

Cari colleghi,

nel momento attuale, pervaso dalla pandemia COVID-19, chi di noi lavora in reparti di Neuro-Riabilitazione o segue pazienti Neurologici ambulatorialmente o in Day-hospital, quotidianamente si trova davanti a nuove situazioni e a nuovi problemi da risolvere.

Molte criticità stanno emergendo anche nel corso degli importanti Webinar organizzati in Marzo e Aprile dalla Simfer e moderati da Paolo Boldrini.

Dalle esperienze fatte in Italia durante l'attuale pandemia Covid-19 nasce la convinzione che qualunque procedura medica di natura elettiva – ambulatoriale o chirurgica – esponga ingiustificatamente i pazienti (ma anche il personale sanitario) ad un elevato rischio di infezione.

L'esigenza frequente di dover valutare le priorità e l'urgenza di patologie anche urologiche dei pazienti, i pro e i contro dei trattamenti, mi fa credere che potrebbe essere utile conoscere il

Report: La Neuro-Urologia durante la pandemia Covid-19:

triage e priorità dei trattamenti

che la SIUD (Società Italiana di Urodinamica) attraverso la sua Commissione di Neuro-Urologia e in collaborazione con la Fondazione Italiana della Continenza, ha recentemente pubblicato .

Le finalità di questo interessante Report sono quelle di aiutare i medici nella valutazione del grado di urgenza delle varie procedure in ambito neuro-urologico in relazione al rischio di infezione da Coronavirus.

Grazie all'ICS (International Continence Society), inoltre, questo documento è ora a disposizione della comunità scientifica internazionale, con la possibilità di diffondere e discutere le opinioni di coloro che sono stati colpiti per primi da questa pandemia in Europa e nel resto del mondo.

Ecco i links:

<https://www.ics.org/news/1076>

<https://m.facebook.com/profile.php?id=100048837631976>

<https://instagram.com/siudsocial?igshid=1d807526987rz>

<https://twitter.com/SIUD>

In allegato i documenti relativi al Report

Susanna Podda

Coordinatrice Nazionale SIMFER Sez. 19 di Rieducazione pelvi-perineale

Commissione di Neuro-Urologia SIUD

La drammatica situazione dovuta alla Covid-19 sta mettendo a dura prova il nostro sistema sanitario. E' urgente ripensare al modo di praticare l'attività medica.

Gli Urologi Funzionali e i Neuro-urologi non sono in prima linea nella lotta alla pandemia e hanno visto limitare drasticamente le attività ambulatoriali e chirurgiche. Perciò c'è bisogno di ridefinire il nostro agire per mantenere standard di sicurezza ed evitare di esser messi in fondo alla lista delle priorità.

La SIUD (Società Italiana di Urodinamica) attraverso la sua Commissione di Neuro-Urologia e in collaborazione con la Fondazione Italiana della Continenza, ha pubblicato un report le cui finalità sono di aiutare i medici nella scelta delle priorità nella gestione dei pazienti neuro-urologici adulti.

Grazie all'ICS (International Continence Society) questo documento è ora a disposizione di tutti, con la possibilità di diffondere e discutere le opinioni di coloro che sono stati colpiti per primi da questa pandemia in Europa e nel resto del mondo.

Siamo sicuri che questo documento potrà essere d'aiuto all'intera comunità ICS nella salvaguardia della salute dei lavoratori e nel consigliare i trattamenti più indicati per i nostri pazienti.

Julien Renard



Fondazione italiana
continenza

Neuro-Urology during the Covid-19 pandemic: triage and priority of treatments

Musco S¹, Del Popolo G¹, Lamartina M², Herms A³, Renard J⁴, Manassero A⁵, Soligo M⁶

1. Department of Neuro-Urology Dept, Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi, Firenze, Italy
2. Urology Unit, Casa di Cura Candela, Palermo, Italy
3. Department of Urology, Südtiroler Sanitätsbetrieb Azienda Sanitaria dell' Alto Adige Azienda Sanitaria de Sudtirol, Brixen/Bressanone, Italy
4. Division of Urology, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland
5. Department of Neuro-Urology, CTO – Unità Spinale, Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino, Italy.
6. Department of Obstetrics and Gynecology, Buzzi Hospital, ASST FBF Sacco, University of Milan, Milan, Italy.

