

resgate foi o CyBord (ciclofosfamida- bortezomibe-dexametasona) em 22,5% dos pacientes. A amostra do trabalho contou com 66,3% de pacientes elegíveis ao Transplante autólogo de medula óssea (TMO) sendo realizado apenas em 15,3%. Desta amostra, 2% recaíram após TMO e foram submetidos a terapia de resgate com protocolo CyBord. A sobrevida em 18 meses foi de 80% e a mediana de idade ao óbito foi de 66 anos. **Discussão:** Realizado revisão de literatura onde verificou-se prevalência do sexo masculino, sem comparação de raça, devido grande miscigenação brasileira. Em relação ao mieloma múltiplo, quase todos os pacientes desenvolveram anemia, e tiveram classificação de Durie Salmon III e ISS III. Houve discordância na literatura em alguns critérios de pesquisa devido poucos dados brasileiros, latinos americanos, e por população estrangeira ser muito diferente da brasileira. **Conclusão:** Não é possível consolidar um perfil de estratificação mundial, devido o alto grau de miscigenação e heterogeneidade populacional. A região Norte possui limitações quanto a realização de TMO e o SUS quanto a possibilidade ampliada de terapias, principalmente no que se diz respeito às novas drogas disponíveis. Mesmo com recursos e terapêuticas escassos a sobrevida global encontrada é pareada à mundial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.328>

CEFALEIA PROLONGADA E DERRAME CEREBELAR COMO APRESENTAÇÃO INICIAL DE MIELOMA MÚLTIPLO DE TIPO IGA



LGO Correia, FAP Ramos

Hospital Getúlio Vargas, Recife, PE, Brasil

Descrita como possibilidade de sintoma de Mieloma Múltiplo (MM), a cefaleia, quando presente, costuma estar associada a sintomas neurológicos mais exuberantes – como neuropatias cranianas ou espinhais. Cefaleia isolada e de caráter prolongado como sintoma principal é bastante incomum. A paciente do caso foi diagnosticada com Mieloma Múltiplo do tipo IgA que se apresentou com quadro prolongado de cefaleia sem outros sintomas neurológicos e evoluiu com hemorragia cerebelar. Paciente do sexo feminino, 48 anos, queixava-se de cefaleia havia cerca de três meses, de caráter latejante em regiões frontal e occipital associada a moderada fotofobia, tonturas, náuseas e vômitos com frequência de até quatro vezes por semana. Procurou atendimento de urgência por diversas vezes nesse período, apresentando melhora parcial com uso de analgésicos. Três dias antes da admissão, referiu piora súbita da cefaleia, sendo novamente levada a serviço de emergência, onde foi solicitado pela primeira vez hemograma, que evidenciou anemia normocítica e normocrômica (Hb: 7,2 g/dL / VCM: 90,7 fl / HCM: 30,6 fl) e plaquetopenia ($88.000/\text{mm}^3$). Tomografia computadorizada (TC) de crânio sem contraste evidenciou imagem compatível com acidente vascular hemorrágico circundado por edema em hemisfério cerebelar direito, medindo aproximadamente 2,7 x 2,3 x 2,3 cm. Paciente manteve-se estável, sendo então optado por tratamento conservador e acompanhamento por ressonância magnética, que revelou regressão espontânea e progressiva da imagem. Após alguns dias, apresentou hipercalemia

