

as quais foram tratadas e revertidas com medidas clínicas. Atualmente, terminou o quarto ciclo de quimioterapia e está em resposta clínica parcial. Aguarda o término de tratamento para avaliar critério de resposta. **Discussão:** Trata-se de um caso de paciente com sinais e sintomas clássicos de LPL-T com doença ativa e com necessidade de tratamento imediato já na apresentação inicial. De acordo com a literatura, apresenta um prognóstico ruim com sobrevida global mediana de 21 meses. A primeira linha de tratamento recomendada é o alemtuzumabe, com taxa de resposta completa relatada de cerca de 80%, porém, com alta taxa de recaída após a terapia. Por esse motivo, o transplante de células tronco hematopoéticas alogênico (TCTH alo) é indicado como terapia de consolidação. No contexto de serviço público de saúde, com um paciente frágil e unfit, inelegível para TCTH alo, na indisponibilidade de alemtuzumabe, optou-se por realizar QT convencional com protocolo de FMC dose reduzida, com objetivo de prolongamento do tempo de sobrevida livre de doença. **Conclusão:** O presente relato de caso chama a atenção para o desafio do diagnóstico e do tratamento da LPL-T no contexto do serviço público de saúde.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.355>

DOENÇA DE CASTLEMAN VARIANTE HIALINO-VASCULAR TIPO MULTICENTRICO EM PACIENTE JOVEM: UM RELATO DE CASO

GAP Martins ^a, H Fischer ^a, KYN Naim ^a,
LSM Lima ^a, MVM Parente ^a, PBM Abinader ^a,
RF Pamplona ^a, CMV Cabral ^b, LEW Carvalho ^b,
MLB Mesquita ^c

^a Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA),
Belém, PA, Brasil

^b Faculdade Metropolitana da Amazônia, Belém, PA,
Brasil

^c Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém,
PA, Brasil

Objetivos: Relatar o caso de um paciente portador de Doença de Castleman variante hialino-vascular do tipo multicêntrico. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo descritivo e observacional, com análise do prontuário do paciente. **Relato do caso:** Paciente B.P.G, sexo masculino, 17 anos, procedente do Marajó, interior do Pará, internado no hospital em julho de 2020 com quadro de febre elevada, sudorese noturna, leucocitose, algumas vezes acompanhada de calafrios e tremores desde junho, levado a UTI onde solicitou-se exames como tomografia computadorizada de abdome, observando linfonomegalias esparsos pelo retroperitônio e mesentério. Solicitado a biópsia de linfonodo inguinal direito, o qual era compatível com processo linfoproliferativo de padrão hialino-vascular, PET-CT com achados de linfonomegalias nas axilas e em cadeias inguinais bilaterais, e imuno-histoquímica do linfonodo inguinal direito sugestivo de Doença de Castleman com padrão hialino-vascular. B.P.G iniciou terapia com corticoides em doses prolongadas o qual gerou desaparecimento das manifestações clínicas e buscou por acompanhamento clínico em abril de 2021, negando a presença dos

sintomas anteriores e tendo ao exame físico apenas a presença de linfonodo palpável nas regiões axilares bilaterais. Obteve melhora laboratorial, com redução dos leucócitos que antes estavam elevados. Foi afastado síndrome de poeims e visualizado em um novo PET-CT que a doença está em progressão, pois achados compatíveis com infiltração tímica de 6 cm. Em virtude da pandemia optou-se por continuar utilizando o corticoide dexametasona 40 mg, porém explicando ao acompanhante que em breve se iniciará a terapia padrão com o siltuximabe. **Discussão:** A DC é uma doença hematológica rara e acomete predominantemente idosos, portanto contrariando a faixa etária epidemiológica da doença, este caso se torna desafiador por ser tratar de um adolescente de 17 anos o qual tem uma longa expectativa de vida e apresenta impacto da qualidade de vida quando está sem medicação. Vale ressaltar que o paciente do caso está sob uso de corticosteroides o qual reduziu bruscamente sua sintomatologia, porém ainda não está utilizando o tratamento padrão com siltuximabe pela situação da pandemia e pelo fato do paciente ser do interior e precisar ser acompanhado de perto com exames laboratoriais durante as 3 primeiras semanas. **Conclusão:** A raridade da Doença de Castleman torna o relato de cada caso diagnosticado de extrema importância para difusão das dificuldades encontradas não só inerentes ao diagnóstico, mas também como peculiaridades de cada região do Brasil, especialmente na região Norte como o estado do Pará com dimensões continentais, onde uma parte da população vive às margens dos rios tendo os barcos como meio de transporte. A decisão da instituição de um tratamento nem sempre é possível seguir exclusivamente o que a comunidade científica orienta, mas por vezes nos resta escolher caminhos pautados em mundo de vida real, como a decisão tomada de se tentar um curso de corticoide para se postergar o início de siltuximabe em um contexto possível para o paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.356>

