

and adjusted propensity score comparison of CANDOR and MMY1001 showed similar efficacy in terms of ORR and PFS in the TW KdD56 and OW KdD70 groups. Unadjusted ORR was 83.2% (95% confidence interval [CI]: 77.1–88.3) for TW and 81.2% (95% CI: 71.2–88.8) for OW; similarly, adjusted was 79.6% (95% CI: 71.2–87.9) for TW and 81.2% (95% CI: 72.9–89.5) for OW. Median PFS (OW/TW, in months) was not estimable (NE) in each group (unadjusted: NE (18.4-NE) for TW and 25.8 (19.4-NE) for OW; adjusted: NE (12.0-NE) for TW and 25.8 (19.4-NE) for OW). Adjusted hazard ratio for PFS (OW/TW) was 0.80 (95% CI: 0.49–1.32). As propensity score comparisons were for efficacy only, safety comparisons between CANDOR and MMY1001 included differing sample sizes and treatment duration. After a median follow-up of 16.8 and 23.5 months for TW and OW KdD regimens, respectively, treatment-emergent grade ≥ 3 adverse events (AEs) were reported in 84.3% (156/185) for TW and 82.4% (70/85) for OW. Treatment-emergent AEs leading to K discontinuation were reported by 21.1% (39) for TW and 18.8% (16) for OW. Treatment-emergent fatal AEs were reported in 10.8% (20) for TW and 3.5% (3) for OW. The safety of KdD56 and KdD70 was consistent with the known safety profiles of individual study treatments. **Discussion:** Similar efficacy in ORR was demonstrated with OW and TW KdD regimens, suggesting optimal control can be achieved through the provision of multiple treatment options. Some differences were observed between OW and TW KdD regimens for treatment-emergent AEs. **Conclusion:** OW KdD70 is an efficacious dosing option with a favorable benefit-risk profile, comparable with TW KdD56. The OW KdD70 dosing option represents a more convenient regimen that might encourage adherence and potentially lead to better outcomes for RRMM pts. Clinicaltrials.gov: NCT03158688.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.431>

430

ESTUDO DE UMA SÉRIE DE CASOS: INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO DE PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO POR REAÇÃO ADVERSA AO TRATAMENTO COM LENALIDOMIDA

P.N. Silva, C. Moneró, R. Cunha

Centro de Excelência Oncológica (CEON), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Paciente 1, sexo masculino, 76 anos, realizou tratamento com os seguintes protocolos: VMP (bortezomibe, melfalano e prednisona), KD (carfilzomibe e dexametasona), DRD (daratumumabe, lenalidomida e dexametasona), em abril/2020 troca para ERD (elotzumabe, lenalidomida e dexametasona), segue atualmente em tratamento com CED (ciclofosfamida, etoposídeo e dexametasona). Durante o período de estudo utilizou lenalidomida 15 mg D1-D21 ciclo de 28 dias. Ao longo do tratamento apresentou as seguintes reações adversas: anorexia, perda ponderal, hiperglicemia, tosse seca, febre, cisto infectado em região dorsal e diarreia. Devido a progressão bioquímica da doença, o tratamento com lenalidomida foi interrompido. Paciente 2, sexo masculino, 67 anos, realizou tratamento de indução com o protocolo VTD (bortezomibe

e denosumabe), seguido de consolidação com transplante autólogo de medula óssea, com posterior manutenção com lenalidomida 10 mg D1-D28 ciclo contínuo de 28 dias. Ao longo do tratamento apresentou as seguintes reações adversas: lesão de pele e prurido, dor lombar EVA 2 e sangramento gengival. Durante o período inicial do estudo utilizou lenalidomida 10 mg ciclo de 28 dias de manutenção. Apresentou plaquetopenia sendo necessária a redução de dose para 5 mg. Apesar da redução da dose o paciente manteve toxicidade hematológica sendo então suspenso o tratamento. Paciente 3, sexo masculino, 67 anos, realizou pulsos de dexametasona, transplante de medula óssea, seguido de protocolo com bortezomibe, apresentou recaída sendo então submetido ao protocolo tratamento DRD (daratumumabe, lenalidomida e dexametasona), após três meses de tratamento apresentou pancitopenia, sendo reduzida a dose de lenalidomida de 15 mg em dias alternados para 5 mg D1-D21 ciclo de 28 dias. Ao longo do tratamento apresentou as seguintes reações adversas: tosse seca, dispneia aos esforços, perda ponderal, constipação, anemia, proteinúria e pancitopenia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.432>