aguda (14 mg/dL – valor máximo detectável em laboratório do serviço). Paratormônio (PTH) era < 1,20 pg/mL e vitamina D de 12,43 ng/mL, demonstrando hipercalemia não dependente de PTH ou vitamina D, aventando-se assim as hipóteses de mieloma múltiplo e neoplasia produtora de PTHrp. Ultrassonografia endovaginal demonstrou achados benignos de cisto hemorrágico e mioma subseroso. Exames da função tireoideana bem como USG de tireoide foram normais. Mamografia não tinha alterações significativas, mas apresentou nódulo de 1,4 cm classificado como BIRADS 4 em USG de mama esquerda. No entanto, não havia sinais de lesões líticas em TC com contraste e a fosfatase alcalina era normal. Desse modo, os achados dos exames tornaram a hipótese de neoplasia produtora de PTHrp improvável. Quanto à possibilidade de MM, solicitamos eletroforese de proteínas, que demonstrou pico monoclonal em betaglobulina. Mielograma demonstrou 22% de plasmócitos. Realizou-se então dosagem sérica de IgA (2.936 mg/dL – valor de referência entre 52 e 468 mg/dL), comprovando pico específico e permitindo o diagnóstico de Mieloma Múltiplo do tipo IgA. A paciente se manteve estável clínica e hemodinamicamente, seguindo tratamento ambulatorial em serviço especializado em hematologia. Devido ao prognóstico reservado do MM do tipo IgA em comparação aos demais subtipos, o diagnóstico precoce é fundamental a fim de otimizar o início da terapêutica. Quadro de cefaleia prolongada, embora raro sem associação com sintomas neurológicos mais expressivos, deve alertar o médico à possibilidade de MM antes de evoluções dramáticas como hemorragia cerebelar ocorrido no caso relatado.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.329>

DARATUMUMAB (DARA), CYCLOPHOSPHAMIDE, THALIDOMIDE AND DEXAMETHASONE: A QUADRUPLT INTENSIFIED TREATMENT FOR TRANSPLANT ELIGIBLE NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA (TE NDMM) PATIENTS



EQ Crusoe^{a,b}, J Santos^{a,b}, J Leal^b, H Santos^c, A Almeida^d, L Lucas^b, M Chaves^a, V Hungria^e, M Salvino^d, MG Arruda^{a,b}

^a Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil

^b Rede D'Or Oncologia, Instituto D'Or de Ensino e Pesquisa (IDOR), Salvador, BA, Brazil

^c Laboratório de Imunologia-Citometria, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil

^d Transplante de Medula Óssea, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brazil

^e Clínica São Germano, São Paulo, SP, Brazil

Background: Newly drugs access for MM treatment still a challenge in some countries. One of the most available inductions for TE NDMM patients (pts) worldwide is cyclophosphamide (C), thalidomide (T) and dexamethasone (d)-(CTd). Dara the first anti- CD38, had been combined with VCD, VTd and



VRd and markedly increased the depth and duration of the response. We hypothesized that the combination of Dara and CTd could be safe and allow deeper activity as an alternative protocol. **Aims:** The primary endpoint was to evaluate the VGPR after two consolidation cycles post-autologous stem cell transplantation (ASCT). Secondary endpoints were the overall response rate during all treatment phases and minimal residual disease (MRD), based on the International Myeloma Working Group (IMWG) criteria that includes the next-generation flow (NGF) by the EuroFlow® and PET-CT and the safety profile. **Methods:** This is a phase II, open-label single-center clinical trial. The main inclusion criteria were: TENDMM, creatinine clearance > 30 mL/min, normal cardiac, renal and liver function and the Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) performance status = 0 - 2. The protocol was Dara-CTd for up to four 28-day induction cycles: C-500 mg oral (PO) on days 1, 8 and 15, T at 100-200 mg PO on days 1 to 28, (d) at 40 mg PO on days 1, 8, 15 and 22 and Dara at 16 mg/kg/dose intravenous (IV) on days 1, 8, 15 and 22 during cycles 1 - 2 and every other week in cycles 3 - 4, followed by ASCT. All pts received up to four 28-day consolidation cycles that was started at D+30 after ASCT: Dara at 16 mg/kg and (d) at 40 mg every other week, associated with T at 100 mg PO on days 1 - 28. Dara at 16 mg/kg was used monthly as maintenance until progression or limiting toxicity. G-CSF was used for stem cell (SC) mobilization and plerixafor had been allowed whenever the pts need. All pts received antiviral, anti-pneumocystis and anti-thrombotic prophylaxis. **Results:** The first pts was enrolled in November 2018. A total of 21 pts were included, the median age being 56 (range 37 - 67 years), 19 (90%) were non-white, 3 (14%) had an R-ISS = 1, 12 (57%) had an R-ISS = 2 and 3 (14%), an R-ISS = 3. Five (24%) pts had high-risk chromosomal abnormalities [del17p, t(4;14) or t(14;16)]. To date, all pts have completed induction, 19 have received transplant and 17 have completed D+90 post-transplant assessment. No SC mobilization failure was observed, and five (26%) pts needed plerixafor use. In an intention to treatment analysis, after the end of induction (cycle 4), 19 (90%) of the pts obtained > PR and 8 (38%) obtained > VGPR, including three MRD negativity by NGF. 17 pts have completed two consolidation cycles after transplant and 94% obtained > VGPR as best response, 12 (70%) obtained MRD negativity by NGF and nine (53%) had negative PET-CT. Seven (41%) pts had both flow and PET-CT negativity. Three pts died from infection, one before transplant because of Covid infection, on post-transplant, considered not related to the investigational agent, and another after consolidation, related to the investigational agent. The most common nonhematological adverse events (AEs) grades 3 and 4 before ASCT were neuropathy (n = 6), infusion reaction (n = 7), infection (n = 2), hypertension (n = 1) and rash (n = 1). **Summary/Conclusion:** This is the first study that combined Dara with CTd as induction for TE NDMM pts. This present data has shown that the association of Dara-CTd achieved the primary end point once > 90% of the pts achieved VGPR after two consolidations cycles, and safety profile was acceptable. **Clinical trial information:** NCT03792620.