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AOS PACIENTES EM EMERGÊNCIA ONCO-HEMATOLÓGICA: SÍNDROME DE LISE TUMORAL

RFP Fracarolli, DPR Luz, DMD Santos,
EAM Dantas, E Shimoyama, JM Moreno,
JGS Gonçalves, ND Souza

Hospital de Câncer de Barretos, Fundação Pio XII,
Barretos, SP, Brasil

Objetivo: Experiência do serviço no cuidado de enfermagem dos pacientes com Síndrome de Lise Tumoral (SLT). **Relato de caso:** De janeiro de 2022 a junho de 2023, na internação do departamento de Hematologia do Hospital de Câncer de Barretos, 25 dos 552 pacientes internados necessitaram do uso de rasburicase devido ao diagnóstico de SLT. Destes, todos tinham ≥ 2 critérios de acordo com a classificação de Cairo e Bishop, 72% apresentaram insuficiência renal aguda e os mesmos apresentavam níveis iniciais elevados de desidrogenase láctica, servindo como um marcador de risco. Os diagnósticos onco-hematológicos que mais prevaleceram foram leucemia aguda e crônica. **Discussão:** É indispensável o conhecimento

do enfermeiro quanto às emergências oncológicas, aos sinais e sintomas para uma identificação precoce iniciando os cuidados adequados (Toneti et al, 2020). A SLT é uma emergência onco-hematológica grave, com grande morbimortalidade, que requer intervenções específicas, eficazes e rápidas. Para o diagnóstico da SLT o paciente pode apresentar alterações biológicas e clínicas, levando a um risco elevado de complicações neurológicas, cardíacas, renais e risco iminente de morte. Tal complicação se deve a deposição da degradação das micropartículas liberadas na corrente sanguínea, provenientes das células tumorais, depositando-se então, nos túbulos renais. A doença oncológica é a segunda enfermidade que mais mata no mundo, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA). A SLT pode ocorrer de forma espontânea ou horas após o início do tratamento quimioterápico, causando uma desordem metabólica, caracterizada por hiperuricemia, hipercalemia, hiperfosfatemia, hipocalcemia e acidose metabólica, colaborando para o desenvolvimento de insuficiência renal aguda, ou até mesmo outras disfunções, podendo levar à morte (Santos et al, 2022). O manejo principal para profilaxia é com alopurinol e hidratação vigorosa e para tratamento utiliza-se além desses, hidratação endovenosa, rasburicase, cuidados intensivos e em casos selecionados diálise. Nesse sentido a qualificação, conhecimento e manejo adequado do profissional da enfermagem diante de uma emergência oncológica se torna primordial para uma assistência ideal ao paciente. O departamento de Hematologia realiza várias intervenções de acordo com a criticidade de cada paciente e por isso avaliamos diariamente os exames laboratoriais, realizamos hidratação endovenosa, monitorização dos sinais vitais e balanço hídrico rigoroso. Além desses cuidados administramos medicamentos de profilaxia e tratamento (Alopurinol e Rasburicase). **Conclusão:** Na nossa realidade evidenciamos a importância de ações de educação específica para melhor capacitação e atualização de conhecimentos dos enfermeiros referentes à SLT para um cuidado integral e eficaz do paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.357>

GENOMIC EVOLUTION AND RESISTANCE TO PIRTOBRUTINIB IN COVALENT BTK-INHIBITOR PRE-TREATED CHRONIC LYMPHOCYTIC LEUKEMIA PATIENTS: RESULTS FROM THE PHASE I/II BRUIN STUDY

