

SETE ANOS DE EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE AUTÓLOGO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU (HCFMB) – UNESP

IA Campinas, RO Coelho, BB Arnold, MT Souza, LP Menezes, BB Cal, ME Pelicer, TSP Marcondes, LO Cantadori, RD Gaiolla

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (HCFMB–Unesp), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Apesar do surgimento de novas terapias-alvo, o Transplante de Medula Óssea (TMO) permanece parte integrante do cuidado em diversas doenças Onco-Hematológicas. O Serviço de TMO do HCFMB atua desde 2016, com a modalidade de Transplante Autólogo de Medula Óssea (TCTH-auto). O presente trabalho objetiva analisar dados dos transplantes realizados até o momento. **Métodos:** Análise retrospectiva dos dados de todos os pacientes submetidos a TCTH-auto entre junho/2016 e março/2023. **Resultados:** 121 pacientes submetidos ao TCTH-auto, idade mediana de 53 anos (19–71). Destes, 69 homens (57%), 28 (23%) procedentes de Botucatu, 91 (75%) do interior paulista e 2 de outros estados. Diagnóstico primário: 54,5% Mieloma Múltiplo (MM); 21% Linfoma de Hodgkin (LH); 19% Linfoma Não Hodgkin (LNH) – predominando Difuso de Grandes Células B e Manto; demais incluíram Leucemia de Células Plasmocitárias, Tumor de Células Germinativas e Amiloidose AL. Mobilização em 98,4% dos casos com G-CSF (destes 43% em associação à Vinorelbina e 3% à Plerixafor). Mediana da coleta de CD34 foi de $4,71 \times 10^6$ células/kg e 96 (79%) pacientes necessitaram apenas uma aférese. A mediana de pega de neutrófilos e plaquetas foi de 12 dias. As internações hospitalares levaram em média 23 dias (13–58). Durante a internação foram realizadas em média 3 plaquetaféreses e 2 concentrados de hemácias por paciente. Vias alternativas de nutrição (enteral e parenteral, usadas em 46% dos pacientes) foram majoritariamente indicadas por inapetência após o transplante (79%) ou por mucosite (33%). O tempo médio de uso dessas vias foi de 8 dias. Ao total, ocorreram 6 óbitos (4,8%) durante o TMO (1 sangramento alveolar, 2 COVIDs, 3 por sepse) e mais 2 óbitos até D+100, ambos por progressão precoce de doença. Resposta completa no D+100 foi observada na maioria dos casos (56% MM, 68% LH e 74% LNH). **Discussão:** No Brasil, o TMO é realizado em 14 estados e predomina em São Paulo. Em 2022, foram realizados 3991 transplantes, sendo 2529 autólogos (63,3%). Segundo portal público da Associação da Medula Óssea, dados coletados desde 2019 apontam que, no Brasil, a maioria dos TCHT-auto são em homens (58,7%) e com diagnóstico primário de MM, seguido por LNH e LH. Tempo de internação médio nacional é de 21 dias e a principal causa de óbito foi a doença primária (46,2%), seguido por infecção (35,5%). As infecções relacionadas ao transplante são uma das principais causas de morbimortalidade, sejam bacterianas, virais e/ou fúngicas e a pandemia do COVID-19 mostrou-se um desafio a mais nesse contexto. De acordo com os dados levantados em 7 anos de funcionamento do serviço, os indicadores se assemelham aos dados nacionais, porém com maior prevalência de LH como a segunda principal indicação do TMO e maior taxa de infecção

como causa de mortalidade relacionada ao procedimento, em detrimento da progressão de doença. Um dado muito particular do serviço é o maior número de pacientes que utilizaram vias alternativas de nutrição, principalmente por ingestão insuficiente de dieta. **Conclusão:** O presente trabalho demonstra resultado geral positivo do serviço de TMO autólogo do HC-FMB. A análise de dados históricos é fundamental para autoconhecimento e aprimoramento do serviço, contribuindo para a discussão de políticas internas e de investimentos no setor.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.957>