EFFICACY AND SAFETY OF ELRANATAMAB (PF-06863135), A B-CELL MATURATION ANTIGEN (BCMA)-CD3 BISPECIFIC ANTIBODY, IN PATIENTS WITH RELAPSED OR REFRACTORY MULTIPLE MYELOMA

M Solh^a, NJ Bahlis^b, NS Raje^c, CL Costello^d, B Dholaria^e, MY Levy^f, MH Tomasson^g, H Dube^h, MA Damore^h, HK Lon^h, C Basuⁱ, A Skoura^j, EM Chan^k, S Trudel^l, A Jakubowiak^m, MP Chuⁿ, C Gasparetto^o, A Dalovisio^p, M Sebag^q, AM Lesokhin^r

^a Blood and Marrow Transplant Group of Georgia, Northside Hospital, Atlanta, United States

^b Arnie Charbonneau Cancer Institute, University of Calgary, Calgary, Canada

^c Massachusetts General Hospital Cancer Center, Harvard Medical School, Boston, United States

^d Moores Cancer Center, University of California San Diego, La Jolla, United States

^e Vanderbilt-Ingram Cancer Center, Nashville, United States

^f Department of Medical Oncology, Baylor Scott and White Health, Dallas, United States

^g Holden Comprehensive Cancer Center, University of Iowa, Iowa, United States

^h Oncology Research and Development, Pfizer, San Diego, United States

ⁱ Early Clinical Development, Pfizer, San Diego, United States

^j Oncology Research and Development, Pfizer, Pennsylvania, United States

^k Oncology Research and Development, Pfizer, San Francisco, United States

^l Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, Toronto, Canada

^m Department of Medicine, University of Chicago Medical Center, Chicago, United States

ⁿ Cross Cancer Institute, Edmonton, Canada

^o Department of Medicine, Duke University Cancer Institute, Durham, United States

^p Department of Hematology and Oncology, Ochsner Health, Jefferson, United States

^q Cedars Cancer Center, McGill University Health Center, Montreal, Canada

^r Division of Hematology and Oncology, Memorial Sloan Kettering Cancer Center/Weill Cornell Medical College, New York, United States

Objectives: Elranatamab (PF-06863135) is a humanized bispecific monoclonal antibody (IgG2a) that targets BCMA, a member of the tumor necrosis factor receptor superfamily expressed in multiple myeloma, and CD3 on T cells. We reported results for intravenous (IV) dosing (Raje et al. Blood. 2019;134(S1):1869) and now update for subcutaneous (SC) dosing from the ongoing Phase 1 study (MagnetisMM-1; NCT03269136). **Materials and methods:** Patients received elranatamab at 80, 130, 215, 360, 600, and 1000 µg/kg SC weekly. A