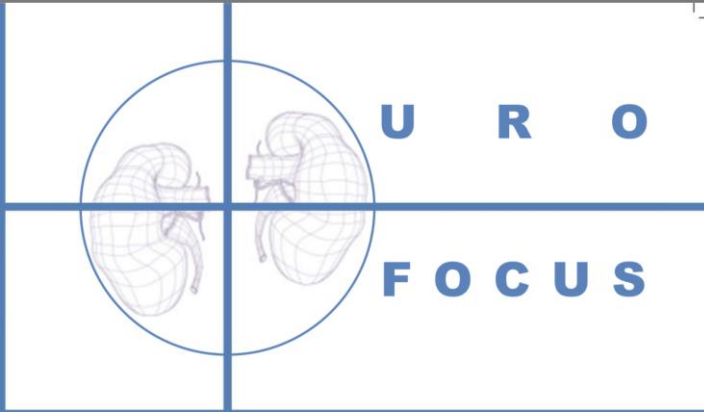




Biopsies prostatiques guidées par voie transpérinéale

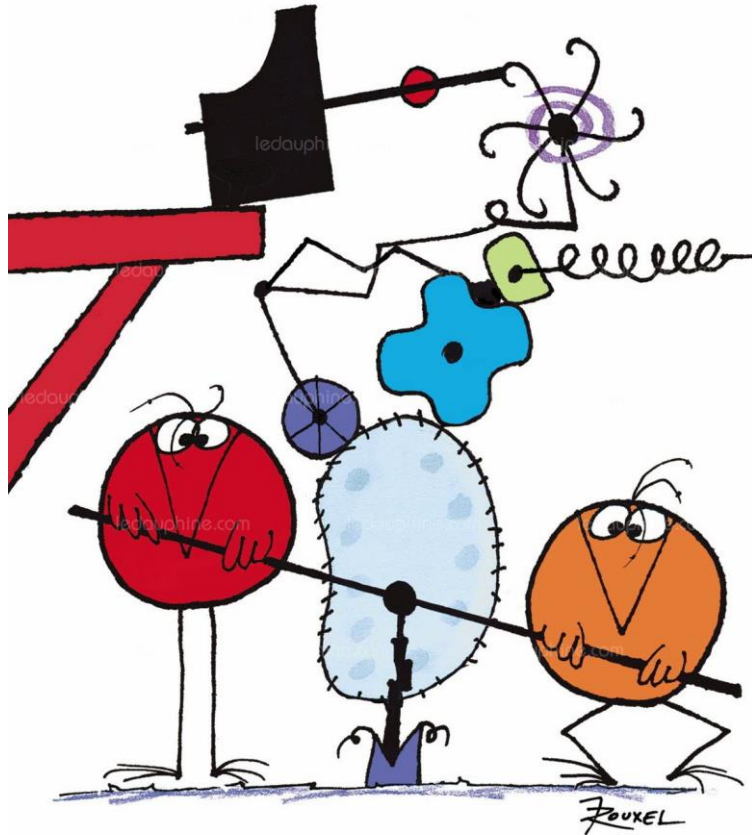
Gaëlle Fiard

Gfiard@chu-grenoble.fr

 @GaëlleFiard



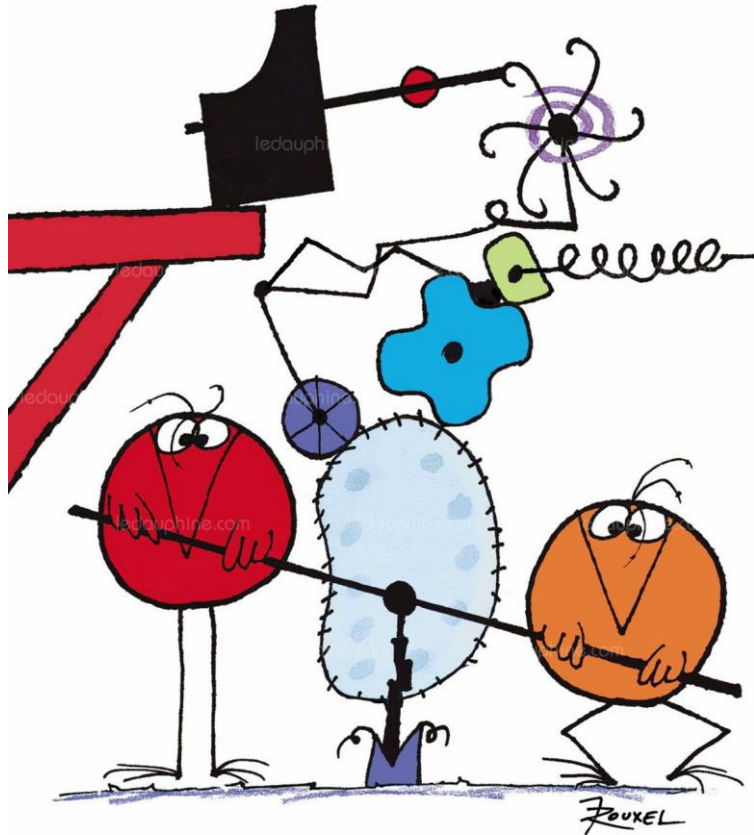
Pourquoi (pas) la voie périnéale?



POURQUOI FAIRE SIMPLE QUAND
ON PEUT FAIRE COMPLIQUÉ ?!



Pourquoi (pas) la voie périnéale?



POURQUOI FAIRE SIMPLE QUAND
ON PEUT FAIRE COMPLIQUÉ ?!



Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- Des biopsies randomisées
- Des biopsies ciblées avec fusion cognitive
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- En évitant de détecter les cancers non significatifs
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- Des biopsies randomisées
- Des biopsies ciblées avec fusion cognitive
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- En évitant de détecter les cancers non significatifs
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study

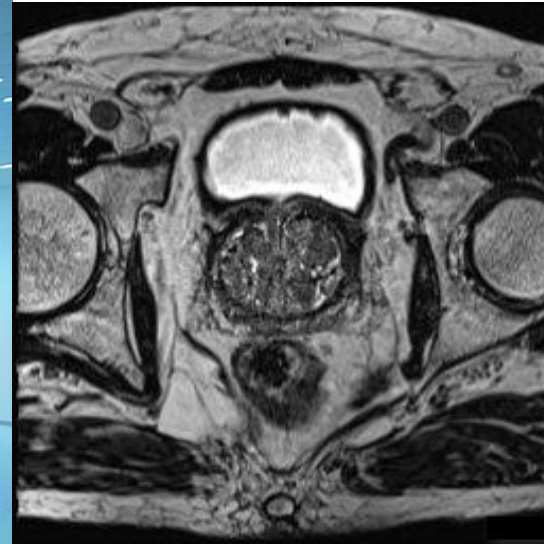
Hashim U Ahmed, Ahmed El-Shater Bosaily*, Louise C Brown*, Rhian Gabe, Richard Kaplan, Mahesh K Parmar, Yolanda Collaco-Moraes, Katie Ward, Richard G Hindley, Alex Freeman, Alex P Kirkham, Robert Oldroyd, Chris Parker, Mark Emberton, and the PROMIS study group†*

The Lancet, janvier 2017

576 patients
1^{ère} biopsie



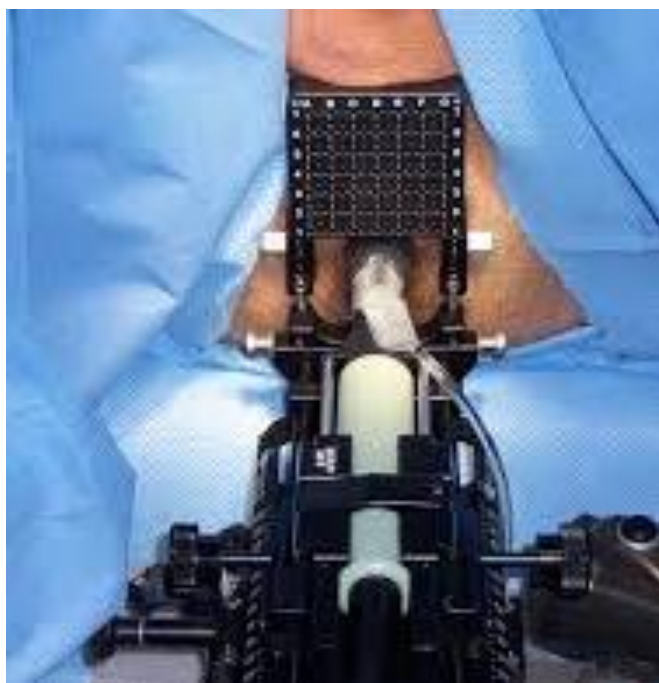
1)



Relecture centralisée 132 IRM, répétition examen si insuffisant

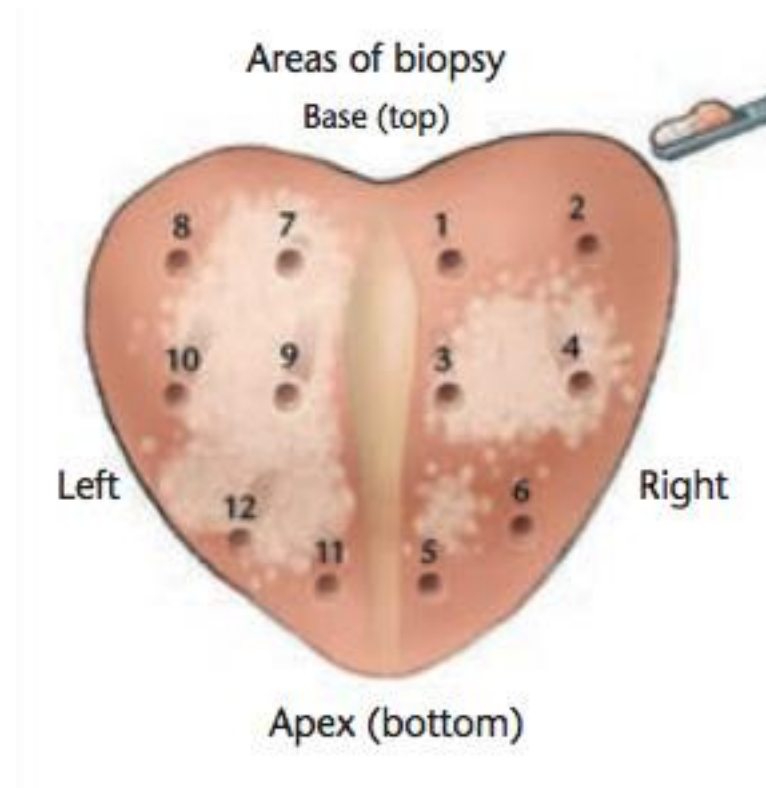


2)



