de grade 4 avec insuffisance rénale aigue obstructive sur plicature urétérale avec échec de pose de pessaire.

**Groupe A**

## 6. Sténose urétrale en rétention

### 6.1 Diagnostic

Les patients ayant une sténose urétrale ne relèvent pas d'une prise en charge diagnostique en urgence pendant la période de confinement total en dehors de la rétention aiguë ou chronique.

## **6.2 Traitement**

Il sera proposé aux ayant présentant une rétention aiguë ou chronique d'urines sur sténose urétrale la pose de cathéter sus-pubien lors du diagnostic. Des changements mensuels du cathéter doivent être réalisés jusqu'à la reprogrammation de l'intervention prévue initialement.

Celle-ci sera réalisée sans urgence après la fin du confinement. **Groupe C**

## **7. Reconstruction du haut appareil urinaire**

### **7.1 Diagnostic**

En dehors des situations d'urgence (insuffisance rénale aiguë, pyélonéphrite aiguë obstructive, colique néphrétique hyperalgique), le bilan diagnostique de lésions fonctionnelles du haut appareil urinaire ne relève pas de l'urgence en période d'épidémie de COVID-19.

### **7.2 Traitement**

Afin de préserver la fonction rénale et de diminuer le risque infectieux, la mise en place d'une endoprothèse urétérale ou d'une sonde de néphrostomie pourront être discutées durant le confinement total.

Les interventions envisagées pour traitement de syndromes de la jonction pyélo-urétérale, de sténose urétérale ou de lésion sténosante de la jonction urétéro-vésicale doivent être reportées dans 2 et 6 mois. **Groupe C ou groupe D**.

## **8 Fistules urinaires**

### **8.1 Diagnostic**

Le diagnostic de fistule urogénitale (vésico-vaginale ou vésico-utérine), uro-digestive (vésico-digestive ou prostatouretrale) ou uro-osseuse (vésico-articulaire post-traumatique, uretropybienne post-chirurgie ou traitement physique) doit être mené sans délais compte tenu des risques de complications graves en particulier infectieuses en cas de retard de prise en charge, des implications médico légalles accompagnant ses situations fréquemment iatrogènes et de la détresse des patients exposé a ces situations. Pour les fistules uretrocutanées sur escarre cf. section vessie neurologique.

### **8.2 Traitement**

Fistules vésico-génitales de la femme précoces (< de 5 jours) : le drainage urinaire permanent par sonde vésicale peut permettre une cicatrisation spontanée si taille < 5mm et tissus non radiques [17]. Pour les fistules de taille > 5 mm, drainage et attente de 8 à 12 semaines avant réparation chirurgicale. Le diagnostic précis permet la planification précise

du geste (voie basse ou haute, technique). Pour les fistules sur terrain radique ou post radiothérapie précoces, une attente de 6 à 12 mois est recommandée avant chirurgie de reconstruction (y compris hors contexte COVID19). **Groupe C** voire **D** si fistule radique.

Les fistules vésico-entérales (coliques / grêliques) sont des urgences chirurgicales. **Groupe A.**

Les fistules prostatorectales récentes relèvent d'un drainage par sonde vésicale ou cathéter sus-pubien avant une chirurgie 8 à 12 semaines au moins après leur survenue. Le délai est à prolonger (6 à 12 mois) pour les fistules post-radicales si l'irradiation était récente. Selon la taille de la fistule et le terrain, une colostomie latérale transitoire peut se discuter en attendant la chirurgie et pour augmenter les chances de succès. **Groupe C** voire **D** si fistule radique.

Les fistules uro-osseuses (urétéro ou prostatorectales) ou vésico-articulaires doivent être traitées sans délai. **Groupe A**

## Conclusion

Les prises en charges d'urologie fonctionnelle comportent quelques situations spécifiques à risque en présence desquelles il est justifié de maintenir les actes chirurgicaux y compris durant l'épidémie de COVID19 : arrêt de test de neuromodulation en cours, injections vésicales de toxine botulique A pour neuro-vessie non équilibrée à risque et cystectomie-Bricker pour fistule urinaire dans une escarre périnéale. Pour les autres situations l'application de 3 niveaux de criticité (B, C, D) pour la reprogrammation pourrait aider à gérer la reprise de l'activité post crise COVID-19. Dans tous les cas, l'accompagnement du patient, fait en particulier par téléconsultation, sera essentiel. Il devra apporter des explications claires, compréhensibles et réalistes sur les raisons du choix des stratégies diagnostiques et thérapeutiques entreprises. Ces informations devront être soigneusement tracées.

