

[Recommendations of the Committee of Andrology and Sexual Medicine of the AFU concerning the management of andrological and sexual medicine pathologies during the COVID-19 crisis].

Title: [Recommendations of the Committee of Andrology and Sexual Medicine of the AFU concerning the management of andrological and sexual medicine pathologies during the COVID-19 crisis].

Publication year: 2021

Journal: Progres en urologie : journal de l'Association française d'urologie et de la Société française d'urologie

Authors: Département d'urologie, transplantation rénale et andrologie, site de Rangueil, CHU de Toulouse, Toulouse, France. Electronic address: eric.huyghe@yahoo.fr.

Society: Committee of Andrology and Sexual Medicine of the AFU

Origin country: France

Target countries: France

DOI: 10.1016/j.purol.2020.08.001

PMID: 33941462

Source: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33941462/>

pmc Prog Urol Prog Urol 3815 pheelsevier 9307844 Progres En Urologie 1166-7087
pmc-is-collection-domain yes pmc-collection-title Elsevier - PMC COVID-19 Collection
PMC7434359 PMC7434359.1 7434359 7434359 33941462 10.1016/j.purol.2020.08.001
S1166-7087(20)30483-8 1 Recommendation Recommendations du Comité d'andrologie et de
médecine sexuelle de l'AFU concernant la prise en charge andrologique et en médecine sexuelle
en contexte et en sortie de crise sanitaire liée au COVID-19 Recommendations of the Committee of
Andrology and Sexual Medicine of the AFU concerning the management of andrological and sexual
medicine pathologies during the COVID-19 crisis Huyghe E. a ■ Graziana J.P. b Methorst C. c
Morel Journal N. d Terrier J.E. e Marcelli F. f Madec F.X. g Yiou R. h Akakpo W. i Hupertan V. j
Carnicelli D. d Beley S. k Ferretti L. l Faix A. m Relecteurs Burte C. Chevallier D. Delaunay B.
Droupy S. El Osta R. Game X. Gayrel P. Giuliano F. Izard V. Mallet R. Ruffion A. Salin A. Savareux
L. Staerman F. a Département d'urologie, transplantation rénale et andrologie, site de Rangueil,
CHU de Toulouse, Toulouse, France b Clinique mutualiste de la porte de l'Orient, Lorient, France c
Service d'urologie, centre hospitalier des quatre villes, Saint-Cloud, France d Service d'urologie,
centre hospitalier Lyon Sud, Lyon, France e Hôpital privé de La Châtaignerie, Beaumont, France f
Service d'urologie, CHRU de Lille, Lille, France g Service d'urologie, hôpital Foch, Suresnes,
France h Service d'urologie, CHU Henri-Mondor, Créteil, France i Service d'urologie, hôpital
universitaire de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France j Cabinet médical Paris Batignolles, Paris, France
k Service d'urologie, hôpital Américain, Paris, France l Service d'urologie, hôpital d'instruction des
armées Robert-Picqué, Villenave-d'Ornon, France m 265, avenue des États-du-Languedoc,
Montpellier, 34000, France ■ Auteur correspondant. Département d'urologie, transplantation rénale
et andrologie, site de Rangueil, CHU de Toulouse, 1, avenue du Pr-Jean-Poulhès, 31059 Toulouse,
France. June-July 2021 18 8 2020 31 8 363485 495 502 11 5 2020 13 8 2020 18 08 2020 19 08
2020 19 12 2022 © 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved. 2020 Elsevier Masson SAS
Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in
English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is
hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website. Elsevier hereby
grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19
resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and
other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted
research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original
source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource

centre remains active. Objectif Aider les urologues dans leur prise en charge des pathologies andrologiques et en médecine sexuelle durant la crise COVID-19.

Utilisation de la méthode du consensus formalisé.

La prise en charge médicale et chirurgicale des patients en andrologie et médecine sexuelle doit être adaptée. Les consultations devront, dans la mesure du possible, se faire en téléconsultation. Pour les actes opératoires, le délai entre la prise de décision opératoire et la date de (re)programmation du geste dépendra : (1) du niveau de criticité de la situation clinique ; (2) du type d'intervention ; (3) de la répercussion fonctionnelle et psychologique, notamment de la qualité de vie dans l'attente de l'intervention ; (4) de la notion de perte de chance d'avoir un résultat optimal ; (5) du risque de complication potentielle à différer trop longtemps une intervention ; et (6) en tenant compte des facteurs de risque de formes graves de COVID-19 du patient. La protection des urologues vis-à-vis du COVID-19 doit être prise en considération. Chaque urologue doit prendre la meilleure décision pour le patient en prenant en compte le délai acceptable et la répercussion en termes de qualité de vie avant la prise en charge chirurgicale, les paramètres de risques COVID, la faisabilité technique et anesthésique et la possibilité structurelle de l'établissement de soins à assurer un parcours dédié spécifique pendant la crise sanitaire COVID-19.