= référence

+



	MP-MRI, % (95% CI)	TRUS-biopsy, % [95% CI]	Test ratio* [95% CI]	p value
Secondary definition (Gleason score $\geq 3+4$ or cancer core length ≥ 4 mm), prevalence of clinically significant cancer 331 (57%, 53–62%)				
Sensitivity test	87 (83–90)	60 (55–65)	0.69 (0.64–0.76)	p<0.0001
Specificity test	47 (40–53)	98 (96–100)	2.11 (1.85–2.41)	p<0.0001
PPV	69 (64–73)	98 (95–100)	22.7 (8.6–59.9)	p<0.0001
NPV	72 (65–79)	65 (60–70)	0.70 (0.52–0.96)	p=0.025
Any Gleason score 7 ($\geq 3+4$), prevalence of clinically significant cancer 308 (53%, 49–58%)				
Sensitivity test	88 (84–91)	48 (43–54)	0.55 (0.49–0.62)	p<0.0001
Specificity test	45 (39–51)	99 (97–100)	2.22 (1.94–2.53)	p<0.0001
PPV	65 (60–69)	99 (95–100)	40.8 (10.2–162.8)	p<0.0001
NPV	76 (69–82)	63 (58–67)	0.53 (0.38–0.73)	p<0.0001

1% sepsis, 10% RAU

27% biopsies évitables (pas de cancer/non significatif)

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



4M

Platinum Priority – Prostate Cancer – Editor's Choice

Editorial by Derek J. Rosario, Thomas J. Walton and Steven J. Kennish on pp. 579–581 of this issue

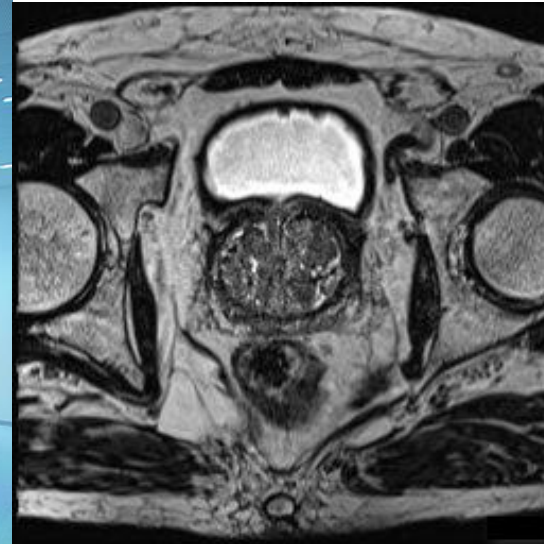
Head-to-head Comparison of Transrectal Ultrasound-guided Prostate Biopsy Versus Multiparametric Prostate Resonance Imaging with Subsequent Magnetic Resonance-guided Biopsy in Biopsy-naïve Men with Elevated Prostate-specific Antigen: A Large Prospective Multicenter Clinical Study

Marloes van der Leest^a, Erik Cornel^b, Bas Israël^a, Rianne Hendriks^c, Anwar R. Padhani^d,
Martijn Hoogenboom^a, Patrik Zamecnik^a, Dirk Bakker^b, Anglita Yanti Setiasti^e,
Jeroen Veltman^f, Huib van den Hout^f, Hans van der Lelij^g, Inge van Oort^c, Sjoerd Klaver^h,
Frans Debruyneⁱ, Michiel Sedelaar^c, Gerjon Hannink^j, Maroeska Rovers^j,
Christina Hulsbergen-van de Kaa^{e,†}, Jelle O. Barentsz^{a,†,*}

626 patients
1^{ère} biopsie



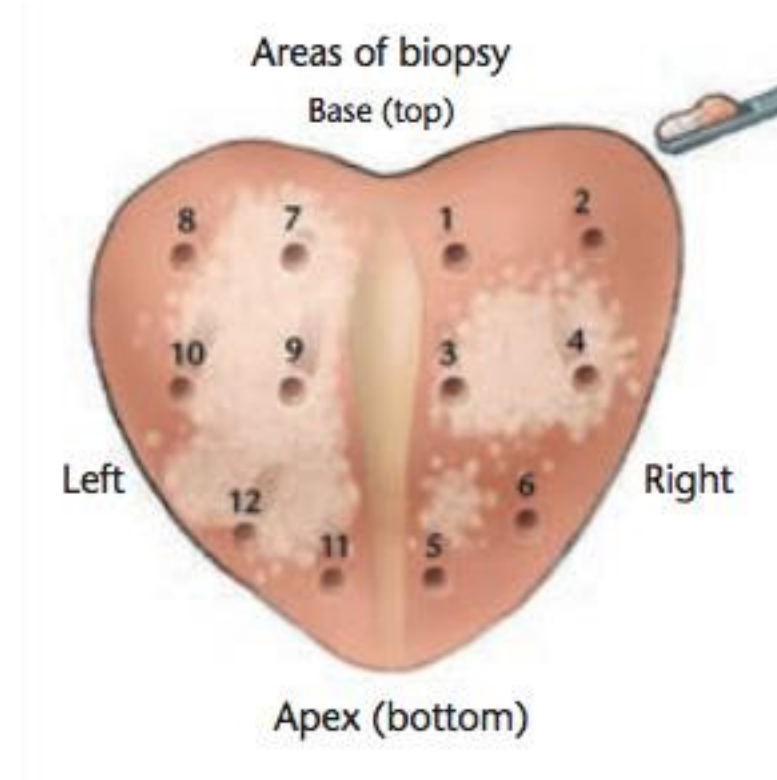
1)



Relecture centralisée IRM



2)



	TRUSGB pathway TRUSGB (<i>n</i> = 626)	MRI pathway No biopsy (<i>n</i> = 309) MRGB (<i>n</i> = 317)
	<i>n</i> (% , 95% CI)	<i>n</i> (% , 95% CI)
Grade group ≥ 2 (GS $\geq 3 + 4$)[*]		
Prevalence csPCa ^a : 200 (32.0, 28–36)		
csPCa	146 (23.3, 20–27)	159 (25.4, 22–29)
insignPCa	155 (24.8, 21–28)	88 (14.1, 11–17)

Augmentation du nombre de cancers non significatifs diagnostiqués+++

Pas de gain de détection de cancers significatifs

Prostatite : 3%

Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- ~~Des biopsies randomisées~~
- Des biopsies ciblées avec fusion cognitive
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- ~~En évitant de détecter les cancers non significatifs~~
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- ~~Des biopsies randomisées~~
- Des biopsies ciblées avec fusion cognitive
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- ~~En évitant de détecter les cancers non significatifs~~
- Avec une procédure sans risque pour le patient



available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Platinum Priority – Prostate Cancer – Editor's Choice

Editorial by Taylor Y. Sadun and Robert E. Reiter on pp. 591–592 of this issue

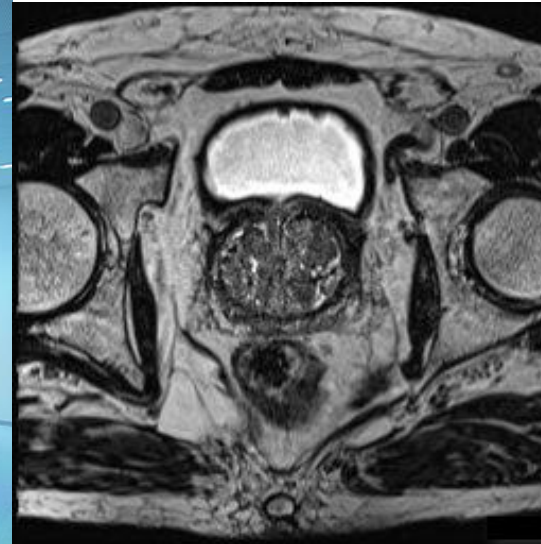
The FUTURE Trial: A Multicenter Randomised Controlled Trial on Target Biopsy Techniques Based on Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Prostate Cancer in Patients with Prior Negative Biopsies

Olivier Wegelin^{a,*}, Leonie Exterkate^b, Marloes van der Leest^c, Jean A. Kummer^d,
Willem Vreuls^e, Peter C. de Bruin^d, J.L.H.Ruud Bosch^f, Jelle O. Barentsz^c
, Diederik M. Somford^{b,†}, Harm H.E. van Melick^{a,†}