431

FENÔMENO DE RAYNAUD COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INICIAL EM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO: UM RELATO DE CASO

I.C.V. Barbosa, M.B.V. Lima, L.T. Silva, M.A. Dias, T.C.D.S. Cabral, E.C. Malafaia, K.O. Mota

Clínica Amo - Assistência Multidisciplinar em Oncologia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: O Fenômeno de Raynaud (FR) em pacientes com Mieloma Múltiplo (MM) é uma manifestação rara, geralmente associado a crioglobulinemia ou a síndrome de hiperviscosidade, e a sua ocorrência é incomum com paraproteína IgA. **Caso clínico:** Homem, 65 anos, previamente hígido, cursa há 1 ano com cianose assimétrica e intermitente das extremidades, associado a dor e a piora com a exposição ao frio. O paciente não apresentava xerostomia, disfagia, febre ou artralgia. Foi tratado durante 6 semanas com prednisona e nifedipina, apresentando boa resposta, mas o quadro retornou após 4 meses, de forma mais intensa e com pequenas úlceras digitais. A mesma terapia foi reintroduzida associada a metotrexato, porém o paciente não teve melhora. Neste intervalo, investigou-se Esclerose Sistêmica (ES), crioglobulinemia, vasculites, Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) e hepatite C, mas os exames resultaram negativos. Feito eletroforese de proteína (EFP) sérica que identificou 2 proteínas monoclonais em gama de 1,42 g/dL e 0,38 g/dL, com imunofixação (IMF) positiva para IgA/Kappa. Realizado mielograma com 11% de plasmócitos e biópsia de medula com infiltração moderada a intensa de plasmócitos clonais. Logo após o procedimento, o paciente evoluiu com piora dos sintomas e com necessidade de internação para controle de dor. Ao exame, notou-se cianose de extremidades, necrose seca em falanges distais do 2° ao 5° quirodáctilos direitos, do 1° ao 3° quirodáctilos esquerdos, do 1° e 3° pododáctilos direitos e do hálux esquerdo. Os



exames admissionais mostraram Hb 9,3 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, cálcio 8,4 mg/dL, albumina 3,2 g/dL, β_2 microglobulina 5,94 mg/L, IgA 2.697 mg/dL, IgM 35,7 mg/dL, IgG 469 mg/dL e proteinúria de 24 horas de 301 mg. Feito doppler arterial que excluiu doença arterial periférica e inventário ósseo que não mostrou lesões osteolíticas. O paciente foi diagnosticado com Mieloma Múltiplo IgA/Kappa, ISS III, e foi tratado com Bortezomibe, Ciclofosfamida e Dexametasona (VCD), além de medidas para vasculite e analgesia com morfina. No momento, o paciente segue internado, com quadro estável, em programação de iniciar o 2º ciclo de VCD. **Discussão:** O FR está associado a diferentes etiologias, podendo ser primário ou secundário, e é mais comum nas doenças autoimunes como ES, LES e síndrome de Sjögren. Raramente, o FR pode ser uma manifestação paraneoplásica de alguns tumores como carcinomas, sarcomas e neoplasias hematológicas. A prevalência de FR em pacientes com MM é incerta e geralmente associada a crioglobulinemia e/ou a síndrome de hiperviscosidade. A frequência de crioglobulinemia do tipo I em pacientes com MM ainda é desconhecida, com poucos relatos de casos na literatura e a fisiopatologia está relacionada à vasculite induzida pela formação de imunocomplexos. Já a síndrome de hiperviscosidade pode ser vista em cerca de 4% dos casos de MM, com envolvimento de imunoglobulinas de grande peso molecular como IgM e concentrações elevadas de paraproteínas. No MM do tipo IgG ou IgA, devido ao baixo peso molecular das imunoglobulinas, este quadro é incomum. Neste caso, após ampla investigação, o FR e a vasculite foram atribuídos ao MM. Conforme observado em outros relatos de casos, há uma expectativa de melhora clínica do paciente com a quimioterapia. **Conclusão:** Destacamos que o FR pode estar presente em gamopatias monoclonais e a pesquisa de paraproteína com EFP e IMF deve fazer parte da propedêutica diagnóstica nestes pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.433>

