

濾泡性淋巴瘤 (Follicular Lymphoma) 是慢性病嗎？

Is follicular lymphoma a chronic disease?

林協霆, MD, 內科專科醫師, 腫瘤內科專科醫師

醫療財團法人辜公亮基金會和信治癌中心醫院 腫瘤內科部 · ORCID: [0009-0002-3974-4528](https://orcid.org/0009-0002-3974-4528)

發表日期: 2026/05/11 · 最後更新: 2026/05/11 · 審稿: 林協霆 (2026/05/11) · 主題: 濾泡性淋巴瘤 (Follicular lymphoma)

DOI: 10.5281/zenodo.20131216 · 此版本 10.5281/zenodo.20131217 ·

<https://lin.hsiehting.com/posts/2026/follicular-lymphoma-indolent-treatment/>

摘要 · ABSTRACT

Follicular lymphoma 是「慢病化」的低度淋巴瘤: 中位存活 > 15 年, 但目前無治癒方案。本文整理 watch-and-wait 何時適用、第一線 rituximab-bendamustine vs. R-CHOP、復發治療路徑 (lenalidomide、tazemetostat、CD19/CD20 雙特異性抗體、CAR-T), 與「轉型」 (transformation to DLBCL) 的警訊。

Follicular lymphoma (FL) 是「indolent」 (低度) B 細胞淋巴瘤, 中位存活 > 15 年, 但目前無治癒方案。 治療目標是「控制症狀、延長無進展時間、減少累積毒性」。本文整理 watch-and-wait 何時適用 (GELF criteria)、第一線 R-bendamustine vs. R-CHOP vs. Obinutuzumab-CHOP、復發治療路徑 (lenalidomide + rituximab、tazemetostat、CD3×CD20 雙特異性抗體、CAR-T), 以及「轉型」成 DLBCL 的警訊與處理。

閱讀對象

本文設定讀者為剛診斷 FL、面對「先不治療」建議感到困惑的病友與家屬, 以及住院醫師、第一線醫療同仁。實際治療由血液腫瘤科醫師依個案決定; 本文不取代個別判斷。



為什麼 FL 是「慢性病」

特徵	解釋
腫瘤生物學	t(14;18) BCL-2 過度表現，阻斷凋亡但不快速增生
臨床表現	多以無痛性淋巴結腫大、有時自發消退
進程	反覆復發與緩解的模式
預後	中位 OS > 15 年；多數死因不是 FL 本身
目前極限	無治癒方案（除少數 limited stage I 放療可長期無病）

分期與評估

Ann Arbor / Lugano 分期

同 Hodgkin。FL 多診斷時即 Stage III-IV。

病理分級

分級	中央區大細胞比例 / HPF	處理
Grade 1-2	0-15 個 centroblast	視為 indolent
Grade 3A	> 15 個 centroblast，仍有 centrocytes	indolent / 看臨床
Grade 3B	完全是 centroblast 構成的 sheet	視為 DLBCL，用 R-CHOP

風險分數

FLIPI (Follicular Lymphoma International Prognostic Index)：年齡 > 60、Stage III-IV、Hb < 12、LDH 升高、淋巴結區 > 4 個。0-1 低風險、2 中風險、≥ 3 高風險。

FLIPI-2 加入腫瘤直徑、骨髓侵犯、β2-microglobulin。

m7-FLIPI：加入 7 個基因突變（EZH2、ARID1A、MEF2B、EP300、FOXO1、CREBBP、CARD11），預測效能更佳。

治療決策

Watch-and-wait (觀察等待)

Ardeshtna 2003 Lancet 與 Solal-Céligny 系列研究確立：無症狀、低腫瘤負擔的 FL，立刻治療與觀察等待 OS 沒差別。GELF criteria 為「需要治療」門檻：

條件 (GELF / BNLI)	任一即建議治療
單一病灶 > 7 cm	✓
≥ 3 個病灶 > 3 cm	✓
B symptoms	✓
脾腫大過肋下 7 cm	✓
壓迫症狀 (腎、胃腸、上腔靜脈)	✓
漿膜液 (腹水、胸水)	✓
細胞減少 (Hb < 10、PLT < 100、ANC < 1.5)	✓
LDH 或 β2-microglobulin 升高	✓