665 patients
ATCD 1^{ère} biopsie négative



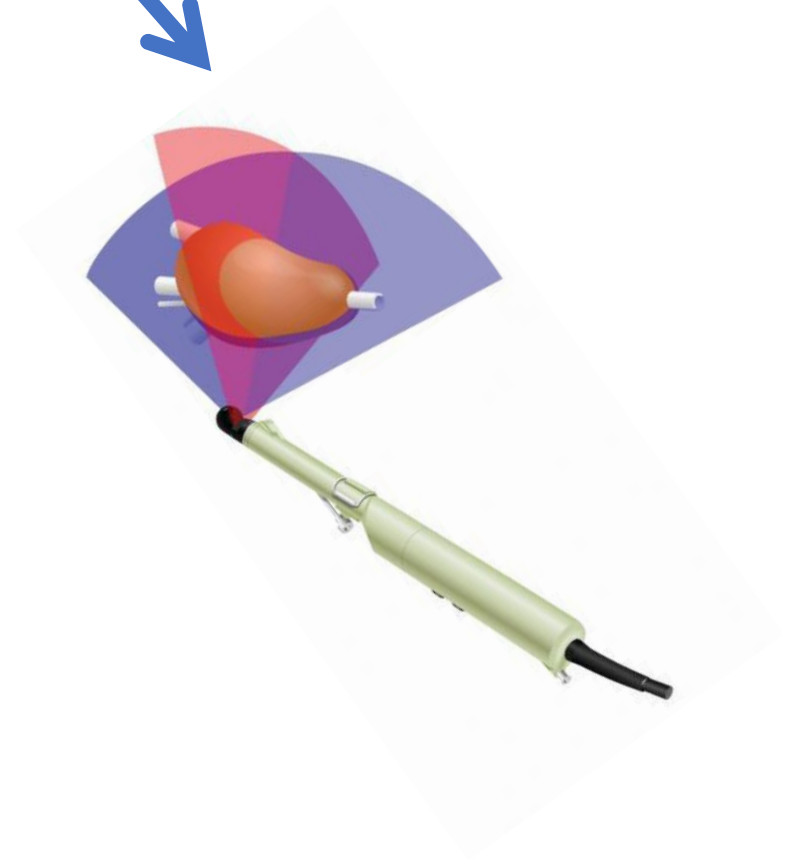
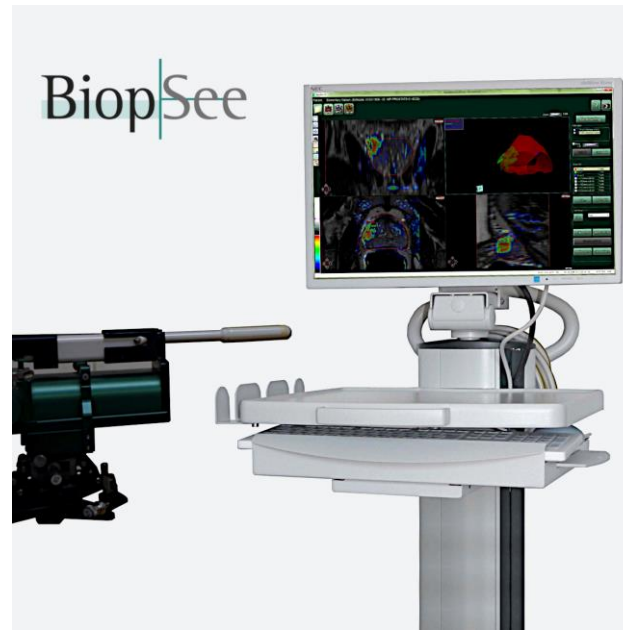
1)



Relecture centralisée IRM



2) PIRADS 3 ou + : randomisation 1:1:1 (234 patients)



Conclusions: We found no significant differences in the detection rates of (cs)PCa among the three MRI-based TB techniques.

Table 4 – Biopsy outcome of three groups of TB

	FUS-TB (<i>n</i> = 79)	COG-TB (<i>n</i> = 78)	MRI-TB (<i>n</i> = 77)	<i>p</i> value
Days between mpMRI and biopsy, median (IQR)	53 (41–70)	27 (20–35)	39 (27–53)	<0.05 ^a
Biopsy cores				
Total TB cores, <i>n</i>	358	275	197	
Per subject, median (IQR)	4 (3–5)	3 (3–4)	2 (2–3)	<0.05 ^a
Per CSR, median (IQR)	4 (3–5)	3 (3–3)	2 (2–3)	<0.05 ^a
PCa-positive cores, <i>n</i>	128	88	94	
Positivity rate, mean (SD)	31.3% (37.8)	33.3% (42.1)	47.7% (46.4)	<0.05 ^b
Detection rate of PCa, <i>n</i> (%)	39 (49.4)	34 (43.6)	42 (54.5)	0.4 ^c
Detection rate of csPCa ^d , <i>n</i> (%)	27 (34.2)	26 (33.3)	25 (32.5)	>0.9 ^c

4.4. *Limitations*

The main limitation of the study is powering, primarily due to a lower yield of PIRADS ≥ 3 on mpMRI (50% lower than anticipated) and thus low availability of TB, causing underpowering for the primary endpoint. This is partially counterbalanced by higher PCa detection rates (44–55%) than the anticipated yields (25–40%). Although no statistically significant differences were found among the groups with the current sample size, clinically relevant differences cannot be ruled out definitively

La « vraie vie »

- Mr B., 69 ans
- PSA 30ng/ml
- 3 séries de biopsies négatives
- IRM :
- 4^{ème} série avec fusion cognitive : négative
- 5^{ème} série avec fusion logicielle :
 - 3 biopsies ciblées +
 - 10mm/8mm/12mm Gleason 4+4



Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- ~~Des biopsies randomisées~~
- ~~Des biopsies ciblées avec fusion cognitive~~
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- ~~En évitant de détecter les cancers non significatifs~~
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- ~~Des biopsies randomisées~~
- ~~Des biopsies ciblées avec fusion cognitive~~
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- ~~En évitant de détecter les cancers non significatifs~~
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Performance de la fusion logicielle



Original Articles: Clinical Investigation | [Free Access](#)

Accuracy of elastic fusion biopsy in daily practice: Results of a multicenter study of 2115 patients

Marco Oderda , Giancarlo Marra, Simone Albisinni, Emanuela Altobelli, Eduard Baco, Valerio Beatrici, Andrea Cantiani, Antonio Carbone, Mauro Ciccariello, Jean-Luc Descotes, Marine Dubreuil-Chambardel, David Eldred-Evans, Giuseppe Fasolis, Mariaconsiglia Ferriero, Gaelle Fiard, Valerio Forte, Alessandro Giacobbe, Pardeep Kumar, Vito Lacetera, Pierre Mozer, Giovanni Muto, Rocco Papalia, Antonio Pastore, Alexandre Peltier, Thierry Piechaud, Giuseppe Simone, Jean-Baptiste Roche, Morgan Roupret, Olivier Rouviere, Roland Van Velthoven, Paolo Gontero ... [See fewer authors](#) 



Performance diagnostique des biopsies ciblées avec fusion logicielle « dans la vraie vie »



[World Journal of Urology](#)

pp 1-9 | [Cite as](#)

A multicentric study on accurate grading of prostate cancer with systematic and MRI/US fusion targeted biopsies: comparison with final histopathology after radical prostatectomy

Authors

[Authors and affiliations](#)

R. Diamand , M. Oderda, W. Al Hajj Obeid, S. Albisinni, R. Van Velthoven, G. Fasolis, G. Simone, M. Ferriero, J-B. Roche, T. Piechaud, A. Pastore, A. Carbone, G. Fiard, J-L. Descotes, G. Marra, P. Gontero, E. Altobelli, R. Papalia, P. Kumar, D. Eldred-Evans, A. Giacobbe, G. Muto, V. Lacetera, V. Beatrici, T. Roumeguere, A. Peltier, [show less](#)



Meilleure concordance biopsies-prostatectomie

Performance de la fusion logicielle



Original Articles: Clinical Investigation | [Free Access](#)

Accuracy of elastic fusion biopsy in daily practice: Results of a multicenter study of 2115 patients

Marco Oderda , Giancarlo Marra, Simone Albisinni, Emanuela Altobelli, Eduard Baco, Valerio Beatrici, Andrea Cantiani, Antonio Carbone, Mauro Ciccariello, Jean-Luc Descotes, Marine Dubreuil-Chambardel, David Eldred-Evans, Giuseppe Fasolis, Mariaconsiglia Ferriero, Gaelle Fiard, Valerio Forte, Alessandro Giacobbe, Pardeep Kumar, Vito Lacetera, Pierre Mozer, Giovanni Muto, Rocco Papalia, Antonio Pastore, Alexandre Peltier, Thierry Piechaud, Giuseppe Simone, Jean-Baptiste Roche, Morgan Roupret, Olivier Rouviere, Roland Van Velthoven, Paolo Gontero ... [See fewer authors](#) 



Performance diagnostique des biopsies ciblées avec fusion logicielle « dans la vraie vie »

MAIS 9% cancers significatifs détectés uniquement par biopsies ciblées



[World Journal of Urology](#)

pp 1-9 | [Cite as](#)

A multicentric study on accurate grading of prostate cancer with systematic and MRI/US fusion targeted biopsies: comparison with final histopathology after radical prostatectomy

Authors

[Authors and affiliations](#)

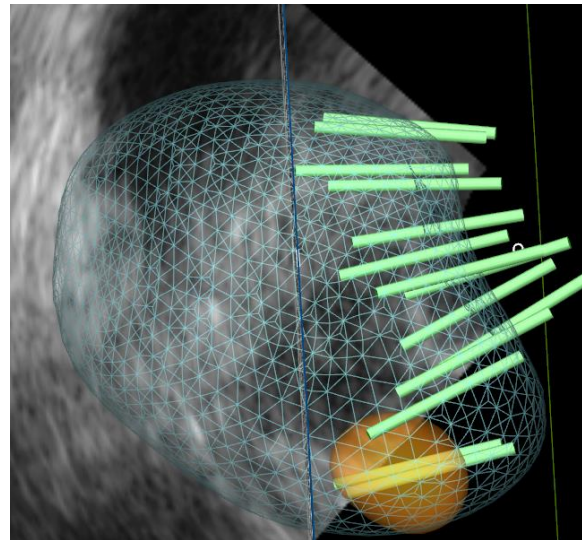
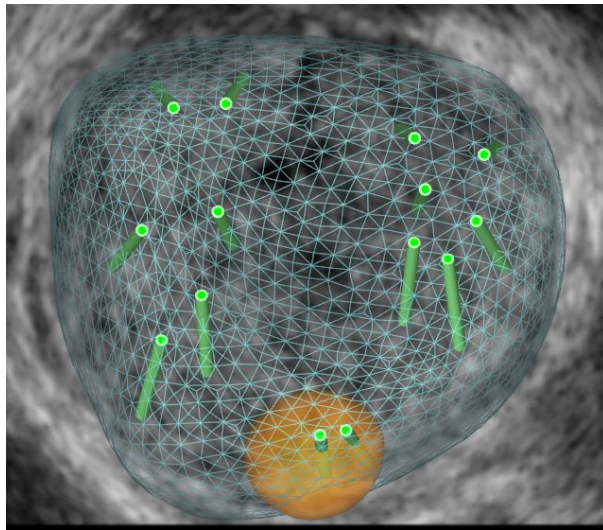
R. Diamand , M. Oderda, W. Al Hajj Obeid, S. Albisinni, R. Van Velthoven, G. Fasolis, G. Simone, M. Ferriero, J-B. Roche, T. Piechaud, A. Pastore, A. Carbone, G. Fiard, J-L. Descotes, G. Marra, P. Gontero, E. Altobelli, R. Papalia, P. Kumar, D. Eldred-Evans, A. Giacobbe, G. Muto, V. Lacetera, V. Beatrici, T. Roumeguere, A. Peltier, [show less](#)