La prise en charge des pathologies andrologiques et de médecine sexuelle doit être adaptée au contexte de crise du COVID-19. Certains patients peuvent relever de la chirurgie, y compris dans l'urgence. Ces recommandations sont transitoires et prendront fin avec la crise du COVID-19.

To assist urologists in the management of andrological and sexual medicine pathologies during the COVID-19 crisis.

The medical and surgical management of patients in andrology and sexual medicine must be adapted. Consultations should, as far as possible, be carried out by tele-consultation. For operative procedures, the delay between the operative decision and the date of (re)scheduling of the procedure will depend on: (1) the level of criticality of the clinical situation; (2) the type of intervention; (3) the functional and psychological repercussions, including quality of life while waiting for the procedure; (4) the notion of losing the chance of having an optimal outcome; (5) the risk of potential complications from delaying a procedure for too long; and (6) taking into account the patient's risk factors for severe forms of COVID-19. The protection of urologists from COVID-19 should be considered. Each urologist must make the best decision for the patient, taking into account the acceptable time frame and quality of life impact before surgical management, the COVID risk parameters, the technical and anesthetic feasibility and the structural possibility of the health care institution to ensure a specific dedicated pathway during the COVID-19 health crisis.

The management of andrological and sexual medicine pathologies must be adapted to the COVID-19 crisis context. Some patients may require surgery, including in emergency. These recommendations are transitional and will end with the COVID-19 crisis.

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, 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 la COVID-19 au cours des soins.

Ainsi, les prises en charge à domicile sont encouragées chaque fois que possible (consultations téléphoniques, télémedecine, traitement médical), et les chirurgies pour situations urgentes et/ou à risque vital ou fonctionnel sont priorisées [1] .

À ce titre, la santé sexuelle est reconnue par l'OMS comme un déterminant important de la qualité de vie, de même que la reproduction. De ce fait, les reports d'interventions qui pourraient résulter des arbitrages liés à l'épidémie de COVID-19 risquent d'impacter négativement la santé physique, mentale et relationnelle de ces patients.

Le Comité d'andrologie et de médecine sexuelle propose une hiérarchisation des actes permettant d'identifier les situations justifiant un maintien des actes dans le contexte de l'épidémie COVID-19 (et aux décours), et de faciliter la reprogrammation en sortie de crise de ceux moins urgents qui auront été annulés.

Les objectifs de ces recommandations sont de : • mettre à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs) un guide de bonnes pratiques sur lequel s'appuyer pendant, mais aussi après la crise COVID-19 ;

fournir aux urologues une aide à la prise de décision dans le choix des soins et l'organisation des reprogrammations, et de leur permettre de justifier leur décision ;

réduire les traitements et actes à risque dans le contexte de sortie de crise liée à COVID-19 ;

protéger les patients et les personnels soignants d'une contamination par la COVID-19 au cours de soins dans le domaine de l'andrologie et de la médecine sexuelle ;

réduire les ruptures dans les parcours de santé.

Ces recommandations ont été établies par les membres actifs et experts du Comité d'andrologie et de médecine sexuelle. Dans le contexte très particulier dans lequel ces recommandations ont été élaborées, et de leurs objectifs, la méthode « recommandations par consensus formalisé » (RCF) a été préférée à la méthode « recommandations pour la pratique clinique » (RPC). En effet, selon l'HAS [2], la méthode « recommandations par consensus formalisé » doit être préférée dès lors qu'au moins 2 des conditions suivantes sont réunies : • absence ou insuffisance de littérature de fort niveau preuve répondant spécifiquement aux questions posées ;

possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables (listes d'indications, de critères, etc.) ;

controverse, avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

Ce qui est le cas dans le contexte inédit dans lequel elles ont été élaborées.

Dans la discussion autour du maintien ou du report d'un acte chirurgical durant l'épidémie de COVID-19, l'évaluation du risque pour le patient de développer une forme sévère de l'infection est primordiale.