432

FRONT-LINE AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION IN MULTIPLE MYELOMA PATIENTS: UNDERSTANDING THE REASONS FOR INELIGIBILITY AND ITS IMPACT IN SURVIVAL. REAL-WORLD PRACTICE IN A DEVELOPING COUNTRY

M.J. Atanazio, F.S. Seguro, H. Visnadi, P.E.D. Llacer, G.A. Martinez, V.G. Rocha

Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brazil

Objective: We aim to describe the importance and the reasons to front-line ASCT ineligibility in young MM patients in a tertiary center in São Paulo – Brazil. **Methods:** We retrospectively reviewed the medical charts of patients, aged between 18 and 69 years, with symptomatic MM diagnosed between January/2001 and July/2017. Baseline clinical features, follow-up data and reason for ASCT ineligibility were collected. **Results:** We collected data from 481 patients, with 434 remaining after exclusion. Median age was 58 years (27–69 years), 54.6% were males. The proportion of patients at International Staging Sys-

tem (ISS) III was 38.6%. 22 (5.1%) were treated with proteasome inhibitor containing regimens. 212 (48,8%) patients underwent front-line ASCT. The two main reasons for ASCT ineligibility were: poor clinical conditions and insufficient depth of response. Median survival for patients the underwent and did not undergo front-line ASCT and for entire cohort was 122, 37 and 68 months respectively. Multivariate analysis identified four prognostic factors that impacted on survival: ISS score, performance status, front-line ASCT and depth of response. **Discussion:** Increasing access to new drugs can help to achieve a better depth of response and early diagnose can prevent deterioration of clinical status that renders makes patients ineligible to ASCT, an important part of myeloma treatment. **Conclusion:** Improving accessibility to ASCT can ameliorate quality of life and survival in MM patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.434>

433

GAMOPATIA MONOCLONAL, FEBRE PERIÓDICA E ARTRALGIA: RELATO DE CASO DESTA RARA SÍNDROME

N.F. Centurião, I.S.E. Pimentel, J.Z.M.D. Nascimento, L.L.C. Teixeira, D.H.C. Campelo, J.E. Hyppolito, T.D.R. Nobrega, V.R.H. Nunes, J.L. Nobrega, N. Hamerschlag

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

Introdução: As doenças autoinflamatórias sistêmicas (SAIDs) são distúrbios do sistema imunológico inato caracterizados por inflamação grave, febre e uma propensão para serosite, artrite e erupções cutâneas. A síndrome de Schnitzler (SS) é uma rara doença adquirida incluída nas SAIDs, cujos critérios diagnósticos essenciais incluem exantema urticariforme e gamopatia monoclonal IgM ou IgG. É também necessário o preenchimento de dois (se IgM) ou três (se IgG) dos quatro critérios menores que incluem febre recorrente acima de 38°C sem qualquer outra causa, alterações de estrutura óssea visível em métodos de, infiltrado de neutrófilos em derme na biópsia de pele e leucocitose e/ou proteína C reativa elevada. Neste trabalho, apresentamos o caso de um paciente com uma síndrome inflamatória marcada por febre recorrente associado a gamopatia monoclonal semelhante a Síndrome de Schnitzler, mas que não fecha critérios por não possuir acometimento cutâneo. **Caso clínico:** Paciente masculino, caucasiano, 64 anos, com antecedentes patológicos de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e obesidade, mantém acompanhamento conservador com a Hematologia desde 2015 devido gamopatia monoclonal de significado indeterminado IgG Kappa com pico monoclonal na eletroforese de proteínas de 0,62 g/dL, na ocasião sem critérios diagnósticos de mieloma. Paciente retorna em consulta com queixa de febre intermitente, sem foco aparente e que cessa espontaneamente com retorno após cerca de 7 dias. Além de febre, o paciente se queixava de artralgia principalmente em pés e joelhos, e mialgia proximal recorrente, nem sempre coincidindo com o período febril. Foi realizada extensa investigação de febre de origem obscura, sendo excluídas