

Non-Hodgkin's Lymphoma is a neoplasm that originates from mutations in the lymphatic tissue in the B and T progenitor cells, whose clinical manifestation is characterized by the enlargement of lymph nodes and general systemic symptoms. Otherwise, scimitar syndrome (SS) is a rare variant of a group of congenital cardiovascular disorders known as partial anomalous pulmonary venous return, in which the pulmonary venous flow ends in the right atrium rather than the left atrium. This report describes a 60-year-old patient, born in Santarém (PA), who was diagnosed with diffuse large-cell non-Hodgkin's Lymphoma with immunophenotype B, with a germinal center type IIB pattern - CD20, CD10, BCL2 and BCL6 positively diffuse and Ki-67 positive around 60 to 70%. After diagnosis, she received systemic infusion chemotherapy with R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine and Prednisone) according to current guidelines. During the tomographic scan, the diagnosis of associated Scimitar Syndrome was made. Radiographic findings such as hypoplastic right lung, anomalous pulmonary venous drainage through the inferior vena cava, anomalous pulmonary irrigation through a branch of the descending aorta, dextrocardia (deviation of the heart to the right side of the body) characterize the Scimitar Syndrome, have been described in the literature and identified in the referred clinical case. The absence of identifiable symptoms in the clinical history attributed to the syndrome may justify its identification by an incidental radiological finding in an imaging scan of Non-Hodgkin's Lymphoma. After the diagnosis of lymphoma, according to current guidelines, he completed the proposed chemotherapy regimen with a complete response and remains in outpatient follow-up. Furthermore, the association of the syndrome with the occurrence of malignant neoplasms gives scientific relevance and rare character to the aforementioned case report.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.176>

SEGUNDA NEOPLASIA PRIMÁRIA CONCOMITANTE: UM ALERTA AOS ONCOHEMATOLOGISTAS

MP Borim

Grupo Oncomed, ONCOMED BH e Instituto Orizonti,
Belo Horizonte, MG, Brasil

Relato de caso: ZS, 69 anos, feminino, hipertensa controlada, fumante passiva por mais de 20 anos, em janeiro/21 submetida a procedimento dentário de simples complexidade percebendo após o mesmo aumento de glândula submandibular esquerda. Sem resolução às medidas suportivas, realizou biópsia de massa endurecida submandibular e de linfonodo discretamente aumentado em cadeia cervical anterior ipsilateral. Anatomopatológico com imuno-histoquímica de glândula submandibular sem anormalidades; linfonodo cervical: Linfoma Difuso de células B com padrão de células de centro não germinativo (CD20 positivo / BCL2 com positividade irregular/ BCL6 positivo / MUM1 positivo em 30-40% das células analisadas / Ki67 positivo em 80 a 90%). FISH para mutação no gene c-MYC negativa. PET CT - aumento do

metabolismo glicolítico em lesão pulmonar lobulada circunjaçante à bifurcação de brônquio subsegmentar lateral do lobo médio (medindo 22,2 x 15,0 mm e SUV máximo = 8,37) e em lesão hipodensa em face ântero medial de terço superior de baço (medindo 7,8 mm e SUV máximo = 4,54), sugestivas de acometimento pela neoplasia linfoproliferativa. ESTADIO IV-A. Tratada com R-CHOP, recebeu 3 ciclos e repetiu PET CT – aumento do metabolismo glicolítico em lesão lobulada no segmento lateral do lobo médio, inalterada em relação ao estudo prévio. Não se identifica a lesão hipodensa previamente hipermetabólica na face ântero medial do terço superior do baço, visibilizada no último controle. Optou-se assim por biopsiar a lesão pulmonar - punção aspirativa guiada: anatomopatológico e imuno-histoquímica compatíveis com adenocarcinoma primário pulmonar. Realizada cirurgia robótica, com intenção curativa, junho/2021; exame da peça cirúrgica confirmou adenocarcinoma de padrão acinar e lepidico moderadamente diferenciado, 2,5 cm, margens cirúrgicas livres. Quinze linfonodos avaliados, todos negativos para metástases. Após a intervenção Robótica a paciente prosseguiu com mais 3 ciclos de R-CHOP, finalizando o tratamento do linfoma.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.177>