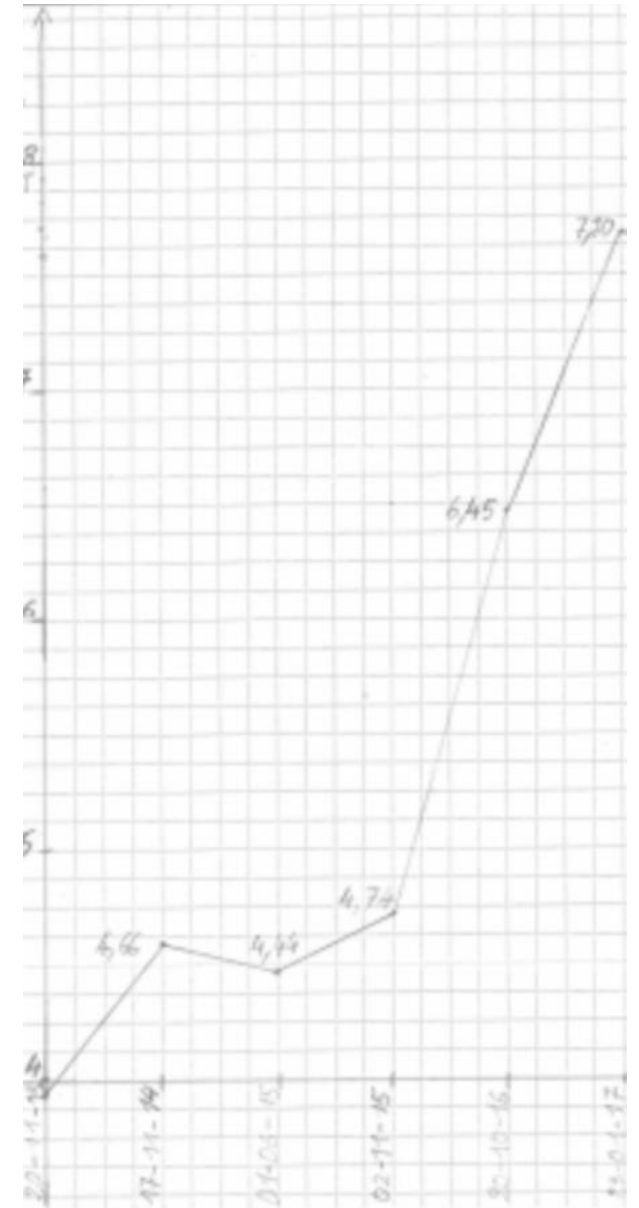
Meilleure concordance biopsies-prostatectomie

Oui mais...

- Mr B., 73 ans
- 2 séries de biopsies négatives
- IRM 04/18 : cible apex antérieur 20mm PIRADS 5/5

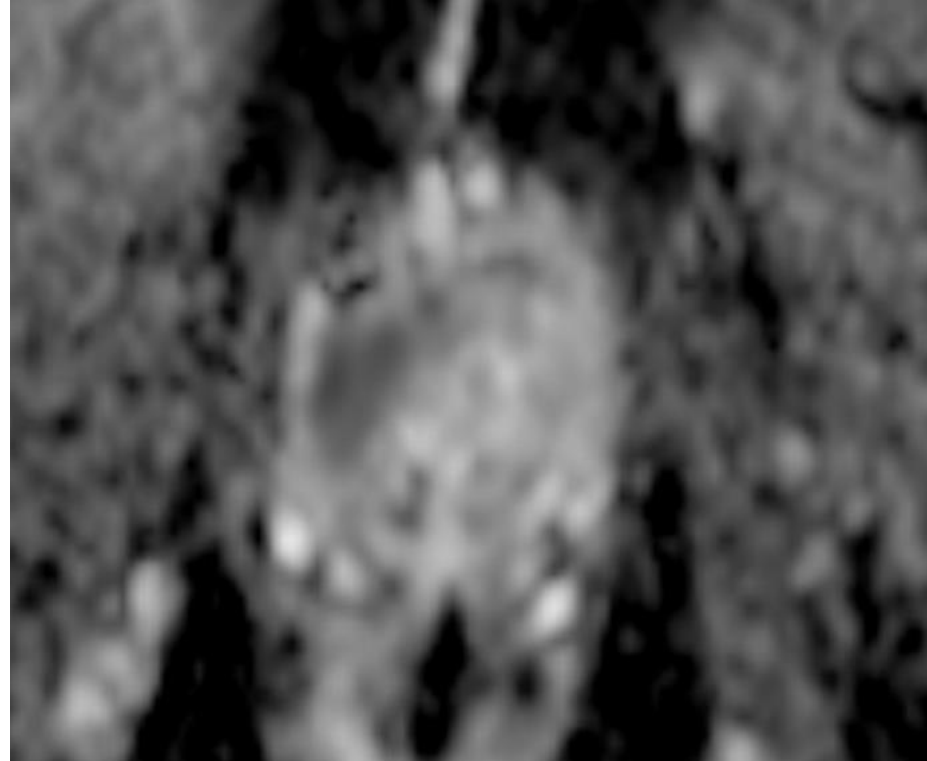
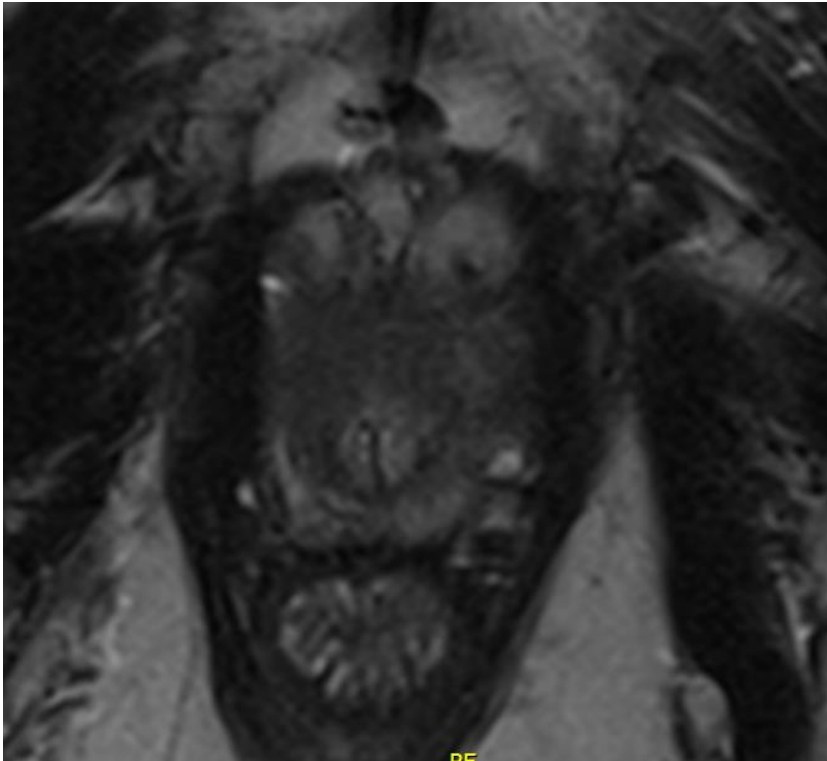


Biopsies ciblées avec fusion logicielle (Koelis) : négatives

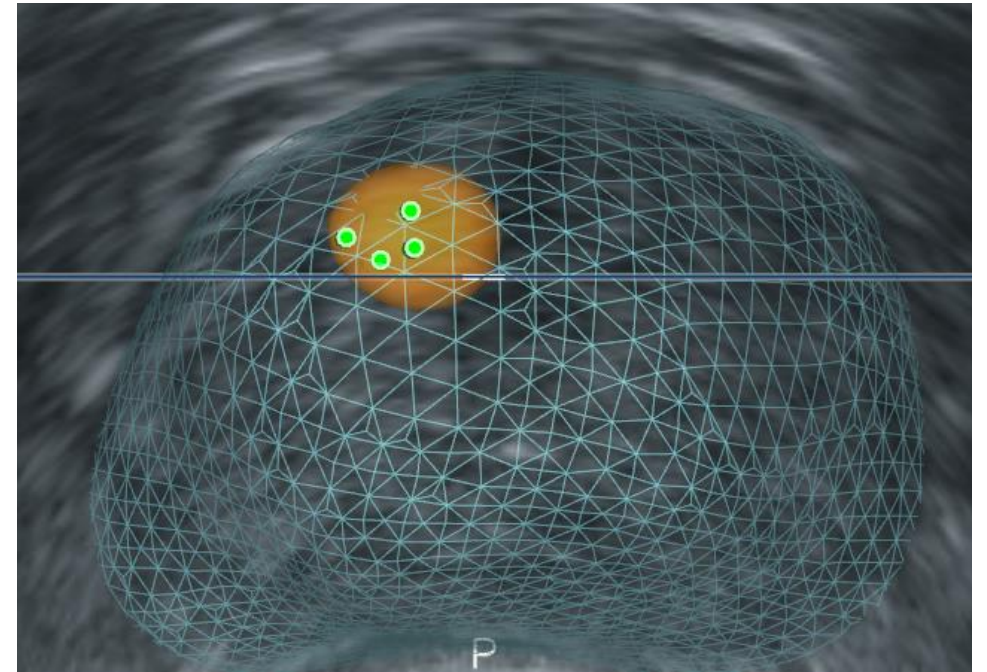
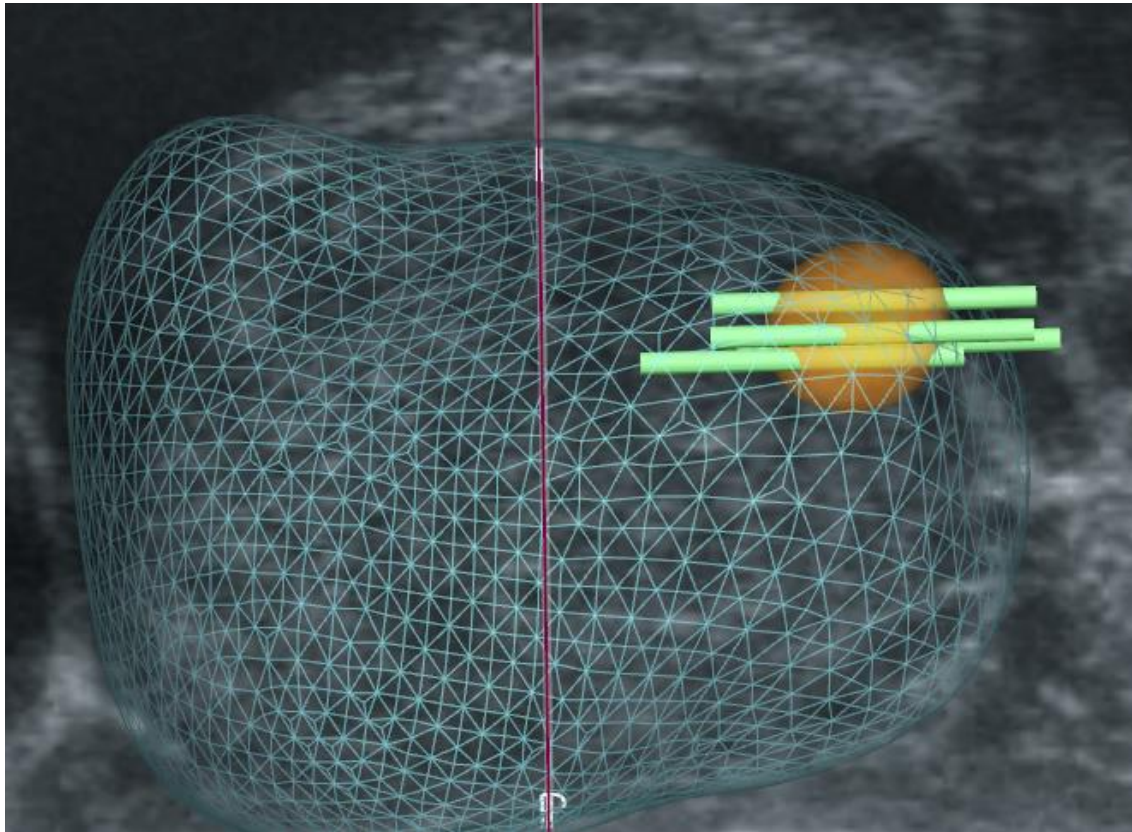