The need to postpone all elective medical activities (consultations and elective surgery) has emerged due to the experiences of some Italian regions during the current COVID-19 Pandemic. In fact, these activities may expose not only patients but also health workers to an increased risk of infection. Even though all screening measures are applied, as well as adherence to individual behavioural principles, the risk of contracting an infection by coming to the Hospital remains high.

All emergency procedures including unpostponable oncological treatments were excluded from these limitations, leaving some healthcare professionals feeling that the particularities of certain disorders and the potential harmful implications of putting them in “standby” had not been fully addressed, which is justified by the unexpected severity of this sanitary crisis¹⁻³.

Indeed, these unprecedented times have put enormous pressure on both our professional and personal lives. With this in mind, we must look after Covid-19 patients while continuing to provide ongoing care for our existing patients. We know that urological management in neurological patients' needs to be tailored to individual circumstances, and this is even more pertinent during these uncertain times. It is clear to all that neurological patients are often fragile, exposed to many comorbidities and therefore high-risk targets for the virulence of COVID-19. From our point of view the correct way to manage this situation would be to advocate for a change in perspective, adopting an asymmetrical approach: focusing on our patients' special needs, but never neglecting the major community interest.

In this context the Neuro-Urology Commission of the Italian Society of Urodynamics with the support of the Italian Continence Foundation is urging a reconsideration of the emerging problems connected with managing neuro-urological patients and suggests steps to ensure continuous care during this pandemic period⁴. This paper is mainly based on expert opinions, taking into consideration local protocols and lack of healthcare resources. Due to time constraints, a rigorous consensus was not

possible, but an endorsement was requested from the International Continence Society board as we undoubtedly believe it will be helpful to the entire community to safeguard both healthcare professionals and patients.

We have therefore decided:

- To ascertain procedural steps that could serve as a temporary solution, during the pandemic period, aimed at minimising complications based on different Neuro-Urological patterns
- To define priority and timing for diagnosis and interventional procedures based on the different resources of the Centres (Spinal Unit versus Functional Urology Centre) compared to the individual patient risks (type of neurological burden, type of dysfunction, comorbidities) in the transition period concluding the pandemic crisis, and also once regular activity gradually resumes.

To fulfil the abovementioned proposals the following steps, have to be considered:

A great heterogeneity exists within our National Health Systems between the various referral centres for neuro-urological patients. Nevertheless, currently all deferrable face-to-face out-patient appointments have been cancelled. Video or telephone consultations, performed according to local privacy laws, must be undertaken everywhere⁵. This approach would avoid sudden interruption in follow-ups, and would have the benefit of offering some psychological support to a population which is under substantial stress; secondly, it would allow the possibility to identify medical matters that may qualify for urgent management or define a priority list of treatments to be performed once restrictions have been lifted, so as not to waste precious time once “normal activity” resumes. Investigation procedures such as ultrasonography and cystoscopy must be limited to undeferrable/urgent conditions or to selected inpatients where the lack of a proper diagnosis and treatment could delay a patient’s recovery and subsequent discharge. Conversely, urodynamics must be avoided throughout the lockdown phase. Subsequently, priority criteria should take into consideration the type of admission (in or outpatient) and evaluation (first diagnosis or follow-ups), besides the individual neuro-urological conditions, risk of complications and comorbidities. Meanwhile, non-invasive urodynamic measures such as keeping a bladder diary should be encouraged of all patients via a dedicated institutional email account or other possible methods according to local advisories. If indicated, tele prescription of antimuscarinics or other drugs should be done. Areas where pharmacological treatments cannot be prescribed electronically should be supported by a local urologist or GP. Urological care would continue to be provided to inpatients with neurological issues (e.g. within the Spinal Unit) ensuing adequate bladder rehabilitation programs with avoidance of deferrable invasive procedures.