Selon la littérature et l'avis émis le 14 mars 2020 par le Haut Conseil de la santé publique, sont considérés comme des facteurs de risque de forme sévère [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9] : • personnes âgées de 70 ans et plus ;

ATCD de coronaropathie, insuffisance cardiaque stade NYHA III-IV,

diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie ;

pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;

insuffisance rénale chronique dialysée ;

malades atteints de cancer sous traitement ;

immunodépression liée à une greffe d'organe solide ou de cellules souches ;

immunodépression liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;

corticothérapie à dose immunosuppressive ;

obésité (indice de masse corporelle $> 35 \text{ kg/m}^2$) ;

infection à VIH non contrôlé ou avec des $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$;

cirrhose $\geq$ stade B de la classification de Child-Pugh.

Bien qu'il y ait une prédominance masculine de formes symptomatiques de COVID-19 (60 % : 95 % CI [0,54, 0,65]), le genre masculin n'est pas considéré, à l'heure actuelle, comme un facteur de risque de forme sévère [10] .

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 suspects 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 [11] , [12] . La virémie n'a été observée qu'en cas de formes sévères. Deux articles récents ne retrouvaient pas de virus dans le liquide séminal [13] , [14] , mais un article récent a montré que du virus était présent dans le sperme de patients COVID + dans 15,8 % des cas [15] . La présence de coronavirus dans les selles est en revanche avérée [8] .

Les réunions de concertations pluridisciplinaires d'oncologie ont fait l'objet des recommandations par l'INCa [16] . Dans le cadre des activités de procréation médicalement assistée, la pluridisciplinarité de la prise en charge est inscrite dans la Loi [17] . Concernant les autres champs de l'andrologie et la médecine sexuelle, il apparaît important durant cette crise de maintenir le caractère collégial pluridisciplinaire des discussions de dossiers difficiles.

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 actes incluant les décisions de déprogrammations et les délais souhaitables de report.

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

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

Bon nombre d'actes de chirurgie andrologique peuvent être réalisés en chirurgie ambulatoire. Dans le contexte de l'épidémie par la COVID-19, la durée de séjour hospitalier devra être limitée à la fois pour diminuer le risque de contamination nosocomiale par la 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. Quand un acte est réalisable dans de bonnes conditions sous anesthésie locale, et que ce mode d'anesthésie est acceptable par le patient, il sera privilégié.

Plus que jamais, le praticien devra veiller à délivrer une information la plus précise possible. Cette information concernera la pathologie, les traitements, les comorbidités présentées par le patient faisant courir un risque de formes graves par la COVID-19, et l'environnement (notamment le risque d'infection au sein de la structure de soin et dans l'environnement géographique), afin d'aider le patient à évaluer la balance bénéfice-risque et de participer à la décision. Le praticien devra s'enquérir de la bonne compréhension de l'information, en particulier, sur le risque d'infection nosocomiale à COVID-19, et à la tracer au mieux.

Nous avons défini 4 niveaux de criticité, par ordre décroissant : • niveau A : acte est à maintenir durant l'épidémie ;

niveau B : acte à reprogrammer sans délai (délai < 3 mois) ;

niveau C : acte à reprogrammer sans urgence (délai > 3 mois) ;

niveau D : acte pouvant être différé de plusieurs mois pour être reprogrammé avec un risque viral minimal (réévaluation avant reprogrammation).

La date à partir de laquelle on calcule le délai avant intervention est la date de la consultation préopératoire au cours de laquelle a été prise la décision opératoire.

- Nous recommandons de réaliser la chirurgie en urgence, quels que soient les facteurs de risque du patient, en raison de la mise en jeu du pronostic fonctionnel du testicule, en cas de chirurgie différée de plus de 6H. Niveau A.

- Nous recommandons de réaliser la chirurgie en urgence, quels que soient les facteurs de risque du patient, en raison du risque d'aggravation (gangrène de Fournier, septicémie) avec mise en jeu du pronostic vital, en cas de chirurgie différée. Niveau A.

- Nous recommandons de réaliser la chirurgie en urgence, quels que soient les facteurs de risque du patient, en raison d'un risque de séquelles plus important et de moins bons résultats fonctionnels, mettant en jeu le pronostic fonctionnel en cas de chirurgie différée. Niveau A.

- Nous recommandons de réaliser la chirurgie en urgence, quels que soient les facteurs de risque du patient, en raison du caractère ischémique et douloureux du trouble, et du risque majeur vis-à-vis du pronostic fonctionnel en cas de chirurgie différée. Niveau A.

- Si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit réalisée sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée de manière à être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19. Niveau D.