SÍNDROME DE SÉZARY: RELATO DE CASO

KA Rabelo^a, VEG Silva^a, JF Almeida^a,
KG Pereira^a, MIC Nogueiras^a, SMM Barbalho^a,
IR Daloy^a, MA Souza^a, TSN Machado^b

^a Universidade Vale do Rio Doce (Univale),
Governador Valadares, MG, Brasil

^b Hospital Municipal de Governador Valadares
(HMGV), Governador Valadares, MG, Brasil

Introdução: As formas mais comuns de Linfoma Cutâneo de Células T (LCCT) são a síndrome de Sézary (SS) e a micose fungóide (MF), que representam cerca de 50% dos LCCT primários e acometem geralmente a população idosa, do sexo masculino. Assim, as lesões iniciais de MF podem se apresentar como manchas eczematosas com bordas bem definidas em regiões não expostas ao sol. Já o estadiamento da SS/MF é avaliado pela análise de pele (T), linfonodos (N), envolvimento de órgãos viscerais (M) e sangue (B), uma vez que, no estágio “T” o envolvimento de sangue depende de sua carga tumoral além de serem avaliados os tipos de lesões cutâneas e sua extensão. Desse modo, pacientes com SS dependem da presença e implicação visceral e nodal, mas podem ser considerados portadores de estágio IVA1, IVA2 e IVB. **Relato de caso:** Paciente A.M.V.M., sexo feminino, 65 anos de idade, comparece ao Núcleo de Especialistas em Oncologia (NEO), a procura de atendimento hematológico devido a lesões pelo corpo há cerca de um ano, se encontra em estadiamento 4B e portava consigo estudo de imuno-histoquímica com biópsia de pele compatível a MF, imunofenotipagem evidenciando SS, além de informar tratamento prévio com fototerapia simples. Nos exames laboratoriais apresentou um quadro de leucocitose em torno de 14.000/mm³ e neutropenia, diante disso, foi orientada quanto a necessidade de realização



da PUVA (Psolareno + UVA) associado ao tratamento com aplicação de interferon (3.000.000 UI subcutâneo). Devido ao quadro não responsivo da paciente, após 434 aplicações mais a quimioterapia, foi programado o início do tratamento com CHOP (Ciclofosfamida, Doxorubicina, Vincristina e Prednisona), assim como a introdução de cateter. Dias após o início do novo plano de tratamento a paciente foi internada por complicações infecciosas e evoluiu para óbito. **Discussão:** A variabilidade de problemas sistêmicos e pré-condições clínicas da paciente podem interferir no curso da MF/SS, contudo, a paciente não apresentava comorbidades. Inicialmente foi realizado o tratamento com o interferon- α (IFN- α), que tem função antiviral, citostática e imunomoduladoras, entretanto, a terapia com INF clássico é de difícil adesão do paciente por ser de longa duração e necessitar de atendimento ambulatorial semanal. Já os agentes quimioterápicos, adicionados ao tratamento da paciente em seu último mês de vida, não são recomendados em lesões iniciais de MF, mas sim em MF em estágios IIB e superiores. **Conclusão:** O relato de caso intenciona contribuir com a suspeição para atenção médica básica a partir da apresentação clínica, visto que há uma grande variabilidade clínica das lesões na fase inicial da moléstia tornando o diagnóstico um desafio, além de demonstrar a importância do papel do médico na identificação da doença e nas medidas terapêuticas a serem realizadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.178>

SUBGROUP ANALYSES OF ELDERLY PATIENTS AGED 70 YEARS IN MAGNIFY: A PHASE 3B INTERIM ANALYSIS OF INDUCTION R2 FOLLOWED BY MAINTENANCE IN RELAPSED/REFRACTORY INDOLENT NON-HODGKIN LYMPHOMA

F Lansigan^a, DJ Andorsky^b, M Coleman^c, A Yacoub^d, JMM Md^e, SR Fanning^f, KS Kolibaba^g, C Reynolds^h, G Nowakowskiⁱ, M Gharibo^j, E Ahn^j, J Li^j, MJ Rummel^k, JP Sharman¹