JR Brown^a, JA Woyach^b, K Patel^c, TA Eyre^d, Cy Cheah^{e,f}, P Ghia^g, W Jurczak^h, P Abadaⁱ, WG Wierda^j, GFPN Presenter^k

^a Dana-Farber Cancer Institute and Harvard Medical School, Boston, United States

^b The Ohio State University Comprehensive Cancer Center, Columbus, United States

^c Swedish Cancer Institute, Seattle, United States

^d Churchill Cancer Center, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford, United Kingdom

^e Linear Clinical Research, Perth, Australia

^f Sir Charles Gairdner Hospital, Perth, Australia

^g Università Vita-Salute San Raffaele and IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Italy

^h Maria Skłodowska-Curie National Research Institute of Oncology, Krakow, Poland

ⁱ Loxo@Lilly, Indianapolis, United States

^j University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, United States

^k Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), São Paulo, Brazil

Objectives: Pirtobrutinib, a highly selective, non-covalent (reversible) BTKi, demonstrated efficacy in patients (pts) with CLL/SLL who were resistant to cBTKi. Mechanisms of resistance to pirtobrutinib have not been systematically analyzed. We explore the genomic evolution of pirtobrutinib resistance in cBTKi pre-treated CLL/SLL pts. **Materials and methods:** cBTKi pre-treated CLL pts treated with pirtobrutinib monotherapy in phase 1/2 BRUIN (NCT03740529) who subsequently developed disease progression (PD) were included. Targeted next-generation sequencing (NGS) of 74 relevant genes was centrally performed on peripheral blood mononuclear cells collected at baseline and at or near PD. Somatic mutations were reported with a limit of detection (LoD) of 5% variant allele frequency (VAF). Manual inspection of BTK exons with a LoD of 1% was performed to detect whether BTK mutations identified at PD were present at baseline at <5% VAF. **Results:** As of 29 July 2022, 49 cBTKi pre-treated CLL pts who progressed on pirtobrutinib had paired NGS data at baseline and PD. The median age was 69 y (36-86), median number of prior lines was 4 (1-10) and 41 pts (84%) had discontinued prior cBTKi due to PD. Pts received 1 or more cBTKi: ibrutinib (n = 44, 90%), acalabrutinib (n = 10, 20%) or zanubrutinib (n = 1, 2%). The ORR to pirtobrutinib (including PR-L) was 80%. The most common alterations at baseline were mutations in BTK (51%), TP53 (49%), ATM (27%), NOTCH1 (20%), SF3B1 (18%), and PLCG2 (10%). Among the 25 pts with ≥1 BTK mutation detected at baseline, BTK mutations included C481S (n = 23), C481R (n = 4), C481Y (n = 2), C481F (n = 1), T474I (n = 1). BTK C481 VAF decrease or complete clearance was observed at PD in nearly all pts (92%, 22/24, median VAF decrease=100%). At PD, 71% (35/49) of pts acquired ≥1 mutation, 55% (27/49) acquiring ≥1 BTK mutation. Among these 27 pts 36 acquired BTK mutations were identified; including gatekeeper mutations (T474I/F/L/Y, 17/49, 35%), kinase-impaired (L528W, 9/49, 18%) and variants of unknown significance (VUS) proximal to the ATP-binding pocket (6/49, 12%; V416L (n = 2), A428D (n = 2), D539G/H (n = 1), Y545N (n = 1)). Manual inspection for acquired BTK mutations at PD in baseline samples revealed that 9 mutations (8 pts) pre-existed at baseline at low VAFs (1-4%): 6 gatekeeper T474I/L, 2 kinase impaired L528W, 1 VUS A428D. These pts responded to pirtobrutinib (6/8, 75% ORR) and had received prior ibrutinib (n = 5) and acalabrutinib (n = 4). The most commonly acquired non-BTK mutations were TP53 (7/49, 14%) and PLCG2 (4/49, 8%). **Conclusions and discussion:** Pts who progressed on pirtobrutinib showed clearance of BTK C481 clones and the emergence or outgrowth of non-C481 clones, particularly gatekeeper T474 and kinase-impaired L528W mutations and other VUS. Many acquired BTK mutations were shown to pre-exist at baseline at low VAF, reflecting emergence on prior cBTKi. Importantly, these baseline kinase domain BTK