第一線方案

分期	方案
Stage I-II (局限)	放療 24 Gy (可治癒約 50%)
Stage III-IV 高腫瘤負擔	R-bendamustine ×6 → rituximab 維持 或 obinutuzumab-bendamustine (GALLIUM)
Stage III-IV 低腫瘤負擔	Watch-and-wait 或 rituximab 單藥

試驗比較

試驗	設計	結果
StiL NHL1	R-bendamustine vs. R-CHOP	mPFS 69.5 vs. 31.2 個月，R-bendamustine 勝
BRIGHT	R-bendamustine vs. R-CHOP/R-CVP	CR 31% vs. 25%，毒性較低
GALLIUM	O-chemo vs. R-chemo (含 G-bendamustine)	mPFS 86.6 vs. 73.3 個月，OBI 勝；G-bendamustine 感染較多
PRIMA	Rituximab 維持 vs. 觀察 (誘導後)	mPFS 顯著延長

復發治療：2020 年代爆發的選項

Lenalidomide + Rituximab (R²)

AUGMENT 試驗：R² vs. rituximab 單藥，mPFS 39.4 vs. 14.1 個月。R² 已是復發 FL 的標準二線之一。

Tazemetostat (EZH2 抑制劑)

口服 EZH2 抑制劑，FDA 2020 核准復發 FL (≥ 2 線後)：

- EZH2 突變 ORR 69% (CR 13%)
- EZH2 野生型 ORR 35% (CR 4%)
- 毒性溫和，口服方便

CD3×CD20 雙特異性抗體

藥	給藥	ORR / CR
Mosunetuzumab	皮下 / 靜脈，分期遞增	ORR 80%、CR 60% (≥ 3 線後)
Epcoritamab	皮下	ORR 82%、CR 63% (≥ 2 線後)
Glofitamab	靜脈	ORR 81%、CR 70%

CAR-T 細胞療法

產品	試驗	ORR / CR
Axicabtagene ciloleucel	ZUMA-5	ORR 94%、CR 79% (24 個月 PFS 57%)
Tisagenlecleucel	ELARA	ORR 86%、CR 69%
Lisocabtagene maraleucel	TRANSCEND FL	ORR 97%、CR 94%

台灣 2025–2026 起：CAR-T 已陸續可在符合條件的醫學中心執行；健保條件持續更新。

轉型成 DLBCL：年累積風險 2–3%

警訊	處理
某類淋巴結快速長大 (不對稱進展)	切片那類
新出現 B symptoms	影像 + LDH
LDH 突然升高	PET-CT 找 SUVmax 高的病灶切片
PET 顯示 SUVmax > 13	切片

確診轉型後：以 DLBCL 方案治療 (R-CHOP / Pola-R-CHP)，考慮自體幹細胞移植或 CAR-T。轉型後預後較差但仍有治癒可能。

適用對象 / 不適用對象

本文適用

- 剛診斷 FL、考慮 watch-and-wait 的病友
- 復發 FL 想了解新選項的病友與家屬
- 第一線住院醫師、家醫科參考

本文不適用

- Grade 3B FL (應視為 DLBCL)
- 取代血液腫瘤科醫師對個案的判斷
- 兒童 / 少見變異型

副作用 / 風險揭露

化療免疫療法常見不良反應

- R-bendamustine：感染風險、骨髓抑制、藥物熱、長期免疫低下
- R-CHOP：周邊神經病變 (vincristine)、心毒性 (doxorubicin)、嗜中性低下發燒
- Obinutuzumab：輸注反應 (首劑常見、需減速分次給)、感染、B 肝再活化

新藥常見不良反應

- Lenalidomide：嗜中性低下、皮疹、靜脈血栓、催畸 (女性禁孕)
- Tazemetostat：噁心、疲憊、骨髓抑制 (少數 MDS / AML 風險)
- 雙特異性抗體：CRS (細胞激素釋放症候群)、ICANS (神經毒性)
- CAR-T：CRS、ICANS、長期 B 細胞低下、感染風險

