

# 何杰金式淋巴瘤診斷治療及追蹤

譯者：林鵬展

## 一、發生率

歐洲的粗發生率為 2.2，死亡率是 0.7/10<sup>5</sup>/year。

## 二、診斷

1. 需根據 WHO 分類,由冰凍切片及福馬林固定之充足標本的手術標本或淋巴切片作病理診斷。
2. Classical Hodgkin's disease 包括有 Nodular sclerosing, Mixed cellularity, Lymphocyte rich classical 及 lymphocyte depleted 次型且為癒後之因素須與 lymphocyte predominant Hodgkin's disease 分別。

## 三、分期與危險評估

1. 腹部 CT Scan,胸部 X-ray 或 CT Scan 及骨髓切片是需要的。
2. 不建議作 staging laparotomy,除了 CT Scan,亦可選 PET 或 gallium scan、CBC、WSR 及包括 CRP、Alk-p、Albumin, 及 LDH 之生化檢查。
3. 依據 Ann Arbor system 及提及 B-symptom, 巨大的病灶, 包括脾臟或淋巴結外病灶之分期, 主要用以評估復發之危機及選擇正確之治療。

依據以下分類之危險評估被建議：

1. Limited stage Clinical stage I 及 II 且無危險因子
2. Intermediate stage Clinical stage I 或 II 有 1 個或多個以下之危險因子
  - 大中膈腔腫塊 ( 在 CXR > 1/3 胸部寬度 )  
( 在 CT Scan > 7.5 cm )
  - 淋巴結外侵犯
  - 脾臟的大侵犯( 廣泛腫大或大於 5 個腫塊結節 )
  - ESR 增高 ( B stage > 30mm/h 或 A stage > 50mm/h )
  - 廣泛的淋巴結侵犯 ( ≥ 3 個淋巴區 )
  - 高齡 ( > 60 歲是一個額外的危險群 )
3. Advanced Stage Clinical stage III 或 IV

## 四、治療計劃

依據 Ann Arbor 之 lymphocyte predominant Hodgkin's disease ( LPHD ) Stage I 且無及臨床危險因子者可以僅侵犯區域放射治療 ( 30Gy ) 其他所有的病人皆須

訂定一個全方位之治療計劃.以下之治療建議適用於能容忍 Antracycline 治療之病患。

1. Limited stage 病患 : 2-4 cycle 的 ABVD ( 或一個相當的配方 ) 合併侵犯區的放射治療 ( 30-36 Gy ) 。
2. Intermediate stage 病患 : 4 cycle 的 ABVD ( 或一個相當的配方 ) 合併侵犯區的放射治療 ( 30-36 Gy )
3. Advanced stage 病患 : 8 cycle 的 ABVD ( 或 BEACOPP 或 MOPP/ABV )。侵犯區的放射治療 ( 30-36 Gy ) 應只用於原有巨大腫瘤 ( >7.5cm ) 或化療後殘存病灶區。

### 五、反應的評估

做 4 cycle 後或在最後一個 cycle 之化療或化學/放射治療後以理學檢查.以上所提之實驗室分析及初始有異常發現之放射影像檢查,放射影像有不完全反應之病患,應以切片評估疾病是否仍進行或至少重複放射檢查。

### 六、追蹤

第一年：每 3 個月病史及理學檢查。

第二年：第 2-4 年每 6 個月病史及理學檢查.然後每年 1 次病史及理學檢查在

第 6,12 及 24 個月行如上所提之實驗室分析及 CXR，然後再適合進一步治療之病患依臨床需要行檢查。CT Scan 及重複初始的病理放射檢查一次以確認 remission status。除評估殘餘病灶並不建議固定的 CT Scan。頸部有放療者，在第 1,2 及至少第 5 年要評估甲狀腺功能。停經前尤其在小於 25 歲，胸部接受放射者，婦女應做臨床次發乳癌之篩選，且在 40-50 歲以乳房攝影篩選。