

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.



Conclusions: These results suggest that R² should be considered as a therapeutic option for advanced-age pts with R/R FL and MZL.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.179>

SÉRIE DE CASOS DE PACIENTES COM NEOPLASIA PLASMABLÁSTICA: DIAGNÓSTICO RARO, AGRESSIVO E DESAFIADOR

LFS Dias, MN Kerbauy, DCOS Lopes,
NF Centurião, CLM Pereira, CP Marques,
ACV Lima, LN Costa, JZMD Nascimento,
N Hamerschlak

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

Introdução: Neoplasias plasmablásticas (NPB) são doenças raras e desafiadoras, tanto pela dificuldade diagnóstica quanto pela escassez de recursos terapêuticos eficazes. Dentre os principais diagnósticos diferenciais estão mieloma plasmablástico, plasmocitoma plasmablástico e linfoma plasmablástico (LPB), com grande sobreposição de características morfológicas e imuno-histoquímicas entre estas entidades.

Objetivo: Descrever diagnóstico desafiador de 6 pacientes com NPB a as estratégias terapêuticas utilizadas. **Descrição dos casos:** Dos 6 pacientes, 3 foram diagnosticados com LPB, 2 com mieloma PB e 1 com plasmocitoma PB. Apenas um dos casos ocorreu em pessoa mais jovem, de 45 anos, os demais tinham acima de 72 anos, o que é compatível com os dados de literatura, uma vez que NPB estão relacionadas com imunossupressão ou com imunosenescência. Nenhum paciente tinha sorologia para HIV positiva. A diferenciação de LPB pode ser decorrente de um linfoma transformado, como foi o caso de um dos pacientes do sexo masculino de 74 anos que tinha diagnóstico prévio de leucemia linfocítica crônica. Foi iniciado tratamento com R miniCHOP (Rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona) e Ibrutinib, porém ele morreu 13 dias após por sepse. Nos outros dois pacientes, o linfoma já era PB desde o início. Um dos pacientes era homem de 76 anos com obstrução nasal, sendo tratado com V-DA-EPOCH (Bortezomib, Etoposídeo, Prednisona, Vincristina, Ciclofosfamida, Doxorubicina) por 6 ciclos, associado a 4 quimioterapias intratecais (QT IT), com remissão de doença. A outra paciente com LPB era mulher, de 79 anos, que se apresentou com linfonodomegalia inguinal e perda ponderal. Realizou 2 ciclos de V-CHOP e QT IT, porém PET interim veio Deauville 5, sendo optado por trocar tratamento para Bortezomib, Daratumumab e Dexametasona. Uma das pacientes com mieloma PB, com mais de 95% de plasmócitos na medula óssea, teve quadro clínico inicial de linfonodomegalias em tórax associada à dispnéia e sudorese noturna, apresentação que seria mais esperada para linfoma. Esta paciente recebeu V – Da – EPOCH. Também tivemos o cenário de idosa de 75 com massa em retroperitônio, que não fechava critérios para LPB nem para mieloma PB, cujo diagnóstico final foi plasmocitoma PB. Iniciado tratamento com radioterapia e prednisona na dose de 1 mg/kg, sem resposta, seguido de esquema com Bortezomib, Ciclofosmida e Dexametasona, ao qual também houve refratariedade. Trocado



para Daratumumab, Bortezomib, Melfalano, Prednisona (Dara-VMP) associado a talidomida, sendo suspenso após 3 ciclos novamente por falta de resposta. Diferenciar linfoma de mieloma PB pode ser desafiador. Os LPB geralmente causam linfonodomegalias, tem relação com infecção por Epstein Bar e na imunohistoquímica expressam MUM1. **Conclusão:** Nosso atual entendimento acerca de NPB baseia-se em relatos de caso. Descrevemos aqui desafios diagnósticos e terapêuticos em pacientes com neoplasias raras e agressivas. Como esses tumores expressam CD38 e CD138, optamos por associar drogas comumente utilizadas para mieloma, como Bortezomib e Daratumumab. Maior aprofundamento no estudo e pesquisa desta patologia é necessário e, consequentemente desenvolvimento de novas linhas de tratamento que proporcionem melhores desfechos. **Palavras-chave:** Plasmocitoma; Linfoma Plasmablástico; Mieloma Plasmablástico; Tratamento; Prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.180>

TRANSFORMED MYCOSIS FUNGOIDES RELAPSED AT CENTRAL NERVOUS SYSTEM AFTER ALLOGENEIC BONE MARROW TRANSPLANT

PVH Santanna^a, AC Cortez^b, AD Costa^b,
APR Correa^b, CR Ferreira^b, FD Costa^b,
TB Silveira^b, T Fischer^b

^a Albert Einstein College of Medicine

^b AC Camargo Cancer Center, São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Transformed Mycosis Fungoides (MF) is a rare disease associated with an aggressive clinical course and shortened survival. Central nervous system (CNS) involvement has been sporadically described, with frequency between 1.3% and 11% and often diagnosed on postmortem setting. Given the rarity of CNS occurrence, we present a unique case of transformed MF with CNS relapse after Allogeneic Bone Marrow Transplantation (Allo-BMT). **Case report:** We report a case of a 54 years-old male patient that was diagnosed with Mycosis Fungoides in 2016 and treated with systemic corticosteroids and PUVA until 2018 with slight improvement. In 2019, the lesions got worse and adenomegalies appeared. At that moment he was referred to our service. A biopsy of the inguinal lymph node was performed and diagnosis of Transformed Mycosis Fungoides was made with staging compatible with T4N3M0B0, and clinical stage IV A. At that time the patient didn't presented abnormal cell population in immunophenotyping of peripheral blood. He started methotrexate in weekly doses and presented a partial response after that. Treatment with brentuximab Vedotin (BV) followed by Allo-BMT was proposed. After 16 cycles of BV he presented a complete response at Positron Emission Tomography and Computed Tomography (PET-CT) and underwent haploidentical Allo-BMT with reduced intensity conditioning regimen (FLUMEL) and TBI. After Allo-BMT, he maintained complete response at PET-CT. After 14 months of Allo-BMT, the patient was readmitted to the service due to symptoms of headache, vomiting and right hemianopsia. Skull magnetic resonance imaging showed an expansive and