HIDROXIETILAMIDO 6% (VOLUVEM) PARA DESERITROCITAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

MRA Gomes^a, AS Ramos^a, ACL Alves^a, G Zamperlini^a, FF Hirose^a, PGG Granja^a, CMV Alferi^a, V Quintiliano^a, A Seber^{a,b}, OMWO Félix^a

^a Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital Samaritano Higienópolis (UHG), São Paulo, SP, Brasil

No transplante alogênico de Medula Óssea (MO), quando há incompatibilidade ABO maior é necessário a deseritrocitação, a fim de evitar reações transfusionais graves e hemólise. Uma maneira eficaz é através da centrifugação com adição do Hidroxiethylamido (HAES) 6% – Voluven®. O objetivo deste estudo é descrever a eficácia da deseritrocitação de MO utilizando HAES 6% – Voluven® em um Centro de Processamento Celular (CPC). **Pacientes e métodos:** Avaliação retrospectiva dos dados do CPC e do prontuário eletrônico de quarenta e cinco doadores e seus receptores no período de janeiro de 2017 a junho de 2023. As unidades de MO foram coletadas em centro cirúrgico, através de punções na crista ilíaca posterior. Após a coleta, as bolsas foram encaminhadas ao CPC e foram retiradas alíquotas para o controle de qualidade. Foi realizado ajuste do hematócrito para valor $\leq 25\%$ com adição de solução fisiológica, quando necessário. Após o ajuste, foi adicionado HAES 6% Voluven® na proporção 1:8. As bolsas foram centrifugadas na posição invertida a 1700 rpm ou 840g, 5 minutos, temperatura ambiente, sem freio. As hemácias foram depletadas lentamente e, posteriormente, retiradas alíquotas para avaliação da recuperação das células linfomononucleares. **Resultados:** Foram realizadas 45 coletas de MO para 46 receptores (uma unidade foi fracionada para dois gêmeos), 22 Não Aparentados (NAP) e 24 aparentados. Foram 41 pacientes pediátricos, com mediana de idade de 9 anos (1–22), mediana de peso de 28 kg (8–78) e 22 pacientes do sexo masculino. Cinco adultos tiveram mediana de idade de 19 anos (17–46), mediana de peso de 66 kg (41–94), 4 pacientes do sexo feminino. Trinta e quatro pacientes tinham doenças hematológicas malignas, 10 não malignas e 2 tumores sólidos. Os resultados dos procedimentos estão descritos em mediana e variação. Na fase pré deseritrocitação, o volume foi de 853 mL

(347–1925), Hematócito (Hct) 30% (19–41), células nucleadas totais de 22×10^9 (7–48), células linfomononucleares totais de 8×10^9 (1–16) e granulócitos totais 13×10^9 (3–34). Após a deseritrocitação, a mediana de volume foi de 833 mL (222–1704), Hct de 10% (6–24), células nucleadas totais de 19×10^9 (6–42), células linfomononucleares totais 8×10^9 (1–13) e granulócitos totais 11×10^9 (2–30). A recuperação das células nucleadas totais foi de 89% (60–100), recuperação linfomononuclear foi de 93% (67–100), recuperação dos granulócitos foi de 86% (50–100) e a redução do hematócrito foi de 66% (23–100). **Conclusão:** A deseritrocitação realizada com HAES 6%-Volumen® foi um procedimento seguro que permitiu a redução do hematócrito com excelente recuperação das células linfomononucleares.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.958>

OPORTUNIDADES PARA MELHORAR O ACESSO AO TRANSPLANTES DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) PEDIÁTRICO

CM Lustosa^a, CMV Alferi^a, ASS Ibanez^a, CMM Parrode^a, LL Quintino^a, LDS Domingues^a, MGAD Matos^a, G Zamperlini^a, MF Cardoso^a, A Seber^b

