

laudo da dosagem de células CD34+ em até 2 horas. Caso a celularidade seja suficiente para a realização do transplante, é planejado o início da quimioterapia para o dia seguinte (D-1). Caso seja necessária uma 2ª coleta de CPH, esta é realizada na manhã do D-1 e, após o término da aférese, é realizada a infusão da quimioterapia de condicionamento. Caso não se obtenha a celularidade desejada após 2 coletas, realiza-se a criopreservação das CPH coletadas no 1º dia e realiza-se o 3º dia de coleta. As células coletadas no 2º e 3º dias são utilizadas para a infusão a fresco e o material criopreservado é mantido armazenado. A infusão das células a fresco, ocorre no D0 após 24h do término da quimioterapia de condicionamento. As CPH coletadas são mantidas em temperatura de 2 a 8°C até o momento da infusão. **Resultados:** No período de 16 meses, de abril de 2021 a julho de 2022, foram realizados, nos hospitais atendidos pelo Grupo GSH, 29 transplantes para pacientes com MM, sendo 17 homens e 12 mulheres, com mediana de idade de 59 anos. 17 (59%) pacientes receberam apenas células a fresco, 7 (24%) receberam apenas células criopreservadas e 5 (17%) receberam células a fresco juntamente com células criopreservadas. Nenhum paciente apresentou evento adverso grave. O grupo que recebeu células a fresco teve pega neutrofílica com média de 11 dias e plaquetária com 14 dias, o que recebeu apenas células criopreservadas teve pega neutrofílica com média de 12 dias e plaquetária com 15 dias e o grupo que recebeu células a fresco juntamente com as criopreservadas teve pega neutrofílica com média de 11 dias e plaquetária com 13 dias. **Conclusão:** A realização do TCPH autólogo para pacientes com MM com células a fresco é um procedimento de menor custo e complexidade e expõe o paciente a menores riscos de eventos adversos relacionados à infusão de células criopreservadas. Os tempos de pega de neutrófilos e plaquetas foram satisfatórios no 3 grupos analisados. O serviço deve realizar todo o processo de forma adequada para a infusão ocorra dentro do período de validade das células progenitoras hematopoéticas, obedecendo a legislação vigente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.514>

IMPACTO DA COLONIZAÇÃO POR BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES NO DESENVOLVIMENTO DE INFECÇÕES DE CORRENTE SANGÜÍNEA E NO DESFECHO PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

ESSD Santos, GL Breda, KS Nogueira

Complexo Hospital de Clínicas (CHC), Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

Objetivos: As infecções de corrente sanguínea constituem uma das principais causas de mortalidade em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), e são consideradas mais graves quando ocasionadas por bactérias multirresistentes a drogas (MDRs). Os pacientes onco-hematológicos possuem maior suscetibilidade devido a fatores como: a debilidade do sistema imune pela doença de base e pelo tratamento, o dano às barreiras anatômicas, e a translocação de bactérias colonizadoras a partir do epitélio intestinal lesionado. Tendo em vista que são escassos os estudos em centros brasileiros que avaliam o impacto da colonização por bactérias MDRs

na evolução clínica de pacientes de TCTH, este trabalho teve como finalidade investigar a influência desta colonização prévia no desenvolvimento de infecções de corrente sanguínea e no desfecho clínico pós-transplante. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo de coorte retrospectivo, avaliando 405 pacientes com doenças hematológicas e onco-hematológicas submetidos a um único TCTH entre 2015 a 2021. Os dados clínicos foram registrados até o D+100 ou o momento da alta hospitalar, e de acordo a triagem realizada com swabs retais para a pesquisa de bactérias colonizadoras nos períodos pré e pós-transplante, os pacientes foram divididos em dois grupos: (i) não colonizados, e (ii) colonizados por bactérias MDRs, este último ainda sendo subdividido conforme o momento de evidência da colonização. Para ambos os grupos, foram documentadas as infecções de corrente sanguínea causadas por micro-organismos multirresistentes, bem como o tempo de internação e a mortalidade. **Resultados:** 258 pacientes (63,7%) foram classificados como não colonizados, e 147 (36,3%) como colonizados. Dentre os pacientes colonizados pré-transplante ou até o D+30, 7 de 83 tiveram hemoculturas positivas para *Escherichia coli* produtora de beta-lactamase de espectro estendido (ESBL), 4 de 30 para *Klebsiella pneumoniae* produtora de ESBL, 13 de 40 para *K. pneumoniae* resistente a carbapenêmicos, e 1 de 1 para *Serratia marcescens* e *Pseudomonas aeruginosa* multirresistentes. Somente 2 pacientes não colonizados apresentaram infecções de corrente sanguínea por bactérias MDRs. Dos 13 indivíduos com infecção por *K. pneumoniae* resistente a carbapenêmicos, 8 (61,5%) foram a óbito. Em relação ao tempo de internação, no transplante autólogo a média do número de dias não internados (em que o óbito representa zero) em 100 dias foi de 80,6 dias para os pacientes não colonizados e de 58,8 dias para os colonizados, enquanto na modalidade alogênico foi de 41,8 e 40 dias, respectivamente. A taxa de mortalidade dos pacientes não colonizados foi de 5,8%, enquanto 10,9% dos pacientes colonizados foram a óbito, representando um aumento de 88%. **Discussão:** Os dados reforçam a importância das medidas de triagens para pesquisa de organismos multirresistentes colonizadores, de precaução de contato de pacientes colonizados e de tratamento empírico com antimicrobianos apropriados. Estudos mais aprofundados são necessários para caracterizar possíveis fatores de risco que identifiquem indivíduos mais propensos a desenvolver infecção de corrente sanguínea pelo mesmo agente previamente colonizador. **Conclusão:** A colonização pré-transplante ou até o D+30, com destaque para aquela por *K. pneumoniae* resistente a carbapenêmicos, está associada a um aumento da incidência de infecções de corrente sanguínea por bactérias MDRs e da mortalidade pós-TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.515>

T CELLS ENGINEERED TO EXPRESS A CAR ANTI-GD2 AND THE COSTIMULATORY MOLECULE GITRL ERADICATE GLIOBLASTOMA CELLS AND ARE IFNY PRODUCERS

IP Furtado ^a, RM Silveira ^a, H Brand ^{a,b},
R Rossetti ^a, DMC Fantacini ^{a,b}, LEB Souza ^a,
DT Covas ^{a,b}