## Bibliographie

- [1] Mejean A, Rouprêt M, Rozet F, Bensalah K, Murez T, Game X, et al. [Recommendations CCAFU on the management of cancers of the urogenital system during an epidemic with Coronavirus COVID-19.]. Prog Urol. 28 mars 2020
- [2] CDC COVID-19 Response Team. Preliminary Estimates of the Prevalence of Selected Underlying Health Conditions Among Patients with Coronavirus Disease 2019 - United States, February 12-March 28, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 3 avr 2020;69(13):382-6.
- [3] Dietz W, Santos-Burgoa C. Obesity and its Implications for COVID-19 Mortality. Obesity (Silver Spring). 1 avr 2020;
- [4] CDC. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): are you at higher risk for severe illness? Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/specific-groups/high-risk-complications.html>
- [5] COVID-19 Surveillance Group. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy: report based on available data on March 20th, 2020. Rome, Italy: Istituto Superiore Di Sanita; 2020. [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_20\\_marzo\\_eng.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_20_marzo_eng.pdf)
- [6] Li L-Q, Huang T, Wang Y-Q, Wang Z-P, Liang Y, Huang T-B, et al. COVID-19 patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. J Med Virol. 12 mars 2020;
- [7] [https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/03/Fiche-COVID19\\_V4\\_SFM.pdf](https://www.sfm-microbiologie.org/wp-content/uploads/2020/03/Fiche-COVID19_V4_SFM.pdf)
- [8] Wang W, Xu Y, Gao R, Lu R, Han K, Wu G, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. JAMA. 11 mars 2020;
- [9] Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy. Ann Surg. 26 mars 2020;
- [10] <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Coronavirus-COVID-19/Conseils-sur-l-organisation-des-reunions-de-concertation-pluridisciplinaire-RCP-en-cancerologie-dans-le-contexte-de-l-epidemie-au-Covid-19>
- [11] Pandeva I, Biers S, Pradhan A, Verma V, Slack M, Thiruchelvam N. The impact of pelvic floor multidisciplinary team on patient management: the experience of a tertiary unit. J Multidiscip Healthc. 2019;12:205-10.
- [12] Poinas G, Blache JL, Kassab-Chahmi D, Evrard PL, Cuvelier G Version courte des recommandations de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) pour la cystectomie : mesures techniques. Prog Urol 2019 ;29-2 ; 63-75



[13] [https://sfco.fr/wp-content/uploads/2020/03/SFCO-Chirurgie-oncologique-et-Covid-19.pdf?utm\\_source=altemail&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=2020-04-02+02%2F04%2F2020+SFCO+recos](https://sfco.fr/wp-content/uploads/2020/03/SFCO-Chirurgie-oncologique-et-Covid-19.pdf?utm_source=altemail&utm_medium=email&utm_campaign=2020-04-02+02%2F04%2F2020+SFCO+recos)

[14] Gamé X, Phé V, Castel-Lacanal E, Forin V, de Sèze M, Lam O, et al. Intermittent catheterization: Clinical practice guidelines from Association Française d'Urologie (AFU), Groupe de Neuro-urologie de Langue Française (GENULF), Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER) and Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi-Périnéologie (SIFUD-PP). Prog Urol. 24 mars 2020;

[15] Caron F, Galperine T, Fleteau C, Azria R, Bonacorsi S, Bruyère F, et al. Practice guidelines for the management of adult community-acquired urinary tract infections. Med Mal Infect. 2018;48(5):327-58.

[16] Bottet F, Peyronnet B, Boissier R, Reiss B, Previnaire JG, Manunta A, et al. Switch to Abobotulinum toxin A may be useful in the treatment of neurogenic detrusor overactivity when intradetrusor injections of Onabotulinum toxin A failed. Neurourol Urodyn. 2018;37(1):291-7.

[17] Hilton P. Urogenital fistula in the UK: a personal case series managed over 25 years. BJU Int. juill 2012;110(1):102-10.