Oui mais...

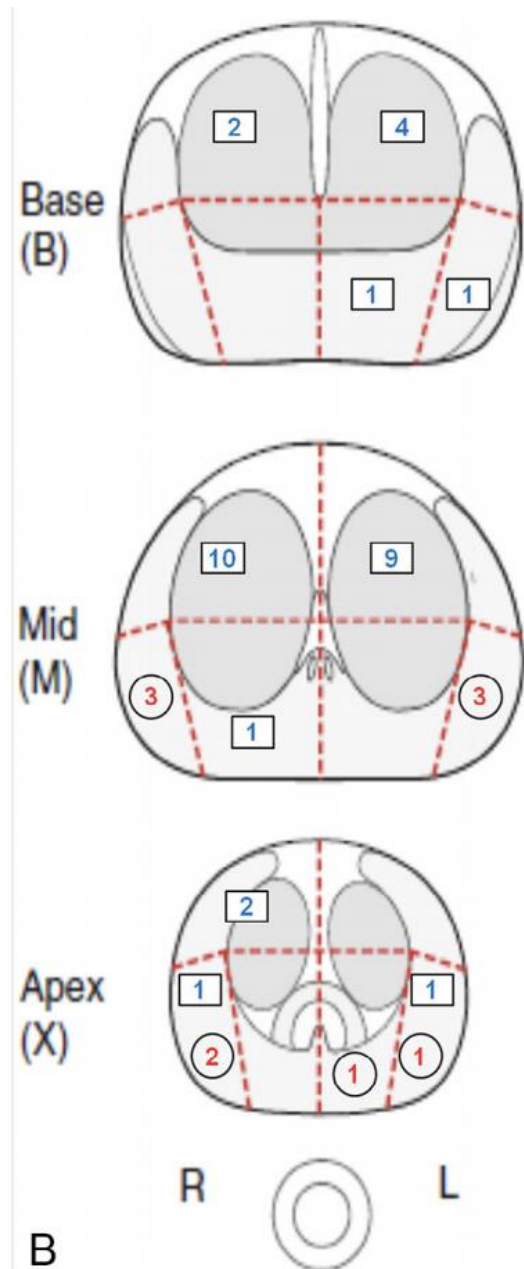
- IRM 04/19 : stabilité lésion 20mm PIRADS 5/5



Oui mais...



Numéro de la biopsie	localisation	Longueur de la biopsie (mm)	Cancer	
			Long (mm)	Score de Gleason
1	Cible 1	15	7	3+4
2	Cible 1	17	8	3+4
3	Cible 1	15	4	4+3
4	Cible 1	11	1	4+4



Bleu = biopsies randomisées

Rouge = biopsies ciblées

Oncology

Where Do Transrectal Ultrasound- and Magnetic Resonance Imaging-guided Biopsies Miss Significant Prostate Cancer?

Lars Boesen, Nis Nørgaard, Vibeke Løgager, Ingegerd Balslev, and Henrik S. Thomsen

Urology, 2017



Original article

Prostate zonal anatomy correlates with the detection of prostate cancer on multiparametric magnetic resonance imaging/ultrasound fusion–targeted biopsy in patients with a solitary PI-RADS v2–scored lesion

Jamil S. Syed, B.S.^a, Kevin A. Nguyen, M.S.^a, Cayce B. Nawaf, M.D.^a, Ansh M. Bhagat^a,
Steffen Huber, M.D.^b, Angelique Levi, M.D.^c, Peter Humphrey, M.D., Ph.D.^c,
Jeffrey C. Weinreb, M.D.^b, Peter G. Schulam, M.D., Ph.D.^a, Preston C. Sprenkle, M.D.^{a,*}

^a Department of Urology, Yale School of Medicine, New Haven, CT

^b Department of Radiology and Biomedical Imaging, Yale School of Medicine, New Haven, CT

^c Department of Pathology, Yale School of Medicine, New Haven, CT

Table 4

Positive predictive value for the detection of cancer on targeted biopsy

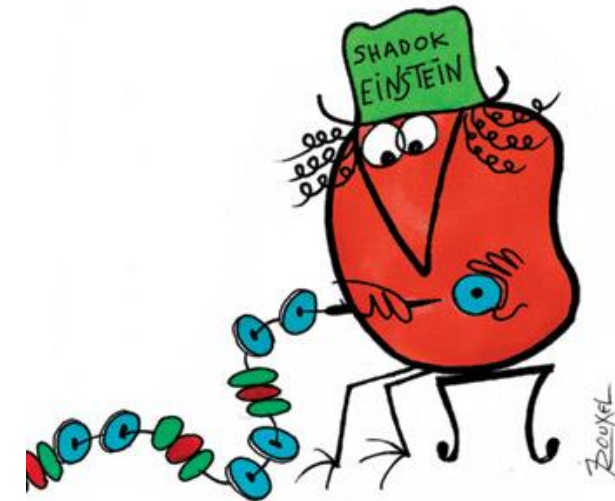
	All prostate cancers	PPV, %	<i>P</i> value ^a	GS $\geq$ 7	PPV, % ^b	<i>P</i> value ^b
PI-RADS 4 ^c	31/53	58.5	–	20/53	37.7	–
PI-RADS 4 in the PZ	21/39	53.8	0.41	15/39	38.5	0.79
PI-RADS 4 in the TZ	6/8	62.5		3/8	37.5	
PI-RADS 4 in the CZ	1/2	50.0	–	0/2	0	–
PI-RADS 4 in the AFS	1/1	100	–	0/1	0	–
PI-RADS 5 ^c	47/57	82.4	–	40/57	70.2	–
PI-RADS 5 in the PZ	23/25	92.0	0.21	22/25	88.0	0.05
PI-RADS 5 in the TZ	15/19	78.9		12/19	63.2	
PI-RADS 5 in the CZ	1/3	33.3	–	0/3	0	–
PI-RADS 5 in the AFS	3/4	75.0	–	2/4	50.0	–

Moindre performance de
l'IRM pour les tumeurs de
localisation antérieure?

Table 4

Positive predictive value for the detection of cancer on targeted biopsy

	All prostate cancers	PPV, %	<i>P</i> value ^a	GS ≥ 7	PPV, % ^b	<i>P</i> value ^b
PI-RADS 4 ^c	31/53	58.5	–	20/53	37.7	–
PI-RADS 4 in the PZ	21/39	53.8	0.41	15/39	38.5	0.79
PI-RADS 4 in the TZ	6/8	62.5		3/8	37.5	
PI-RADS 4 in the CZ	1/2	50.0	–	0/2	0	–
PI-RADS 4 in the AFS	1/1	100	–	0/1	0	–
PI-RADS 5 ^c	47/57	82.4	–	40/57	70.2	–
PI-RADS 5 in the PZ	23/25	92.0	0.21	22/25	88.0	0.05
PI-RADS 5 in the TZ	15/19	78.9		12/19	63.2	
PI-RADS 5 in the CZ	1/3	33.3	–	0/3	0	–
PI-RADS 5 in the AFS	3/4	75.0	–	2/4	50.0	–



IL VAUT MIEUX MOBILISER
SON INTELLIGENCE SUR DES
CONNERIES QUE MOBILISER
SA CONNERIE SUR DES
CHoses INTELLIGENTES.

Moindre performance de
l'IRM pour les tumeurs de
localisation antérieure?

Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- ~~Des biopsies randomisées~~
- ~~Des biopsies ciblées avec fusion cognitive~~
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- ~~En évitant de détecter les cancers non significatifs~~
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Ce qu'on sait *bien* faire par voie transrectale

- ~~Des biopsies randomisées~~
- ~~Des biopsies ciblées avec fusion cognitive~~
- Des biopsies ciblées avec fusion logicielle
- Le diagnostic des cancers significatifs
- ~~En évitant de détecter les cancers non significatifs~~
- Avec une procédure sans risque pour le patient



Probiotate: A Multicenter, Prospective Analysis of Infectious Complications after Prostate Biopsy

J Urol, 2013

Franck Bruyère,* Sandra Malavaud, Philippe Bertrand, Aliette Decock, Gérard Cariou, Jean Dominique Doublet, Louis Bernard, Hubert Bugel, Sophie Conquy, Albert Sotto, Jean Paul Boiteux, Bertrand Pogu, Xavier Rebillard, Pierre Mongiat-Artus and Patrick Coloby

Table 2. PB modalities and pathology results

	Overall	No Sepsis	Sepsis	p Value
No. anesthesia (%):	2,624	2,549	75	0.32
None	98 (3.7)	93 (3.6)	5 (6.7)	
General	654 (24.9)	528 (20.7)	16 (21.3)	
Gel	548 (20.9)	638 (25.0)	20 (26.7)	
Local with injection	1,074 (40.9)	1,045 (41.0)	29 (38.7)	
Epidural	13 (0.5)	12 (0.5)	1 (1.3)	
Neuroleptanalgesia	237 (9.0)	233 (9.1)	4 (5.3)	
No. rectal enema (%)	145 (90.6)	144 (90.6)	1 (100)	0.74
No. antibiotic prophylaxis (%)*	2,129 (78.3)	2,079 (79.4)	50 (66.7)	0.01
Mean $\pm$ SD No. biopsy cores (%)	13.9 $\pm$ 4.1	13.9 $\pm$ 4.1	14.3 $\pm$ 4.9	0.48†
No. pathology result (%):				
Normal	751 (28.4)	730 (28.4)	21 (30.5)	0.87
Ca	1,444 (54.7)	1,409 (54.7)	35 (50.7)	
Benign prostatic hyperplasia	235 (8.9)	229 (8.9)	6 (8.7)	
Prostatitis	212 (8.0)	205 (8.0)	7 (10.1)	

2624 biopsies

14 biopsies/patient

35% anesthésie générale ou sédation

2,8% prostatite

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Platinum Priority – Prostate Cancer

Editorial by Alexandre R. Zlotta and Robert K. Nam on pp. 1115–1117 of this issue

Infectious Complications and Hospital Admissions After Prostate Biopsy in a European Randomized Trial

Stacy Loeb^{a,*}, Suzanne van den Heuvel^b, Xiaoye Zhu^b, Chris H. Bangma^b,
Fritz H. Schröder^b, Monique J. Roobol^b

Environ 5%

FDR (multivarié) : diabète, HBP

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Platinum Priority – Review – Prostate Cancer

Editorial by XXX on pp. x–y of this issue

Complications After Systematic, Random, and Image-guided Prostate Biopsy

Marco Borghesi^{a,b,*}, Hashim Ahmed^c, Robert Nam^d, Edward Schaeffer^e, Riccardo Schiavina^{a,b},
Samir Taneja^f, Wolfgang Weidner^g, Stacy Loeb^h

1-17,5%

Augmentation risque sepsis/hospitalisation au cours du temps (germe résistant vs oubli ATB)

The Impact of Repeat Biopsies on Infectious Complications in Men with Prostate Cancer on Active Surveillance

Behfar Ehdai*, Emily Vertosick*, Massimiliano Spaliviero*, Anna Giallo-Uvino*, Ying Taur*, Maryellen O'Sullivan*, Jennifer Livingston*, Pramod Sogani*, James Eastham*, Peter Scardino† and Karim Touijer*,‡

591 patients

En analyse multivariée seul FDR = répétition des biopsies

For every previous biopsy the odds of an infection increased 1.3 times (OR 1.33, 95% CI 1.01–1.74).

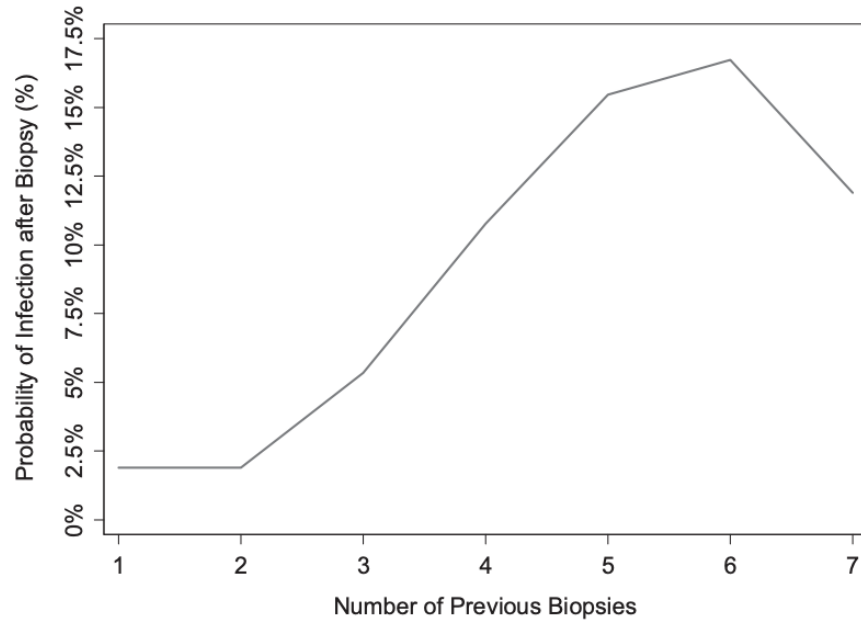
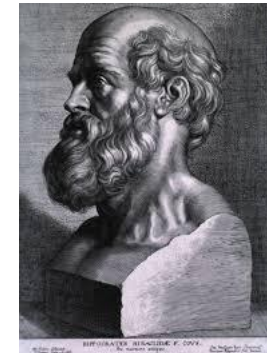


Figure 1. Risk of post-biopsy infection by number of previous biopsies.

J Urol, 2014

primum non nocere



Femtenposten

Overlege slår alarm: Over 1000 sykehusinnleggelseslser på grunn av alvorlig infeksjon etter prostatabiopsi i 2017.

Roar Gulbrandsen tok prostataprøve. Få lager senere døde 68-åringen.

INNENRIKS
LENE SKOGSTRØM
TOR STENHAGEN (FOTO)

Kjæresten Gro Gundersen og datteren Agnes Gulbrandsen serger over at Roar Gulbrandsen døde brått etter en prostatabiopsi.

I slutten av februar tok Roar Gulbrandsen vevsprøve som skulle vise om han hadde prostatakreft. Han ble syk dagen etter og døde få dager senere, høyst sannsynlig av komplikasjoner i form av blodpropp etter prostatabiopsien.

Den livsglade, aktive faren til tre voksne barn og bestefaren til seks ble 68 år gammel. Ved prostatabiopsi tas prøver av vevet i prostata med en hul nål som vanligvis stikkes gjennom veggen i endetarmen for å undersøke om pasienten har kreft. Risikoen for infeksjoner er stor fordi bakterier fra tarmen kan overføres til blodet under prøvetakingen.

Han tok biopsien tirsdag på Aker sykehus. Onsdag følte han seg dårlig og hadde vondt i magen. Torsdag klarte han ikke å stå på beina da han våknet, forteller datteren, Agnes Gulbrandsen. Jeg kjente på en veldig uro og tenkte at her er det noe som ikke stemmer – blodproppen måtte ha sammenheng med prøven han tok, sier Gulbrandsen.

Hun konstatet legene som var involvert i farens biopsi og behandlingen av ham etterpå. Urologen som tok prøven, Truls E. Bjerklund Johansen, ringte straks tilbake og sa at prøvetakingen høyst sannsynlig var årsaken til blodproppen.

Agnes Gulbrandsen forteller at fylkesmannen har opprettet tilsynssak etter at Oslo universitetssykehus varslet om advarsel etter diagnostisk prosedyre.

Endret metode

I en kronikk i Aftenposten går overlege Bjerklund Johansen ut med sterk kritikk av måten prøven tas på i dag, og den manglende oversikten over komplikasjoner pasientene kan få.

Blodforgiftning, eller sepsis på fagspråket, er en lunsk tilstand. Ikke alle får feber og frysninger. Sterke magesmerter og blodpropp, slik Gulbrandsen fikk like etter biopsien, er fullt forenlig med sepsis forårsaket av prostatabiopsi, påpeker han.



Truls E. Bjerklund Johansen er overlege på Aker universitetssykehus og professor ved Universitetet i Oslo.

Da han fikk vite hva som hadde skjedd med Gulbrandsen, bestemte han seg for å bytte metode.

1000 innleggelseslser
Bjerklund Johansen har bestilt en oversikt fra Norsk pasientregister og funnet at det var 1000 sykehusinnleggelseslser på grunn av alvorlig infeksjon etter prostatabiopsi i fjor. Det tilsvarer 1,3 prosent av biopsiene, en økning fra to prosent i 2016.

Dette er ikke holdbart, sier Bjerklund Johansen. Statistiker og seniorforsker ved Folkehelseinstituttet, Per Henrik Zahl, har vært med på å analysere tallene.

Den store økningen i infeksjoner kan skyldes bedre rapportering, for eksempel som følge av høyere bevissthet om problemet. Forskning har også vist at leger underreporterer komplikasjoner ved medisinske prosedyrer.

Attenposten har bedt Helseledelsestilsynet om en kommentar til tallene. Avdelingsdirektør Torunn Janbu uttaler:

Det er helt forferdelig å tenke på for alle oss som var glade i ham.

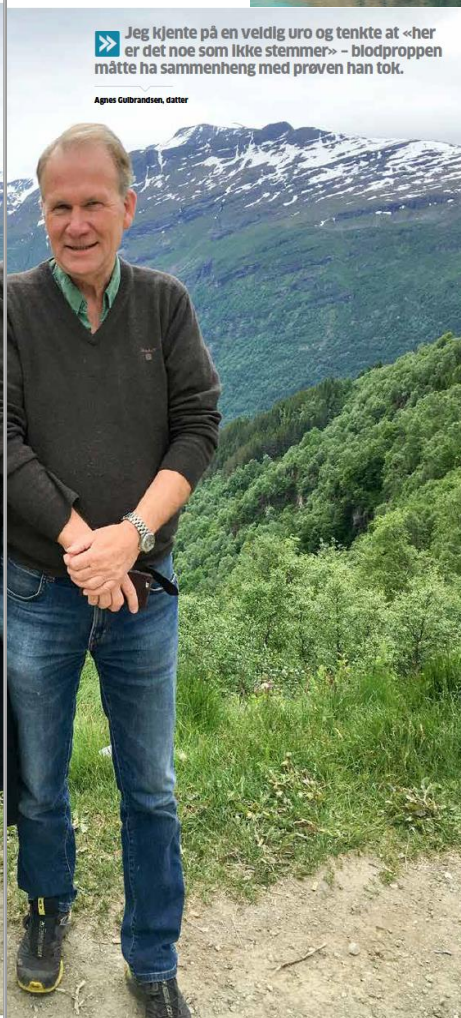
Dagens kronikk



«Utviklingen i identifikasjon av komplikasjoner etter prostatabiopsier er en varslet katastrofe.» Kronikk - side 20-21 - del 2



Roar Gulbrandsen fra Kløvsta var en ivrig glad friluftsmann. Her sammen med datteren Agnes på tur til Geiranger. FOTO: PER VIL



Jeg kjente på en veldig uro og tenkte at «her er det noe som ikke stemmer» – blodproppen måtte ha sammenheng med prøven han tok.

