



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



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
Ascessi; Fournier	Drenaggio, incisione, chirurgia.	0 gg	0 gg	
Idronefrosi asintomatiche (da ostruzione), funzionalità renale conservata	Stent ureterale nefrostomia.	4 settimane	4 settimane	
Idronefrosi febbrili (da ostruzione)	Stent ureterale; nefrostomia.	0 gg	0 gg	
Ritenzione urinaria acuta	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.