It must be clear that we are acting in an emergency situation, comparable in some ways to a war context. In this situation the right balance between urgency of the procedure, risks of contagion, accessibility to anaesthesiological assistance as well as to health care units and other post-operative care, and the lack of resources due to the demands of Covid-19 patients have to be taken into account on a local basis. The aim of this document is not to serve as a guideline but rather as suggestions to assist practitioners who might be unsure how to prioritize Neuro-urological adult patients. The indications of maximum time limit are based on clinical practice and may be lower if the local epidemiological situation permits it. Giving a medium post-epidemic time limit should help practitioners organize access to the operating theatre when activity slowly resumes.

Diagnosis	Procedure	Maximum time limit during Pandemic	Maximum time limit after Pandemic	Observations
<i>Asymptomatic obstructive hydronephrosis with</i>	Ureteral stent, Nephrostomy	4 weeks	4 weeks	considering the local trend of the outbreak, to avoid risks of infection

<i>conserved renal function</i>				
<i>Chronic urinary retention</i>	Intermittent Catheter (IC) training	No limitations	Any moment catheterization teaching is possible	IC training during pandemic could be limited for lack of healthcare resources. Consider indwelling catheter when IC training cannot be offered
<i>Chronic Urinary retention +/- urinary incontinence +/- chronic pelvic pain</i>	Electric stimulation (TENS; IVES; etc.), Perineal rehabilitation, neuromodulation	No limitations	Whenever possible	Consider indwelling catheter +/- pain therapy Physiatrists intervention should be suppressed except urgent need
<i>Neurogenic Stress incontinence</i>	Device implantation	Not indicated	No limitations	Social continence can be assured with pads, urethral or external catheters
<i>Neurogenic Erectile dysfunction refractory to conservative treatment</i>	Prosthesis implantation	Not indicated	No limitations	
<i>Defective implants or devices</i>	Removal of prosthesis	No limitations	At whatever time with the correct logistics available	
<i>Erosion from implants or prosthesis without infection</i>	Prosthesis removal	max 4 weeks	max 2 weeks	Evaluate singularly
<i>Infected implants</i>	Prosthesis removal	Variable (max 7 days)	Variable (max 7 days)	Infected implants may progress rapidly to systemic infection and emergently treated. Consider antibiotic coverage waiting for Covid-19 swab results if elective surgery is planned
<i>Patient with implanted stage I sacral neuromodulation (SNM)</i>	Explanation SNM stage I or positioning of stage II SNM	4-6 weeks complete SMN explanation or removal of the external connection	4-6 weeks	Second stage should be done only after the pandemic to obviate the need of following short term follow-ups or further complications
<i>Detrusor sphincter dyssynergia</i>	Urethral sphincter Botox injection or sphincterotomy	No limitation	No limitation	Differ until end of epidemic Pursue IC or when not possible indwelling catheter
<i>Neurogenic detrusor overactivity without prior urodynamic risk factors for the upper urinary tract</i>	Botulinum toxin detrusor injection	Not indicated	8 weeks	Consider increase of antimuscarinics dosage, adding another antimuscarinic (also intravesical oxybutinin) and/or beta adrenergic
<i>Neurogenic detrusor overactivity with prior urodynamic risk</i>	Botulinum toxin detrusor injection	8 weeks	4 weeks	In the meantime, consider indwelling catheter or increasing antimuscarinics dosage, adding another antimuscarinic

<i>factors for upper urinary tract (e.g. vesico urethral reflux) or history autonomic dysreflexia</i>				(also intravesical oxybutinin) and/or beta adrenergic. Alpha-blockers can be indicated if signs or symptoms of autonomic dysreflexia
<i>Detrusor overactivity with/without reduced refractory compliance</i>	Enterocystoplasty +/- ureteral reimplantation	Not indicated	24 weeks	Consider indwelling catheter in the meantime
<i>Bladder stone in neurogenic bladder</i>	Endoscopic removal of stone / cistolithotomy	Not indicated	3-6 weeks	consider in the meantime indwelling catheter. Patients with possible autonomic dysreflexia crises or high intravesical pressures should be carefully evaluated and planned before.