^a Dartmouth–Hitchcock Medical Center, Lebanon, United States

^b Rocky Mountain Cancer Centers, US Oncology Research, Boulder, United States

^c Clinical Research Alliance Inc, Weill Cornell Medicine, New York, United States

^d University of Kansas Cancer Center, Westwood, United States

^e Texas Oncology – Austin, US Oncology Research, Austin, United States

^f Prisma Health, US Oncology Research, Greenville, United States

^g US Oncology Research, Vancouver, United States

^h IHA Hematology Oncology Consultants – Ann Arbor, Ypsilanti, United States

ⁱ Mayo Clinic, Rochester, United States

^j Bristol-Myers Squibb Company, Princeton, United States

^k Justus-Liebig Universität, Giessen, Germany

¹ Willamette Valley Cancer Institute and Research Center, US Oncology Research, Eugene, United States

Objectives: Lenalidomide combined with rituximab (R²) has shown complimentary clinical activity and is a tolerable regimen in both untreated and relapsed or refractory (R/R) patients (pts) with indolent non-Hodgkin lymphoma. Pts with advanced age at diagnosis are considered to be high risk, supporting post-hoc subgroup analyses by age, with a focus on pts aged ≥ 70 years from the MAGNIFY study. **Materials and methods:** MAGNIFY is a multicenter, phase 3b trial (NCT01996865) in pts with R/R follicular lymphoma (FL) grades 1–3b, transformed FL (tFL), marginal zone lymphoma (MZL), and mantle cell lymphoma (MCL). Lenalidomide 20 mg on d 1–21 of a 28-d cycle + rituximab 375 mg/m²/wk cycle 1 and then every 8 wk starting with cycle 3 (R²) is given for 12 cycles followed by 1:1 randomization in pts with stable disease, partial response, or complete response/complete response unconfirmed (CR/CRu) to R² vs rituximab maintenance for 18 mo. The primary end point is progression-free survival (PFS) by 1999 International Working Group (IWG) criteria. Secondary end points include safety, CR rate, duration of response DOR, duration of CR DOCR, time-to-response TTR, time-to-next antilymphoma therapy, and overall survival. Data presented here focus on induction R² in efficacy-evaluable FL grade 1–3a and MZL pts (FL grade 3b, tFL, and MCL not included) receiving ≥ 1 treatment with baseline/postbaseline assessments. Post-hoc analyses were performed by analyzing data from pts aged ≥ 70 years at time of study entry. **Results:** As of August 28, 2020, 394 pts have enrolled and 152 (39%) were aged ≥ 70 years. Baseline characteristics including histology, disease status, and prior treatments of pts ≥ 70 and the overall population were similar. Median PFS in the ≥ 70 subgroup was 40.1 months (95% CI, 28.6–NR). Overall response rate (ORR) and CR/CRu were 75% and 39%, with a median duration of response that was not reached (95% CI, 29.4–NR). Efficacy results for the overall population were similar; median PFS = 41.2 mo (95% CI, 38.7–NR), ORR = 75%, CR = 44%, and median DOR = NR (95% CI, 38.6–NR). In pts ≥ 70 the most common ($\geq 20\%$) any-grade treatment emergent adverse events (TEAEs) were fatigue (44%), neutropenia (41%), diarrhea (34%), constipation (34%), and nausea (27%). Neutropenia (35%) was the only grade 3/4 TEAE occurring in $> 10\%$ of pts (febrile neutropenia occurred in 3 pts [2%]). TEAEs led to lenalidomide dose reduction in 71 pts (47%) and discontinuation in 42 pts (28%). Eighty-two pts ≥ 70 (54%) completed all 12 cycles of induction treatment, and 75 (49%) have entered the maintenance phase. Sixty-two pts ≥ 70 (41%), prematurely discontinued both lenalidomide and rituximab, due to TEAEs (n = 28; 18%), progressive disease (n = 14; 9%), patient withdrawal (n = 12; 8%), death (n = 4; 3%), and other reasons (n = 4; 3%). Neutropenia was the only TEAE leading to discontinuation of lenalidomide in more than 2 pts (n = 10; 7%). **Discussion:** Similar to findings in the overall population, R² treatment in advanced-age pts with R/R FL and MZL resulted in encouraging efficacy, and with close attention to dose reduction there is a tolerable safety profile.

