

Akutt myelogen leukemi

Rikshospitalet, Hematologisk seksjon. Med. avd. 1.

T. norske Lægeforen. 1968, 88, 2030.

Akutt myelogen leukemi er en sjelden sykdom i barnealderen, men den utgjør over 80 % av de akutte leukemier hos voksne.

Diagnostiske kriterier

Pasienten søker som regel lege for slapphet. Ved den kliniske undersøkelse kan det være moderat lymfeknutevulst og splenomegali, men disse tegn kan like gjerne mangle. Praktisk talt bestendig er det anemi og trombopeni. Leukocytterne kan være nedsatt, normale eller økt i antall. I typiske tilfelle finner man tallrike blaster i det perifere blod, og benmargen er cellerik med masser av blaster. Samtidig finner man overgang mot modnere celler i myelopoiesen, spesielt promyelocytter. I ikke så få tilfelle finner man også de karakteristiske Auer-staver ved tålmodig leting.

Atypiske tilfelle er imidlertid ikke sjeldne, spesielt hos gamle. Man finner da ofte pancytopeni i det perifere blod, og i benmargen er det en forholdsvis beskjeden økning av blaster og promyelocytter. Benmargen kan ofte være forholdsvis cellefattig. I slike tilfelle kan man f. eks. finne 5–10 % myeloblaster i marginen, og uttrykket «5–10 % leukemi» eller «ulmende akutt leukemi» (4) karakteriserer denne tilstanden godt. Slike ulmende akutte leukemier har ofte et mer protraisert, subakutt forløp som strekker seg over mange måneder til et par år.

Det er viktig å utelukke leukemoide reaksjoner, spesielt kroniske infeksjoner, kollagensykdommer, cancer og aplastisk anemi. Ofte kan det være nødvendig å observere pasientene gjennom noen måneder før diagnosen stilles.

Målet for behandlingen

Målet for behandlingen er det ikke full enighet om, og stort sett er det to retninger. «The hawks» går inn for intens behandling med kombinasjon av cytostatika, f. eks. VAMP-regimet som er en kombinasjon av

Vincristine (= Oncovin «Lilly & Co.»), Amethopterin (= Methotrexate «Lederle»), 6-mercaptopurin (= Puri-Nethol «Burroughs-Wellcome & Co.») og prednison (5). Et slikt regime kan utvilsomt gi remisjon, men den er kortvarig, og prisen er som regel betydelige bivirkninger. I motsetning til dette syn hevder «the doves» at bivirkningene er for store, og de understreker også at sykdommen ofte har et protraisert forløp, slik at det er vanskelig å vite om energisk behandling virkelig utretter noe verdifullt. De går derfor inn for en konservativ behandling som ikke stiller seg annet mål enn å lindre pasientens plager med minst mulig behandling. Vi mener at dette konservative synet er riktig, inntil det kommer bedre midler. Det ligger i denne målsettingen at plagsomme behandlinger bør unngås, at sykehusopphold bør reduseres så mye som mulig, og at unødvendige kontroller bør unngås. En viktig støtte for dette syn finner vi i en undersøkelse som er gjort av Medical Research Council i England (tab. 1). Det viste seg her at pasientene levde lengst hvis de bare fikk en beskjeden steroid-dose (men dessverre manglet en ubehandlet kontrollgruppe).

Hvis man er i tvil om hvorvidt pasienten har akutt myelogen eller akutt lymfatisk leukemi, bør man derimot ubetinget starte det regime som brukes ved akutt lymfatisk leukemi. Dette gjelder særlig hos barn og yngre voksne.

Behandling

Transfusjoner er det viktigste hjelpemiddel, og vi gir ½ liter nytappet blod hver eller hver annen dag inntil anemien er hevet. Som regel kommer det en betydelig subjektiv og objektiv bedring under denne behandling.

Steroider er omdiskutert. Det har vært hevdet med styrke at de forverrer sykdommen (2), mens den engelske undersøkelsen på den annen side viste at steroider iallfall ikke var verre enn 6-mercaptopurin (3). Små doser prednison (40 mg daglig i 1 uke og deretter rask avtrapping til 10–20 mg daglig) får ofte pasientene til å føle seg litt bedre, og vi bruker som regel denne behandling.

Cytostatika bruker vi vanligvis ikke. Ønsker man å prøve, er 6-mercaptopurin regnet som det beste middel.

Antibiotika er viktig, fordi disse pasientene har betydelig infeksjonstendens.

Prognosen

Prognosen er dårlig (tab. 1, som riktignok mangler en ubehandlet gruppe). Tross alt er det imidlertid ikke så sjelden å se — særlig hos gamle — at pasienten kan ha det noenlunde bra i mange måneder.

Per Stavem og Peter F. Hjort

Tabell 1

Behandlingsresultater ved akutt myelogen leukemi (3)

| Behandling | Antall pasienter | «Median survival» |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|
| Ingen behandling | 0 | ? |
| Prednison 40 mg | 39 | 70 dager |
| Puri-Nethol 2,5 mg/kg | 71 | 62 » |
| Prednison 40 mg + P-N. 2,5 mg/kg | 70 | 41 » |
| Prednison 250 mg + P-N. 2,5 mg/kg | 30 | 21 » |

Litteratur

1. Dameshek, W., Necheles, T. F. & Finkel, H. E.: Survival in myeloblastic leukemia of adults. *New Engl. J. Med.* 1966, 275, 700-702.
2. Kruppe, W. H. & Conrad, M. E.: The danger of corticosteroids in acute granulocytic leukemia. *Med. Clin. N. Amer.* 1966, 50, 1653-1668.
3. Medical Research Council: Treatment of acute leukemia in adults: Comparison of steroid and mercaptopurine therapy, alone and in conjunction. *Brit. med. J.* 1966 (I), 1383-1389.
4. Rheingold, J. J. et al.: Smoldering acute leukemia. *New Engl. J. Med.* 1963, 268, 812-815.
5. Thompson, I., Hall, T. C. & Moloney, W. C.: Combination therapy of adult myelogenous leukemia. *Ibid.* 1965, 273, 1302-1307.

Treatment of acute myeloblastic leukemia

Per Stavem, M. D. and Peter F. Hjort, M. D.

The treatment of acute myeloblastic leukemia in the Section of Hematology, Rikshospitalet, Oslo, is briefly outlined. The outlined treatment is partly based on experience gained from treatment of our own patients and partly on the quoted literature.