Agnes Gulbrandsen, datter

Fakta

655 lagt inn med alvorlige infeksjoner

- Helseledelsestilsynet har levert tall fra Norsk pasientregister om komplikasjoner og sykehusinnleggelseslser ved prostatabiopsi på bestilling fra overlege Truls E. Bjerklund Johansen.
- Tallene viser ifølge Bjerklund Johansen at 655 pasienter (10 prosent av 6545) ble lagt inn med alvorlig infeksjon etter biopsi. Totalt antall innleggelseslser er 1000 fordi noen av pasientene kan ha vært innlagt flere ganger.
- Tallene er framkommet ved å kombinere flere koder for gitte diagnoser hos pasientene og koder for bestemte former for behandling (prosedyrer).
- Da Attenposten henvendte seg til Helseledelsestilsynet om saken, ble tallene gjennomgått på nytt for å forsikre at materialet er korrekt.
- Helseledelsestilsynet påpeker at de utvalgte tallene er korrekte, men påpeker at de ikke er ansvarlig for analyser og tolking av materialet.
- Det finnes ingen løpende registrering av komplikasjoner og sykehusinnleggelseslser etter prostatabiopsier fra før.

Slik tas prostatabiopsi

- Prostatabiopsi er en urin prosedyre der vevsprøve tas ut med en hul 25 cm lang nål som stikkes gjennom veggen i endetarmen.
- De kan også tas gjennom melleskjett, men det er mindre vanlig.
- Her kan huden desinfiseres, i motsetning til en urin vegg i endetarmen.
- Normalt tas 10-12 vevsprøver med en og samme nål ved hver biopsiprosedyre.
- I Norge er det blitt vanlig å gjøre såkalte målrettede biopsier som inneholder at urologen sikter seg inn på forandringer som er sett ved MR-undersøkelse.
- Ved hjelp av bildestyringsenhet kan MR-forstyrrelser fremstilles ved uttryksundersøkelse som benyttes under prøvetakingen.

Overlegens råd til norske menn

- Bjerklund Johansen ønsker at norske menn som daglig møter opp til biopsi rundt om i landet skal spørre den lokale urologen om: «Er jeg spesielt risikofull for komplikasjoner?»
- Bli biopsiert tatt via endetarmen eller melleskjett?
- Hvis biopsien tennes tatt via endetarmen. Vi det til tatt bakteriellprøve på forandring med tanke på resistente bakterier?
- Dersom urologen ikke svarer tilfredsstillende på dette, bør pasienten oppsøke en annen lege eller poliklinikk, sier professoren, og legger til:
- For å unngå komplikasjoner, er det avgjørende å gi effektiv forebyggende antibiotikabehandling mot infeksjoner. Ved valg av antibiotika må man ta hensyn til hvor resistente bakteriene er.

- Alle er bekymret for infeksjonsrisikoen

Avdelingslser på Krefteavdelingen ved Sykehuset Østfold, Andreas Stensvold, leder arbeidet med å etablere et nasjonalt handlingsprogram for prostatabiopsier.

Alle som utredet prostatakreft, er bekymret for infeksjonsrisikoen ved biopsier som tas gjennom endetarmen, sier han.

Denne metoden er imidlertid etablert i 10 til 15 år og brukes ved ca. 95 prosent av prøvene i dag. Det diskuteres mye i fagmiljøet om man bør gå over til den andre metoden, å ta prøven gjennom melleskjett. Men den er heller ikke risikofri. Pasienten løser oftest i narkose, noe som er en risiko i seg selv.

Resursbruk veies mot risiko

Han påpeker at resursbruk ved innpreget veier opp mot risiko. Prøven tatt gjennom endevelger er raskere, billigere og man får mange pasienter gjennom systemet. Noen flere vil de av blodforgiftning, men samfunnsøkonomisk sett er denne

metoden likevel å foretrekke selv om det kan virke kynisk, sier han.

– De faller er svært uvanlig. I retningslinjene som utarbeides nå vil vi ikke gå inn for prøvetaking via melleskjett.

Stensvold sier at pasientene som tar prøven skal være orientert om mulige komplikasjoner. – Samtidig har vi i dag ingen annen mulighet for å påvise kreft enn vevsprøve. Det er nødvendig å ta biopsier for å skille svulster fra svært aggressive, behandlingstrenende kreft, påpeker han.

Han sier marerittet i fremtiden er en stadig mer resistent bakteriell flora. Det vil gjøre at antallet alvorlige infeksjoner etter prostatabiopsi øker, fordi forebyggende antibiotika vil virke dårligere.

– Men det er litt opp til den enkelte lege hvilken metode man velger. På sikt håper vi det vil være mulig å identifisere svulstene nøyaktig ved bilddiagnostikk, uten å stikke med nål.



Remerciements : Dr Eduard Baco

Andreas Slettholm: Kristin Clemet er selvfølgelig ingen nøytral observatør.

KOMMENTAR • DEL 1 • SIDE 3

Kjæresten og faren døde:

Advarer om risikoen ved prostataprøver

En av ti pasienter som tok vevsprøve av prostata i fjor, fikk alvorlig infeksjon i etterkant. Overlege har endret prosedyre etter at pasient døde. **NYHETER • DEL 1 • SIDE 6-7**



Gro Gundersen (t.v.) og Agnes Gulbrandsen serger over at kjæresten og faren, Roar Gulbrandsen, døde brått etter en prostatabiopsi.



Torsdag 1. november 2018

Uke 44. Nr. 305 • 159. årgang

Løssalg kr 40 (Leveret hjem fra kr 12.

Beställ på ap.no/abo ○○○

Beschriftung: Brande, 1867

Milliardær ble tvangsflyttet hjem til Norge

Eiendomsmilliardær får skatte-
regning på 18 millioner kroner.

NYHETER • DEL 1 • SIDE 16-17



Klarer de det i forsøk nummer 100?

I 99 sesonger har Start deltatt i cupen. Hver gang mislykkes de.

SPORT • DEL 1 • SIDE 24-25

Dyp mistro i USA: 

Tror «det andre partiet» ikke vil landets beste

NYHETER • DEL 1 • SIDE 18-19

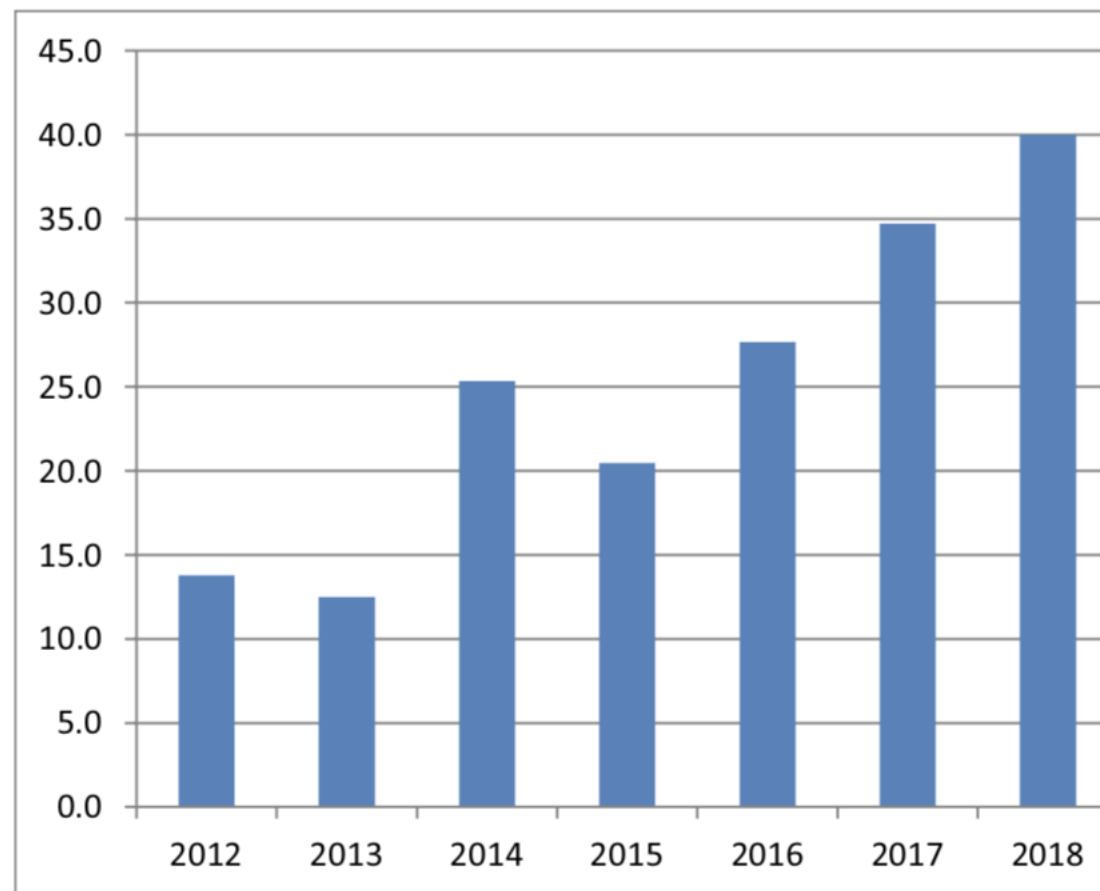


Fig. 2 *E. coli* resistance to ciprofloxacin in urine samples from the prostate unit OUS (y-axis: percent, x-axis: study years)

PO Box 30016
6803 AA Arnhem
The Netherlands

T +31 (0)26 38 90 680
F +31 (0)26 38 90 674

EAU@uroweb.org
www.uroweb.org

EAU Board

Executive Committee

Prof. C. Chapple
Secretary General

Prof. H. Van Poppel
Adjunct Secretary General - Education

Prof. J. Senksen
Adjunct Secretary General - Clinical Practice

Prof. A. Stenzl
Adjunct Secretary General - Science

Prof. M. Wirth
Treasurer

Chairmen Offices

Prof. B. Malavaud
Membership Office

Prof. V. Mirone
UroSP Office

Prof. J. N'Dow
Guidelines Office

Prof. R. Nijman
EU-ACME Office

Prof. J. Palou
Education Office

Prof. J. ...
History Office

EAU Research Foundation

Prof. A. Bjartell
Chairman

Executive Management

Jacqueline Roelofsward
Executive Manager Operational Affairs

Maurice Schrief, MSc
Executive Manager Business Affairs

Date: 3rd June 2019

Re: European Commission ruling on the indications for use of fluoroquinolones

To whom it may concern,

On the 11th March 2019 the European commission (EC) implemented stringent regulatory conditions regarding the use of fluoroquinolones (e.g. Ciprofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin, Norfloxacin, Ofloxacin) in urology. This legally binding decision is applicable in all EU countries and is based on a review of the serious disabling and potentially permanent side effects associated with the administration of quinolone and fluoroquinolone antibiotics by mouth, injection or inhalation.