- Nous recommandons de réaliser la chirurgie du paraphimosis en urgence, quels que soient les facteurs de risque du patient, en raison du risque d'ischémie du gland. Niveau A.

Nous recommandons de (re)programmer une posthectomie (ou plastie préputiale) sans délai, si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, motivé, avec une gêne fonctionnelle majeure, si phimosis compliqué, douleur, sténose serrée, fissuration ou infection. Niveau B.

Dans les autres cas, chez un patient qui n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit (re)programmée sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée de manière à être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19. Niveau D.

- Nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans délai si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, motivé, avec une gêne fonctionnelle majeure, en cas de rupture, douleur, et saignements répétés. Niveau B.

Dans les autres cas, chez un patient qui n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit (re)programmée sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée de manière à être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19. Niveau D.

- Nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans délai, si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, motivé, avec facteur féminin (âge, réserve ovarienne, traitement féminin en cours, en concertation avec l'équipe de PMA). Niveau B.

Dans les autres cas, chez un patient qui n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit (re)programmée sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée de manière à être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19. Niveau D.

- Nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans délai, si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, motivé, avec facteur féminin (âge, réserve ovarienne, traitement féminin en cours, en concertation avec l'équipe de PMA) ou préservation de la fertilité pour cancer ou traitement d'induction de la spermatogenèse en cours. Niveau B.

Dans les autres cas, chez un patient qui n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit (re)programmée sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée de manière à être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19. Niveau D.

- Si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée afin d'être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19, avec réévaluation avant reprogrammation. Niveau D.

- Si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, motivé, avec gêne fonctionnelle et/ou psychologique, nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée afin d'être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19, avec réévaluation avant reprogrammation. Niveau D.

- Nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans délai, en cas de complication d'un implant pénien fonctionnellement gênante. Niveau B.

Nous recommandons de (re)programmer la chirurgie de pose d'un implant sans urgence, si le patient n'est pas à risque de forme grave COVID-19, motivé avec gêne fonctionnelle et/ou psychologique. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée afin d'être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19, avec réévaluation avant reprogrammation. Niveau D.

- Pour les patients en cours de reconstruction chirurgicale génitale, motivés, avec une gêne fonctionnelle et psychologique majeure, et n'étant pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons de poursuivre le parcours jusqu'à son terme en (re)programmant la(les) chirurgie(s) restante(s) sans délai. Niveau B.

Pour les patients n'ayant pas commencé le parcours de reconstruction chirurgicale génitale, motivés, avec une gêne fonctionnelle et psychologique majeure, et n'étant pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons de (re)programmer la chirurgie sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée afin d'être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19, avec réévaluation avant reprogrammation. Niveau D.

- Chez un patient qui n'est pas à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit (re)programmée sans urgence. Niveau C.

Si le patient est à risque de forme grave COVID-19, nous recommandons que l'intervention soit différée de manière à être réalisée avec un risque minimal de contamination par la COVID-19. Niveau D

Ces recommandations devront être interprétées en fonction : • du patient (âge, comorbidités, souffrance, impact fonctionnel) ;

de la structure où il est pris en charge (ressources de l'établissement de santé, accès au bloc opératoire, lits disponibles en USI), dans le respect des lignes édictées par les instances ;

de l'environnement (notamment risque d'infection par la COVID-19 dans le territoire).

La prise en charge médicale et chirurgicale des patients en andrologie et médecine sexuelle doit être adaptée (Tableau 1). Les consultations devront, dans la mesure du possible, se faire en téléconsultation. Pour les actes opératoires, le délai entre la prise de décision opératoire et la date de (re)programmation du geste dépendra : • du niveau de criticité de la situation clinique ;

de la répercussion fonctionnelle et psychologique, notamment de la qualité de vie dans l'attente de l'intervention ;

de la notion de perte de chance d'avoir un résultat optimal ;

du risque de complication potentielle à différer trop longtemps une intervention ;

en tenant compte des facteurs de risque de formes graves de COVID-19 du patient.

La protection des urologues vis-à-vis du COVID-19 doit être prise en considération. Chaque urologue doit prendre la meilleure décision pour le patient en prenant en compte le délai acceptable et la répercussion en termes de qualité de vie avant la prise en charge chirurgicale, les paramètres de risques COVID, la faisabilité technique et anesthésique et la possibilité structurelle de l'établissement de soins à assurer un parcours dédié spécifique pendant la crise sanitaire COVID-19.

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.