Acknowledgments

This document would have been impossible without the support of all the members of the Neuro-Urology commission of the Italian Urodynamic Society.

References

1. Simonato A, Giannarini G, Abrate A et al. Pathways for urology patients during the COVID-19 pandemic. *Minerva Urol Nefrol.* Mar 2020.
2. Katz EG, Bukavina L, Stensland KS et al. Triage of Office-Based Urologic Procedures During the COVID-19 Pandemic. *J Urol.* Apr 2020.
3. Stensland KD, Morgan TM, Moinzadeh A et al. Considerations in the triage of urologic surgery during the Covid-19 Pandemic. *Eur Urol.* 2020.
4. “Triage Neuro-Urologico e priorità di trattamento in pandemia”. Commissione Neuro-Urologia SIUD. [Internet]. Available from: <https://www.siud.it/wp-content/uploads/2020/04/Triage-Neuro-Urologico-2020.pdf>
5. Gadzinski AJ, Ellimoottil C, Odisho AY et al. Implementing Telemedicine in Response to the 2020 COVID-19 Pandemic. *J Urol.* Apr 2020.



SIUD & COVID-19

Triage Neuro-Urologico e priorità di trattamento in pandemia

commissione Neuro-Urologia SIUD

a cura di Achim Herms

e con la collaborazione della Fondazione Italiana Continenza



Dalle esperienze fatte in alcune regioni dell'Italia durante l'attuale pandemia Covid nasce la convinzione che qualunque procedura medica di natura elettiva – ambulatoriale o chirurgica – esponga ingiustificatamente i pazienti (ma anche il personale sanitario) ad un rischio di infezione. Infatti, seppur applicando strategie di screening preoperatorie e di prevenzione mediante dispositivi di protezione individuale, il rischio che i pazienti possano contrarre l'infezione in ambito ospedaliero è considerato estremamente elevato.

La seguente tabella mira a fornire un orientamento in fieri, condiviso dai componenti della commissione di neurourologia e dalla Fondazione Italiana Continenza senza rappresentare assolutamente linee guida che avrebbero ben altra procedura, nella valutazione del grado di urgenza delle varie procedure in ambito neurourologico in relazione al rischio di infezione che un ricovero per un intervento di natura potenzialmente differibile possa rappresentare. Le indicazioni dei limiti di tempo massimi si basano sulla pratica clinica. Fornendo un limite di tempo post-epidemia, la tabella vuole essere d'aiuto inoltre per l'organizzazione dell'accesso alle sale operatorie alla ripresa della normale attività ospedaliera.

Diagnosi	Procedure	Limite di tempo max. in epidemia	Limite di tempo max. post-epidemia	Osservazioni
<i>Ascessi; Fournier</i>	Drenaggio, incisione, chirurgia.	0 gg	0 gg	
<i>Idronefrosi asintomatiche (da ostruzione), funzionalità renale conservata</i>	Stent ureterale nefrostomia.	4 settimane	4 settimane	
<i>Idronefrosi febbrili (da ostruzione)</i>	Stent ureterale; nefrostomia.	0 gg	0 gg	
<i>Ritenzione urinaria acuta</i>	Catetere a dimora.	0 gg	0 gg	



