

days of work) and safety measures in the OLE were assessed. Analyses were descriptive and represent the timepoint after which all patients completed at least their Month 18 visit (01/10/2020). **Results:** Ninety-four patients completed the DB period, and 93 patients entered the OLE (placebo/givosiran = 46; givosiran/givosiran = 47). Mean exposure to givosiran was 12.97 [SD = 3.6] months for placebo/givosiran and 18.86 [3.6] months for givosiran/givosiran, with maximum exposure of 25.1 months. Continued treatment in givosiran/givosiran patients led to a median annualized attack rate (AAR) of 0.58 (range: 0–16.2) through Month 18. Patients in the placebo/givosiran group had an AAR of 1.62 (range: 0–11.8) after receiving givosiran for ≥ 12 months during the OLE period, compared with 10.65 (range: 0–51.6) whilst receiving placebo during the 6-month DB period. Sustained ALA/PBG lowering during the OLE was accompanied by sustained reductions in hemin use, and more than half of the placebo/givosiran patients experienced 0 days of hemin use. There was a decrease in the number of work days missed in the past 4 weeks at Month 6 (mean = 6.7 days [SD = 7.8], $n = 20/46$) compared with Month 18 (2.5 [5.1], $n = 23/46$), for patients in the placebo/givosiran group who were able to work. The most common related adverse events (AEs) observed during givosiran treatment were injection site reactions, nausea and fatigue. Hepatic and renal AEs were both reported in 17% of patients each during givosiran treatment. No new safety concerns occurred in the OLE period. **Conclusion:** In the ongoing OLE period of the ENVISION study, patients receiving long-term treatment with givosiran demonstrated a durable response in clinical efficacy, across a wide range of clinical parameters. Following the initial 6 months of givosiran treatment during the OLE, placebo/givosiran patients had a similar clinical response to that observed in givosiran/givosiran patients in the OLE period through Month 18. The safety profile of givosiran remained acceptable and consistent with that previously observed.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.010>

HIPOFOSFATEMIA GRAVEMENTE SINTOMÁTICA APÓS ADMINISTRAÇÃO DE CARBOXIMALTOSE FÉRRICA - CASO CLÍNICO

MM Deveza, C Peixoto, C Camara, A Beleza

Serviço de Imuno-Hemoterapia, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHLN), Lisboa, Portugal

Introdução: O fósforo tem um papel importante em vários processos biológicos, estando a paratormona e a Vitamina D envolvidas na manutenção do seu balanço. As formulações de ferro endovenoso, tais como a carboximaltose férrica (CMF), são geralmente seguras para a maioria dos doentes. A hipofosfatemia transitória assintomática está descrita em ensaios clínicos da CMF, sendo mais frequente na doença inflamatória intestinal. **Caso clínico:** Mulher de 45 anos, 57 kg, com anemia ferropénica (Hb 10.2 g/dL, ferritina 27.5 ng/mL; saturação de transferrina 12 %), sem outras alterações analíticas (fosfato 1.03 mmol/L, potássio 4.2 mmol/L), ou outras comorbilidades, nomeadamente doença intestinal. Foi

medicada com 1000 mg de CMF. Inicia quadro de mialgias, cefaleias intensas e astenia, três dias após o tratamento. Estes sintomas foram se agravando até ao nono dia, tendo recorrido ao serviço de urgência hospitalar com cefaleia intensa, mialgias, astenia, cansaço extremo, fraqueza muscular e dispneia, sem febre. O teste SARS-CoV-2 foi negativo; fósforo sérico 0.34 mmol/dL. Iniciou 10 mmol de fosfato monopotássico 12/12h, até ao 13º dia, sem melhoria clínica. Nesta altura foram doseados o cálcio (8.4 mg/dL); a vitamina D total (23 ng/mL e a PTH (58.9 pg/mL). Até ao 21º dia foi mantida a reposição com fosfato monopotássico, ao 27º dia por não haver melhoria significativa dos sintomas foi feita reavaliação analítica (fosfato 0.26 mmol/dL; K⁺ 4.4 mmol/L; ca 9.3 mg/dL). A sintomatologia cessou 2 meses após a terapêutica com CMF (fosfato 1.07 mmol/dL; potássio 4.2 mmol/L; vitamina D 26.7 ng/mL). **Discussão/Conclusão:** A hipofosfatemia transitória assintomática é descrita nos ensaios clínicos da CMF. A farmacocinética revela que o nível sérico de fosfato diminui na segunda semana após a administração de CMF, voltando aos valores normais entre a 4ª e a 12ª semana. Contudo, existem notificações de casos isolados de hipofosfatemia grave sintomática, após administração de CMF, na ausência de outros fatores de risco, cuja sintomatologia mais frequente é a presença de astenia, fraqueza muscular generalizada e mialgias, como se descreve no presente caso clínico, podendo obrigar a tratamento de correção.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.011>

HOSPITAL ADMISSIONS FOR IRON DEFICIENCY ANEMIA IN BRAZIL: EPIDEMIOLOGICAL FINDINGS FROM 2019-2020

TL Correa^a, MSTC Guelli^b, YR Maia^a, JPAME Silva^a, VG Filogonio^{a,c}

^a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, RS, Brazil

^b Centro Universitário de Volta Redonda (UniFOA), Volta Redonda, RJ, Brazil

^c Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brazil

Objective: Iron deficiency anemia (IDA) is the most common type of anemia, affecting all ages and being even more prevalent in low- and middle-income countries. Most cases are easily treated at an outpatient clinic and do not need hospitalizations. However, the reasons for hospital admissions for IDA may vary, as it has detrimental effects in patients with coronary artery disease, heart failure, and pulmonary hypertension. Furthermore, IDA is a risk factor for maternal and perinatal mortality, and it is related to low productivity and cognitive impairment. For over 20 years, the Brazilian government has promoted public health politics to prevent IDA, especially in children, and pregnant and postpartum women. This study aims to evaluate the epidemiology of hospitalizations for IDA in Brazil during 2019 and 2020. **Materials and methods:** Cross-sectional, descriptive and retrospective study, which evaluated the epidemiology of