National authorities have been urged to enforce this ruling and to take all appropriate measures to promote the correct use of this class of antibiotics. It is vitally important that urologists are fully informed of the impact of this decision on their daily clinical practice.

Fluoroquinolones should not be used for the:

1. Prevention of recurrent urinary tract infections.
2. Prevention of infection after surgeries or interventions in the urogenital system, including transurethral surgery or transrectal prostate biopsy
3. Treatment of sepsis

Other indications have been maintained e.g. treatment of complicated UTI and bacterial prostatitis; restricted; or reworded according to the current medical knowledge.

The recommendations made by the EC are, for the most part, in line with the current recommendations of the EAU Urological Infections Guidelines. However,

transrectal prostate biopsy. Possible alternatives are a targeted therapy approach based on rectal swab cultures as well as the change to transperineal prostate biopsy. The 2020 EAU Urological Infections Guidelines will assess the evidence of

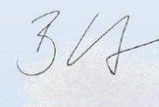
obligated to consider the serious side effects associated with fluoroquinolones and

participate in shared medical decision making with patients who have an elevated risk of complication. More information on this topic can be accessed via the European Medicines Agency website:

<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/quinolone-fluoroquinolone-containing-medicinal-products>

On behalf of the EAU Urological Infections Guidelines Panel and the EAU Section of Infections in Urology.

Yours sincerely,



Prof. Dr. G. Bonkat
Chair EAU Urological Infections Guidelines



Prof. Dr. F. Wagenlehner
Chair ESIU

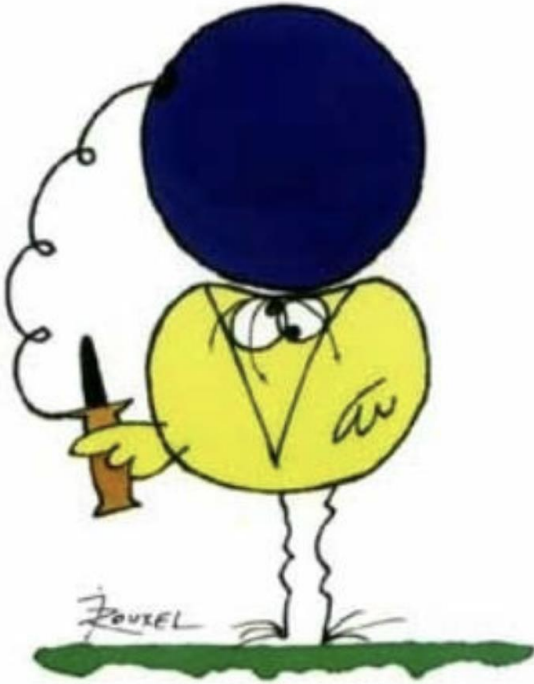



Prof. Dr. H. Van Poppel
Adjunct Secretary General
Executive Member Education

Voie transpérinéale : vraiment plus sûre?

Etude	« infections » (%)	Antibioprophylaxie
Chang et al (SR 2013)	0 – 5,3 (fièvre)	Non (avis)
Loeb et al. (SR 2013)	0 – 1,6 (UTI)	?
Pepe et al. (PT 2013)	0,7 UTI (0 sepsis)	Oui (FQ)
Grummet (R 2013)	0 (sepsis)	Oui (C + FQ + A)
Abdulmajed et al. (R 2015)	< 1 (tout)	?
Guo et al. (RCT 2015)	0 (sepsis)	Oui (FQ)
Grummet et al. (SR 2013)	0,076 (H° pour sepsis)	Oui (13/15)
EAU (SR 2018)	0,4 (tout)	?

Les devises Shadok

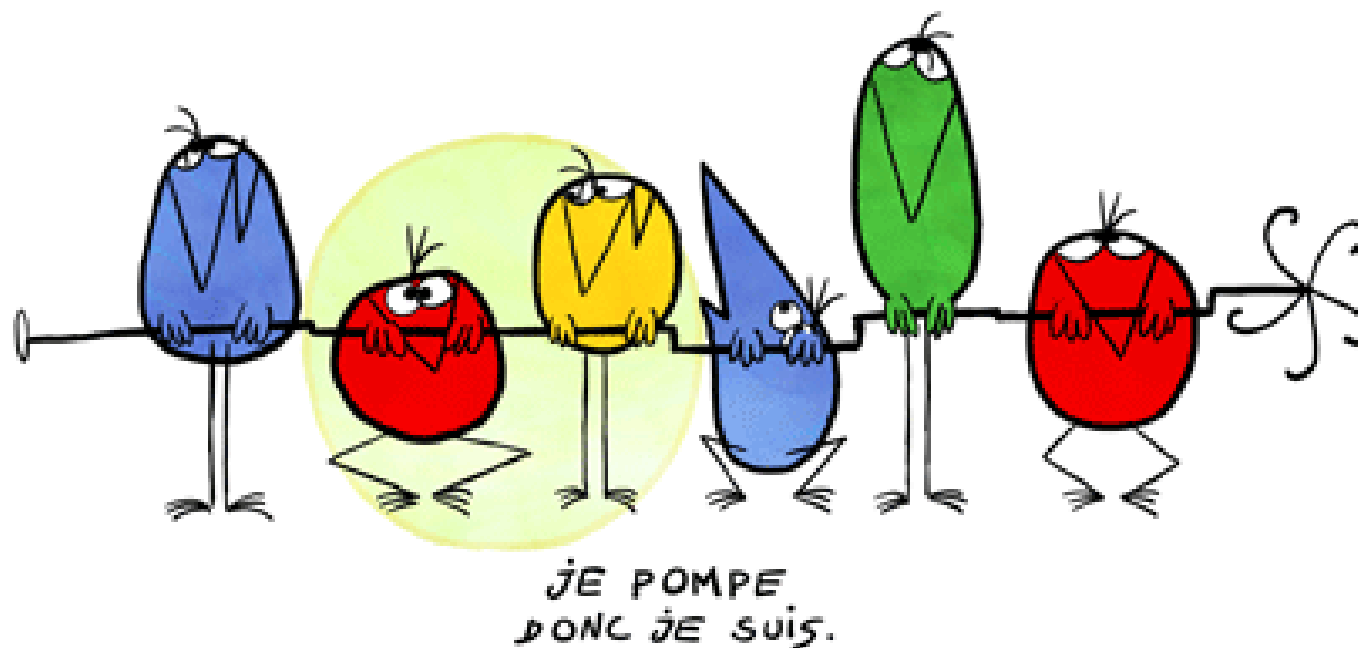


EN ESSAYANT CONTINUUELLEMENT
ON FINIT PAR RÉUSSIR. DONC :
PLUS ÇA RATE, PLUS ON A
DE CHANCES QUE ÇA MARCHE.

Les questions en suspens...

- Ciblées ou randomisées?
- Randomisées : protocole?
- Ciblées seules : combien?
- Faisabilité sous anesthésie locale en soins externes?
- Quelle technologie?
- Antibioprophylaxie?

En pratique : qu'est-ce qu'on fait lundi?



En pratique : qu'est-ce qu'on fait lundi?

Patient

ATCD prostatite post biopsie

Surveillance active

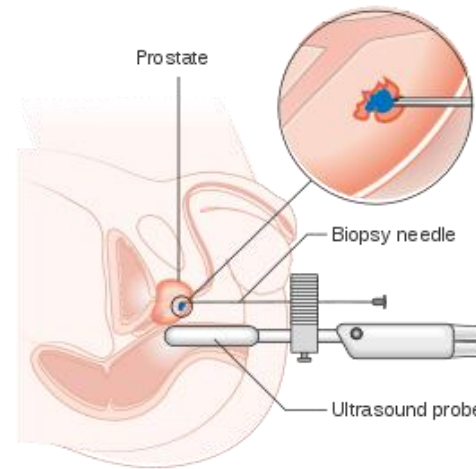
Biopsies répétées

ATCD irradiation (curie++)

Terrain à risque (diabète, greffé)

Résistance connue?

Prise récente d'antibiotique?



Cible IRM

Antérieure (SFMA+++)

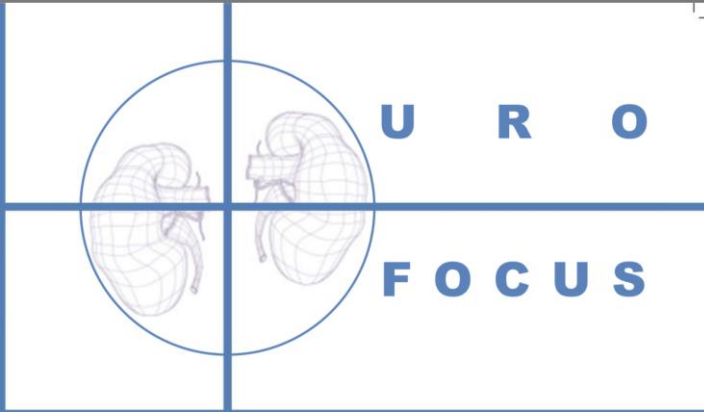
Apicale

Lésion petite taille <5mm?

Biopsies voie transrectale
négative et lésion suspecte



TREXIT



Biopsies prostatiques guidées par voie transpérinéale

Gaelle Fiard

Gfiard@chu-grenoble.fr

 @GaelleFiard

