

368

# IMPORTÂNCIA DA IMUNOFENOTIPAGEM NO DIAGNÓSTICO DO LINFOMA NÃO HODGKIN CÉLULAS B MADURAS: RELATO DE CASO

G.D. Cavalcanti<sup>a,b</sup>, L.P. Leite<sup>a,b</sup>, P.K.B. Bezerra<sup>a,b</sup>, J.A.S. Filho<sup>a,b</sup>, A.B.D.N. Hunka<sup>a,b</sup>, A.F.C. Junior<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Central Coronel Pedro Germano, Natal, RN, Brasil

**Objetivo:** Relatar um caso de linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B primário e analisar os aspectos clínicos laboratoriais e revisão de prontuário. **Material e métodos:** Estudo descritivo, tipo relato de caso, feito a partir da análise do prontuário da paciente no Hospital Central Coronel Pedro Germano no município de Natal, Rio Grande do Norte. Ademais, foram usadas literaturas capazes de elucidar as informações e fornecer o embasamento teórico. **Relato de caso:** JFS, 79 anos, sexo masculino, há 07 meses com história de aumento do volume abdominal. Ao exame físico, linfadenomegalia em região epitroclear bilateral, axila esquerda, inguinal à direita, supraclavicular esquerdo, fossa cubital esquerda, e esplenomegalia. Hemograma inicial: Hb 12,7 g/dL; 7.400 leucócitos com 22% de linfócitos, 248.000 plaquetas, velocidade de hemossedimentação (VHS) 26 mm/1ª hora. A tomografia computadorizada evidenciou incontáveis adenomegalias abdominais, subdiafragmática direita, cadeia hepatogastrica, epigástrica, retroperitoneal e mesentérica, íliaca externa direita. A biópsia do fragmento do linfonodo inguinal direito revelou lesão de células redondas, sugestivo de Linfoma Não Hodgkin. A imunofenotipagem por citometria de fluxo (CF) na população de células mononucleares totais, observou-se expressão relacionados a linfócitos B maduros, com fenotipo CD19+, CD20+, CD22+, FMC7+, presença de linfócitos T maduros em quantidade regular, laudo de imunofenotipagem sugestivo de linfoproliferação por células B maduras. Após isso, foi iniciada a terapia R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), que resultou em discreta melhoria clínica. **Discussão:** A imunofenotipagem é realizada pela citometria de fluxo, sendo uma técnica multiparamétrica importante para o diagnóstico, prognóstico, estadiamento, acompanhamento de terapêutica, assim como para classificação de neoplasias hematológicas. Ela tem como base a análise do ganho ou perda de expressão dos anticorpos expressos por cada célula sanguínea durante a diferenciação celular com posterior interpretação dos dados, identificando assim a ausência ou presença de populações anômalas. A técnica de citometria de fluxo utilizada na imunofenotipagem serve para contar, examinar e classificar partículas microscópicas suspensas em meio líquido em fluxo. Dessa forma, Permite a análise de vários parâmetros simultaneamente, sendo conhecida também por citometria de fluxo multiparamétrica. Assim, ela pode ser realizada em material de sangue periférico, medula óssea, líquidos cavitários, ou mesmo tumores sólidos desde que as células estejam desagregadas e ressuspensas em meio líquido. Neste relato, a imunofenotipagem foi compatível com



infiltração por células B linfóides maduras clonais. **Conclusão:** As neoplasias sanguíneas apresentam uma grande heterogeneidade. Sendo indispensável associar a clínica do paciente com exames complementares para ter o diagnóstico preciso. Tornando-se o uso da imunofenotipagem essencial, a fim de determinar o subtipo do linfoma. Em seguida ser tomado a conduta terapêutica de forma rápida e adequada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.370>

369

# INCIDÊNCIA DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LINFOMA NÃO-HODGKIN NO BRASIL: O CENÁRIO DE 1789 A 2018

J.F. Fernandes, R.C.E. Segato, V.A. Barbosa, T.A. Laranjeira, V.M. Machado, P.H.C. Amorim, J.R.S.D. Ó, R.A. Neves

Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiânia, GO, Brasil



**Introdução:** O linfoma não Hodgkin (LNH) é um tipo de câncer com origem no sistema linfático e que se espalha de modo não ordenado. Embora sua etiologia não esteja bem elucidada, evidências sugerem causa viral, além de possível relação com fatores genéticos. A classificação é feita como LNH indolentes e LNH agressivos, porém, existem mais de 20 tipos de LNH. Os sintomas, em geral, são sistêmicos, mas a maioria dos pacientes apresenta linfadenopatia periférica assintomática. Entre os linfomas, é o tipo mais incidente na infância e vem apresentando altos índices entre pessoas com mais de 60 anos, nos últimos anos. **Objetivo:** Analisar os índices de óbitos por LNH e a sua progressão entre os anos de 1979 e 2018. **Metodologia:** Estudo descritivo observacional baseado nos dados obtidos no Atlas On-line de Mortalidade do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Foram analisadas as taxas de óbito por LNH em relação ao total de óbitos (TOB) no período entre os anos de 1979 e 2018, levantando a evolução em cada década e estabelecendo comparação a partir do sexo. **Resultados:** De acordo com o INCA, no período analisado houveram 102.326 óbitos por LNH, sendo 58.128 homens (56,8%) e 44.198 mulheres (43,2%). O percentual médio de óbitos por LNH em relação ao TOB do período foi de 0,25%, o que representa 2,6:1000 óbitos. Ao calcular essa média de óbitos em cada década, foram encontrados os valores: 1979 a 1988 – 0,17%; 1989 a 1998 – 0,23%; 1999 a 2008 – 0,30%; 2009 a 2018 – 0,32%. O aumento percentual dos óbitos entre a primeira e a última década analisada foi de 195%. O maior aumento percentual quando comparadas duas décadas subsequentes foi entre as décadas de 1989 a 1998 e 1999 a 2008, apresentando 55,93%. Comparativamente, a proporção de óbitos por LNH na década de 1979 a 1988 foi de 1,7:1000, enquanto na década de 2009 a 2018 esse número foi de 3,2:1000. Em relação à proporção segundo o sexo, foi evidenciado que as mulheres, proporcionalmente e em percentual, morrem mais por LNH do que os homens, apesar dos números absolutos demonstrarem maior número de óbitos entre os homens. **Discussão:** Houve um importante crescimento percentual do número de óbitos ocasionados por LNH, no período em análise. Esse crescimento teve expressiva elevação nas três primeiras décadas,

sobretudo da segunda para a terceira década, e na última década de análise verifica-se uma desaceleração do ritmo de crescimento, porém, sem inversão da curva. A análise desse fenômeno pode ser feita a partir do aumento no número de notificações de LNH, devido à evolução do sistema de saúde, principalmente em seus métodos diagnósticos. Além disso, aumento populacional e a urbanização podem ter contribuído para o aumento do número de casos. No que se refere à desaceleração do crescimento, ocorrida na última década de análise, levanta-se a hipótese de que a criação de ferramentas de informação e o acesso ao tratamento precoce, possibilitaram o aumento da sobrevida e a diminuição da mortalidade. **Conclusão:** Devem ser realizados estudos para identificar a etiologia e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento do LNH, buscando compreender a interferência dos hábitos de vida na manifestação dessa doença, assim como desenvolver métodos de rastreamento precoce e profilaxia. Assim, será possível compreender, de forma mais assertiva, os motivos do crescimento do número de mortes por LNH nos últimos anos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.371>

370

#### INTERIM ANALYSIS OF MAGNIFY PHASE IIIB: INDUCTION R2 FOLLOWED BY MAINTENANCE IN RELAPSED/REFRACTORY (R/R) INDOLENT NON-HODGKIN LYMPHOMA (INHL)

D.J. Andorsky<sup>a</sup>, M. Coleman<sup>b</sup>, A. Yacoub<sup>c</sup>, J.M. Melear<sup>d</sup>, S.R. Fanning<sup>e</sup>, K.S. Kolibaba<sup>f</sup>, F. Lansigan<sup>g</sup>, C. Reynolds<sup>h</sup>, G. Nowakowski<sup>i</sup>, A.L. Et<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Rocky Mountain Cancer Centers, US Oncology Research, Boulder, United States

<sup>b</sup> Clinical Research Alliance Inc, Weill Cornell Medicine, New York, United States

<sup>c</sup> University of Kansas Cancer Center, Westwood, United States

<sup>d</sup> Texas Oncology – Austin, US Oncology Research, Austin, United States

