

Benmärgsbiopsi inte nödvändig för diagnosen PV

■ Vi läste med intresse Jan Samuelssons och medarbetarens artikel om polycytemia vera (PV) i LT 3/2009 (sidorna 104-9). Det är en gedigen och strukturerad uppdatering av riktlinjer för diagnostik och behandling.

Vi har dock en kommentar till diagnostiken av PV såsom den framställs i artikeln. I Figur 1 visas en diagnostisk algoritm där patienter med högt Hb och subnormalt erythropoetinvärde förväntas genomgå både analys med avseende på

JAK2-mutation och BM-biopsi för att diagnosen ska kunna ställas.

I texten säger författarna vidare: »Benmärgsbiopsi ger viktigt stöd för diagnosen polycytemia vera och även information om eventuell fibros i benmärgen [16, 23, 24]. WHO:s reviderade diagnostiska kriterier [16] (Fakta 1) är mycket lämpade för rutin-sjukvård.« Två av de arbeten författarna refererar till är dock från pre-JAK2-eran, och det tredje är WHO:s aktuella

diagnoskriterier som även sammanfattas i Fakta 1.

Av dessa kriterier framgår att diagnosen PV mycket väl kan ställas utan benmärgsbiopsi hos patienter med högt Hb när S-epo är lågt och JAK2-mutation föreligger. Eftersom minst 95 procent av alla PV-patienter har JAK2-mutation, vilket författarna också påpekar, torde BM-biopsi kunna undvaras hos den absoluta majoriteten av patienterna i denna grupp.

Vi anser således att den

föreslagna utredningsalgoritmen i Figur 1 bör modifieras för att reflektera detta. Vi anser inte att patienter bör genomgå en onödig, resurskrävande och ibland smärtsam undersökning som inte påverkar den omedelbara handläggningen av dem.

Johan Richter

Johan.Richter@med.lu.se

Anders Lindmark

Ingemar Winqvist

samtliga är överläkare vid vårdområde hematologi, Universitetssjukhuset i Lund

REPLIK:

Oklokt avstå från benmärgsbiopsins information

■ Vi har med intresse läst kommentaren från Richter och medarbetare till vår artikel om diagnostiken av polycytemia vera (PV). Vi beklagar om vi givit intrycket att en benmärgsbiopsi är *obligat* för att ställa diagnosen PV, vilket det inte är förutsatt att man har en säkerställd hemoglobinstegring hos en JAK2-positiv individ.

Frågan om benmärgsbiopsi har diskuterats vid upprepade tillfällen i Nordiska studiegruppen för myeloproliferativa sjukdomar (NMPD), där representanter för samtliga större hematologiska kliniker i Norden deltar. Enligt NMPDs bedömning finns det flera skäl att rekommendera benmärgsbiopsi i den initiala genomgången av patienten.

Det är inte en ovanlig klinisk situation att man ställs inför en patient med ett lätt stegrad hemoglobin och trombocytos som är JAK2-positiv. Att i detta läge säkert skilja mellan PV och essentiell trombocytos utan benmärgsbiopsi med gradering av cellhalt och bedömning av järnnivåer är omöjligt. Utfallet av biopsin kan således få stor betydelse för den omedelbara och framtida behandlingen av patienten [1, 2].

Vidare anser vi att det är av stor vikt att ha en utgångsbedömning av fibrosgrad, i alla fall hos patienter med en förväntad överlevnad över tio år, för att senare med förnyade biopsier kunna värdera om den behandling vi ger patienten kontrollerar inte bara blodvärden utan även fibrosgrad. En initial benmärgs-fibros kan även ha viss betydelse för terapival, då interferon visat sig ha viss effekt på fibros vid mer avancerad myelofibros [3, 4]. Vi tror även att utfallet av benmärgsbiopsi kommer att vara en viktig information att ha när de nya läkemedel (JAK2-hämmare, histondeacetylshämmare m fl) som nu lanseras ska utvärderas. Svar på behandlingen kan komma att vara relaterat till cellhalt och fibrosgrad.

Det vore därför oklokt att just nu, med den dynamiska utveckling som finns på området, avstå från den information som benmärgsbiopsin ger. En parallell kan dras till leukemidiagnostiken. Diagnosen akut leukemi kan i de flesta fall mycket väl ställas utan exempelvis analys av cytogenetik och FLT3-mutation, men den extra informa-

tionen har visat sig mycket betydelsefull.

Det finns en tradition i Sverige att i stor utsträckning använda benmärgsundersökning i diagnostiken av PV, och det vore olyckligt om denna skulle falla i glömska. I vår studie av hur kliniker utredde PV, som genomfördes 2002 (före upptäckten av JAK2), användes biopsi av 53 procent och aspiration av 38 procent ofta eller alltid av de läkare som besvarade enkäten [5].

Slutligen har moderna skarpa engångsinstrument enligt vår uppfattning klart minskat obehaget för patienter, som ofta i andra hematologiska situationer, där både aspiration och biopsi utförs,

inte upplever biopsi som mer besvärlig än aspiration.

Jan Samuelsson

docent, överläkare,

Södersjukhuset;

vetenskaplig sekreterare, NMPD

jan.samuelsson@

sodersjukhuset.se

Björn Andreasson

docent, överläkare

Peter Johansson

med dr, överläkare, Sahlgrenska

Universitetssjukhuset/

Uddevalla sjukhus

Gunnar Birgegård

professor, överläkare,

medicincentrum,

Akademiska sjukhuset, Uppsala;

ordförande, NMPD

REFERENSER

1. Kvasnicka HM, Thiele J. The impact of clinicopathological studies on staging and survival in essential thrombocythemia, chronic idiopathic myelofibrosis, and polycytemia vera. *Semin Thromb Hemost.* 2006;32:362-71.
2. Hussein K, Bock O, Kreipe H. Histological and molecular classification of chronic myeloproliferative disorders in the age of JAK2: persistence of old questions despite new answers. *Pathobiology.* 2007;74:72-80.
3. Levy B, Vandrisk K, Adriano F, Goldman J, Silver RT. Recombinant interferon alpha may retard progression of early primary myelofibrosis by reducing splenomegaly and by changing marrow morphology. <http://ash.confex.com/ash/2008/webprogram/Paper6007.html>
4. Hasselbalch H. Myelofibrosis with myeloid metaplasia: the advanced phase of an untreated disseminated hematological cancer. Time to change our therapeutic attitude with early upfront treatment? *Leuk Res.* 2009;33:11-8.
5. Andreasson B, Löfvenberg E, Westin J. Management of patients with polycythemia vera: results of a survey among Swedish hematologists. *Eur J Haematol.* 2005;74:489-95.