<i>Infezione urinaria febbrile</i>	catetere a dimora.	0 gg Da eseguirsi possibilmente da parte del paziente, del distretto o del curante.	0 gg	
<i>Ritenzione urinaria cronica</i>	Insegnamento cateterismo intermittente	Senza limite; Considerare catetere a dimora	Qualunque momento in cui un adeguato insegnamento sia possibile.	
<i>Ritenzione urinaria cronica +/- incontinenza urinaria +/- dolore pelvico cronico</i>	Stimolazioni elettriche (TENS; IVES; etc.), riabilitazione perineale, neuromodulazione	Senza limite Considerare catetere a dimora Considerare terapia antidolorifica	Qualunque momento possibile.	
<i>Incontinenza da sforzo neurogena</i>	Impianto di device per la terapia dell'incontinenza	Non indicato. Garantire la continenza sociale mediante presidi per la continenza (assorbenti/urocondom)	Senza limite.	
<i>disfunzione erettile no responder trattamenti conservativi</i>	Protesi peniena	Non indicato.	Senza limite.	
<i>Impianti/protesi mal funzionanti</i>	Rimozione protesi.	Senza limite.	Qualunque momento in cui un adeguato trattamento sia logisticamente possibile.	
<i>Erosione di Impianti/protesi senza evidenza di infezione sistemica</i>	Rimozione protesi.	Max. 4 settimane	Max. 2 sett.	Da valutare individualmente
<i>Impianti infetti</i>	Rimozione protesi	Max. 0-2 gg	Max. 0-2 gg	
<i>Tamponamento vescicale da coaguli</i>	Rimozione coaguli, eventualmente resezione transuretrale di masse sanguinanti, emostasi.	0 gg	0 gg	
<i>Traumatismi uretrali</i>	Posizionamento catetere a dimora o catetere soprapubico.	0 gg Cambio catetere nell'ambulatorio specialistico finché dura l'emergenza.	0 gg Programmare ulteriore accertamenti se necessario.	
<i>Portatore neuromodulatore temporaneo (e.d.1°Stage)</i>	Espianto neuromodulatore 1°Stage/impianto 2°Stage	4-6 settimane.	4-6 settimane.	
<i>Dissinergia detrusore sfintere striato</i>	Infiltrazione dello sfintere uretrale con tossina botulinica; sfinterotomia.	Praticare cateterismo intermittente quando possibile. In alternativa considerare catetere a dimora.	Senza limite.	

<i>Iperattività detrusoriale neurogena SENZA pregressi fattori urodinamici di rischio per il tratto urinario superiore</i>	Infiltrazione detrusoriale con tossina botulinica.	Non indicato	Senza limite	considerare aumento del dosaggio della terapia antimuscarinica rispetto a dosaggi pregressi (anche ossibutinina intravesicale), la combinazione di 2 anti muscarinici e/o beta3 adrenergici
<i>Iperattività detrusoriale neurogena, CON pregressi fattori urodinamici di rischio per il tratto urinario superiore (p.es. reflusso vescico-ureterale)</i>	Infiltrazione detrusoriale con tossina botulinica.	Non indicato	6 settimane.	Nell'attesa considerare catetere a dimora, aumento del dosaggio della terapia anti muscarinico rispetto a dosaggi pregressi (anche ossibutinina intravesicale), la combinazione di 2 anti muscarinici e/o beta3 adrenergici
<i>iperattività detrusoriale neurogena con disreflessia autonoma</i>	Infiltrazione detrusoriale con tossina botulinica.	Non indicato	2-4 settimane	Nell'attesa considerare catetere a dimora, aumento del dosaggio della terapia antimuscarinici rispetto a dosaggi pregressi, la combinazione di 2 anti muscarinici e/o di terapia combinata con alfa-litico
<i>Iperattività detrusoriale e/o ridotta compliance refrattaria</i>	Cistoplastica di ampliamento +/- reimpianto ureterale	Non indicato	24 settimane	Nell'attesa considerare catetere a dimora
<i>Calcolo vescicale in paziente neurologico</i>	Rimozione endoscopica calcolo; cistolitotomia.	Non indicato.	6 settimane.	Tener presente l'eventuale alterato comportamento vescicale con possibili aumenti non tollerabili della P det.
<i>Calcolo vescicale in paziente con disreflessia autonoma</i>	Rimozione endoscopica calcolo; cistolitotomia.	2 settimane.	3 settimane.	Mettere in relazione i rischi delle crisi ipertensive dovute alla disreflessia autonoma con il fatto che questo gruppo di pazienti è maggiormente a rischio per un decorso sfavorevole in caso di un'infezione: programmare il paziente appena la situazione epidemiologica lo permette.