<sup>e</sup> Prisma Health, US Oncology Research, Greenville, United States

<sup>f</sup> Compass Oncology, US Oncology Research, Vancouver, United States

<sup>g</sup> Dartmouth–Hitchcock Medical Center, Lebanon, United States

<sup>h</sup> IHA Hematology Oncology Consultants – Ann Arbor, Ypsilanti, United States

<sup>i</sup> Mayo Clinic, Rochester, United States

**Goals:** Patients (pts) with relapsed iNHL have limited standard treatment options. The immunomodulatory agent lenalidomide shows enhanced activity with rituximab (ie, R<sup>2</sup>), which recently reported 39.4-mo median PFS in R/R iNHL pts (*J Clin Oncol.* 2019;37:1188). MAGNIFY is a multicenter, phase IIIB trial in pts with R/R FL gr1-3a, MZL, or MCL (NCT01996865) exploring optimal lenalidomide duration. **Materials and methods:** Lenalidomide 20 mg/d, d1-21/28 + rituximab 375 mg/m<sup>2</sup>/wk c1 and then q8wk c3+ (R<sup>2</sup>) are given

for 12c followed by 1:1 randomization in pts with SD, PR, or CR to R<sup>2</sup> vs rituximab maintenance for 18 mo. Data presented here focus on induction R<sup>2</sup> in efficacy-evaluable FL gr1-3a and MZL pts (FL gr3, tFL, and MCL not included) receiving  $\geq 1$  treatment with baseline/post-baseline assessments to analyze the primary end point of ORR by 1999 IWG criteria. Analyses were done in pts refractory to rituximab (R-ref), refractory to both rituximab and alkylating agent (double-ref), and those with relapse or progression  $\leq 2$  y of initial diagnosis after 1L systemic treatment (early relapse [ER]). **Results:** As of June 16, 2019, 393 pts (81% FL gr1-3a; 19% MZL) were enrolled; median follow up 23.7 mo (range, 0.6-57.8) for censored pts (n = 335). Median age was 66 y (range, 35-91), 83% had stage III/IV disease, with a median of 2 prior therapies (95% prior rituximab-containing). ORR was 69% with 40% CR/CRu. Median DOR was 39.0 mo, and median PFS was 40.1 mo. In R-ref (n = 137), double-ref (n = 80) and ER patients (n = 132), ORR was 60%, 50%, and 66%; with CR/CRu in 36%, 26%, and 31%; respectively. 199 pts (51%) completed 12c of induction R<sup>2</sup>, and 188 (48%) have been randomized and entered maintenance. 139 pts (35%) prematurely discontinued both lenalidomide and rituximab, primarily due to AEs (n = 52, 13%) or PD (n = 45, 11%). Most common all-grade AEs were 48% fatigue, 43% neutropenia, 36% diarrhea, and 31% nausea. Grade 3/4 AE neutropenia was 36% (9 pts [2%] had febrile neutropenia); all other grade 3/4 AEs occurred in <7% of pts. **Discussion:** R<sup>2</sup> is active with a tolerable safety profile in pts with R/R FL and MZL, including R-ref, double-ref, and ER pts. **Conclusions:** These results suggest that R<sup>2</sup> should be considered as a therapeutic option for pts with R/R iNHL.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.372>

371

#### LEUKEMIC FOLLICULAR LYMPHOMA MIMICKING HAIRY CELL LEUKEMIA IN FLOW CYTOMETRY

I.S.E. Pimentel, C.L.M. Pereira, V.R.H. Nunes, L.F.S. Dias, N.F. Centurião, L.L.C. Teixeira, C.C.P. Feres, G.F. Perini, R.S. Barroso, N. Hamerschlag

Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, SP, Brazil

Follicular lymphoma (FL) is an indolent lymphoma and may have various clinical courses. FL often involves spleen and bone marrow (BM) but, in contrast to other indolent NHL at diagnosis, very few patients present with an overt detectable leukaemic phase (FLLP). Herein, we present a case report of FL-LP. A 59-year-old female presented with weight loss, increased cervical mass and adynamia initiated few months ago. She brought recent tests with worsening of anemia, lymphocytosis, thrombocytopenia, with normal neutrophil and monocytes counts. A peripheral blood immunophenotyping by flow cytometry showed positive and significant antigenic expression of CD10, CD11c, CD20, CD22, CD23, CD25, CD43, CD79b, CD103, CD123, CD200, FMC7, IgM, IgD and cyKappa, being compatible with Hairy Cell Leukemia. Due the discrepancy between clinical data and flow cytometry findings,