^a Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), São Paulo, SP, Brasil

^b SBTMO – Grupo de TMO Pediátrico SBTMO/SOBOPE, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica que pode beneficiar muitos pacientes com diferentes doenças. No entanto, existem limitações que podem atrasar o tratamento ou impedir que a criança seja transplantada. Assim, é essencial avaliar os motivos mais importantes para identificar oportunidades de melhorar os processos e aumentar o acesso ao TCTH. **Objetivo:** Identificar os principais fatores que dificultam o acesso ao TCTH. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo de pacientes encaminhados para TCTH em um centro pediátrico, mas que não foram transplantados. **Resultados:** De dezembro de 2022 a maio de 2023, 119 pacientes foram encaminhados para TCTH, mas 60 (50%) deles não foram transplantados. Estes últimos eram 55% pacientes do sexo masculino, com idade mediana de 6,5 anos (1–20). Quanto à doença de base, apresentavam leucemias agudas (33%), linfomas (5%), tumores sólidos (18%), doença falciforme (17%), anemia aplástica grave (13%), outras doenças não malignas (13%). O encaminhamento mais comum foi para TCTH alogênico (78%). Após a revisão desses 60 casos, oito crianças (13,3%) tiveram a história cuidadosamente revisada e ambas as equipes médicas concordaram que o TCTH não estava indicado naquele momento; sete (13,5%) foram encaminhados para outro centro de transplante. Dentre os fatores que contribuíram para que 45 (38%) pacientes não chegassem ao TCTH, notou-se que a principal causa foi a indisponibilidade/inadequação do doador (25%), a doença já havia progredido antes do TCTH (22%), os receptores estavam inaptos (22%) devido à sorologias positivas, necessidade de tratamento

odontológico extenso, infecções, necessidade de dessensibilização devido ao painel anti-HLA positivo e HbS elevado com necessidade de transfusões de troca pré-TCTH, óbito (16%), ausência de resposta do médico solicitante (13%) e falta de aprovação da seguradora (2%). A inépcia dos doadores reforçou a necessidade de um doador reserva sempre que possível. A evolução da doença, a inaptidão do receptor e o óbito revelam a necessidade do encaminhamento precoce para os centros transplantadores e de um atendimento integral, para que o paciente e seus familiares possam ser atendidos em todas as suas necessidades, pois outros fatores além da doença de base também podem ter impacto no atraso do tratamento. **Conclusão:** Observamos que metade dos pacientes encaminhados não poderia realizar o TCTH, mostrando a complexidade desse acesso e destacando fatores extrínsecos que corroboram para tais limitações. Assim, é de extrema importância a existência de políticas públicas que garantam o acesso de todos os pacientes com indicação de TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.959>

UNRELATED ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION (HSCT) WITH CLASS I ANTIGENIC MISMATCH WITH IN VIVO POST-TRANSPLANT CYCLOPHOSPHAMIDE (PT-CY) FOR GRAFT VERSUS HOST DISEASE (GVHD) PROPHYLAXIS: PROMISING STRATEGY TO TRANSPLANT PATIENTS WITH NON-MALIGNANT GENETIC DISEASES

CMMSS Parrode, AS Ibanez, CM Lustosa, V Varjão, LL Quintino, LDS Domingues, MGAD Matos, G Zamperlini, RV Gouveia, A Seber

Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Despite the progress in Haploidentical Stem Cell Transplantation (HSCT), many patients do not have a suitable healthy family donor. Transplants from matched unrelated donors would be ideal, but they are not available to most patients. One emerging treatment option is to use mismatched unrelated donors with PT-Cy to avoid GVHD, especially in patients with non-malignant diseases. Diamond Blackfan Anemia (DBA) is caused by a defect in erythropoietic progenitors, resulting in severe anemia of very early onset, usually before the first year of life. First-line treatment options for DBA are regular red blood cell transfusions, iron chelation, and corticosteroids, but only 40% of the patients respond to the latter. Thus, allogeneic HSCT is the only curative treatment for the hematological manifestations of this disease. The main difficulty is to identify a healthy HLA-identical donor, what limits the access of many patients to this curative therapy. **Objective:** To describe the strategy using an unrelated donor with Class I antigenic HLA incompatibility and PT-Cy to prevent GVHD. **Method:** The best available donors are chosen in a regular meeting with the Institute of