主要禁忌

- B 肝帶原未抗病毒治療 (rituximab 可能誘發 HBV 再活化)
- 活動性感染未控制
- 嚴重共病、ECOG 3-4
- 懷孕 / 哺乳 (rituximab、lenalidomide、bendamustine 均不可用)

帶去診間的問題清單

我符合 GELF criteria 嗎？需要立刻治療嗎？

無症狀低負擔者可考慮 watch-and-wait。

我的 grade 是 1、2、3A 還是 3B？

Grade 3B 應視為 DLBCL，治療策略不同。

我的 FLIPI 分數？有沒有做 m7-FLIPI 基因突變？

高風險者治療更積極。

第一線會用 R-bendamustine 還是 R-CHOP？

多以 R-bendamustine 為首選；R-CHOP 在懷疑轉型或高腫瘤負擔時。

復發後我有哪些選項？

R²、tazemetostat、雙特異性抗體、CAR-T 都在台灣可用。

B 肝、C 肝、結核篩檢都做了嗎？

rituximab 前必須。



參考文獻

1. Rummel MJ, et al. **Bendamustine plus rituximab versus CHOP plus rituximab as first-line treatment for patients with indolent and mantle-cell lymphomas (StiL NHL1).** *Lancet*. 2013;381(9873):1203–1210. [doi:10.1016/S0140-6736\(12\)61763-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61763-2)
2. Marcus R, et al. **Obinutuzumab for the First-Line Treatment of Follicular Lymphoma (GALLIUM).** *N Engl J Med*. 2017;377(14):1331–1344. [doi:10.1056/NEJMoa1614598](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1614598)
3. Leonard JP, et al. **AUGMENT: A Phase III Study of Lenalidomide Plus Rituximab Versus Placebo Plus Rituximab in Relapsed or Refractory Indolent Lymphoma.** *J Clin Oncol*. 2019;37(14):1188–1199. [doi:10.1200/JCO.19.00010](https://doi.org/10.1200/JCO.19.00010)
4. Morschhauser F, et al. **Tazemetostat for patients with relapsed or refractory follicular lymphoma: an open-label, single-arm, multicentre, phase 2 trial.** *Lancet Oncol*. 2020;21(11):1433–1442. [doi:10.1016/S1470-2045\(20\)30441-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30441-1)
5. Budde LE, et al. **Single-agent mosunetuzumab shows durable complete responses in patients with relapsed or refractory B-cell lymphomas.** *Lancet Oncol*. 2022;23(8):1055–1065. [doi:10.1016/S1470-2045\(22\)00335-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00335-7)
6. Jacobson CA, et al. **Axicabtagene ciloleucel in relapsed or refractory indolent non-Hodgkin lymphoma (ZUMA-5).** *Lancet Oncol*. 2022;23(1):91–103. [doi:10.1016/S1470-2045\(21\)00591-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00591-X)
7. Ardeschna KM, et al. **Long-term effect of a watch and wait policy versus immediate systemic treatment for asymptomatic advanced-stage non-Hodgkin lymphoma.** *Lancet*. 2003;362(9383):516–522. [doi:10.1016/S0140-6736\(03\)14110-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14110-4)

引用整理協力：NCCN 2026 FL、StiL NHL1、BRIGHT、GALLIUM、AUGMENT、tazemetostat、mosunetuzumab、ZUMA-5、ELARA、Ardeschna 2003 (2026/05/11)。

SOURCE <https://lin.hsiehting.com/posts/2026/follicular-lymphoma-indolent-treatment/>

CITATION 林協霆. 濾泡性淋巴瘤 (Follicular Lymphoma) 是慢性病嗎?. 林協霆 · 臨床筆記. 2026/05/11.
doi:10.5281/zenodo.20131216

LICENSE CC BY-NC-ND 4.0 — 文章內容依 [Creative Commons 姓名標示-非商業性-禁止改作 4.0 國際](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/) 授權公開使用。

DISCLAIMER 本文整理公開發表之臨床試驗結果與 NCCN/ASCO/ESMO 治療指引，僅供醫學新知與病人衛生教育參考，不構成個別醫療建議，亦不取代主治醫師之診療判斷。實際治療決策請與您的主治團隊面對面討論。