

HCT, and 14 are alive. In a Multivariate Analysis (MVA), MUD-HCT (HR = 2.35,  $p = 0.078$ ) and HID-HCT (HR = 4.30,  $p = 0.0012$ ) were associated with a higher incidence of GF (Table 2). MRD-HCT had a lower incidence of grade II–IV acute graft versus host disease (aGvHD) compared with MUD and HID (12.4% vs. 30.3% vs. 16.9%,  $p = 0.00175$ ) and lower incidence of chronic GvHD (cGvHD) (8.7% vs. 26.9% vs. 27.2%,  $p \leq 0.001$ ). The estimated non adjusted 5-year Overall Survival (OS) for the MRD, MUD, and HID groups were 86%, 72% and 79% ( $p = 0.02$ ), respectively; event-free survival (event: rejection or death) rates were 85%, 68% and 56%, respectively ( $p < 0.001$ ) (Figs. 1 and 2). In MVA, OS was increased for transplantations after 2018 (HR = 0.38,  $p = 0.002$ ) (Fig. 3). MUD-HCT (HR = 3.13,  $p \leq 0.001$ ) and HID-HCT (HR = 2.97,  $p = 0.0039$ ) were associated with decreased OS in comparison to MRD-HCT. The 100-day CI of CMV reactivation and hemorrhagic cystitis were 56% and 8% respectively, with no significant differences between groups. 64 pts died at a median of 102 days (range 2–2328), and the main causes of death were GF,  $n = 20$ ; sepsis,  $n = 11$ ; GvHD,  $n = 9$ . **Discussion:** This retrospective analysis showcases some significant differences between donor groups, including the fact that MRD pts are transplanted earlier and are subjected to a lower risk of GF, acute and chronic GVHD, which translates into better survival. HID-HCT showed improved survival in recent years, becoming a more viable transplant option, specially in comparison to MUD-HCT. Improved OS in HID-HCT comes at the expense of higher rates of graft rejection and higher rates of aGvHD remain an issue after MUD-HCT. **Conclusion:** These real-world data from a large cohort of SAA pts demonstrate that HCT remains an effective curative treatment with significant improvement in survival in the last 5 years across different donor groups.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1008>

#### PERFIL DA MOBILIZAÇÃO E COLETA DE CÉLULAS CD34+ EM PACIENTES PARA TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM UM INSTITUTO FEDERAL

MPN Abrahão, EAE Silva, ETS Leite, AS Costa

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

**Introdução e objetivos:** A coleta das células CD34+ para transplante autólogo é possível através da administração de agentes mobilizantes como o Fator Estimulador de Colônias de Granulócitos (G-CSF) associado ou não ao Plerixafor, a depender da quantidade de células CD34+ em Sangue Periférico (SP). Em casos selecionados, há ainda a possibilidade da utilização de quimioterápicos. Este trabalho tem por objetivo analisar o perfil da mobilização e coleta de Células Progenitoras Hematopoiéticas do Sangue Periférico (CPHSP) para Transplante de Medula Óssea (TMO) autólogo. **Materiais e métodos:** foram analisados os registros das coletas de CPHSP por aférese em máquina de fluxo contínuo dos transplantes autólogos no período de janeiro de 2021 a maio de 2023, utilizando estatística descritiva para análise dos dados. Foram consideradas adequadas as coletas que alcançaram o mínimo

de  $2,0 \times 10^6$  células CD34+/kg no produto final. Adotou-se o critério de  $\geq 10$  células/mm<sup>3</sup> em SP para início de coleta. **Resultados:** foram realizadas 102 coletas em 97 pacientes entre D4 e D5 de mobilização, sendo 55,6% do sexo masculino e 44,3% do sexo feminino. A maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária de 40–59 anos (34%), seguido de 18–39 anos (30,9%),  $\geq 60$  anos (25,7%) e  $< 18$  anos (9,2%). As patologias mais prevalentes foram Mieloma Múltiplo (39,2%) e Linfoma de Hodgkin (28,4%). Das 102 coletas, 59% utilizaram G-CSF e 41% G-CSF + Plerixafor. Com relação às doenças mais frequentes, 41,3% dos Linfomas de Hodgkin e 65% dos Mielomas Múltiplos utilizaram apenas G-CSF. Dentre todas as coletas, daquelas que utilizaram apenas G-CSF, 46 (45%) alcançaram o número de células desejadas de CD34+/kg em uma única coleta, 7 (6,9%) necessitaram realizar uma segunda coleta e 2 (2%) uma terceira. No entanto, 5 (4,9%) coletas não alcançaram o alvo no produto final, sendo 1 suspensa por ser uma coleta complementar (segunda mobilização do paciente) e 1 pelo COVID-19. No grupo que utilizou G-CSF + Plerixafor, 26 (25,5%) atingiram o alvo na primeira coleta e 6 (5,9%) numa segunda. Não alcançaram o alvo na primeira coleta 5 (4,9%), tampouco na segunda coleta (4,9%). Das 15 coletas que não atingiram o estabelecido para o produto final, 6 apresentaram valores próximos ao alvo, viabilizando o transplante. **Discussão:** A maioria dos pacientes eram jovens (40–59 anos) e, dentre as doenças, o mieloma múltiplo foi a entidade mais frequente. Apesar de 85,3% das coletas do estudo alcançarem o número de células desejadas no produto final coletado, 95,8% (93) dos pacientes conseguiram realizar o TMO. O grupo que utilizou apenas G-CSF teve êxito em 53,9% quando comparado àquele que associou G-CSF e Plerixafor (31,4%). Isso pode corroborar a dificuldade deste último grupo em alcançar o mínimo de células periféricas para dar início à coleta, sendo considerados pacientes “maus”respondedores. **Conclusão:** Observamos um número considerável de coletas (41%) onde se fez necessário o uso de um segundo agente mobilizante e, ainda assim, apresentando falha de mobilização em 23,8% destas. Os dados ora apresentados merecem melhor entendimento quanto à interação da patologia de base, os tratamentos prévios e os mecanismos dos agentes mobilizantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1009>

#### DOENÇA RESIDUAL MENSURÁVEL DE LLA-B PÓS CAR-T

MP Beltrame<sup>a</sup>, F Fava<sup>a</sup>, CO Pereira<sup>a</sup>,  
JVB Siqueira<sup>a</sup>, JH Farias<sup>a</sup>, GDR Lopes<sup>a</sup>,  
BL Bernardino<sup>a</sup>, ALM Rodrigues<sup>b</sup>,  
ACR Wasem<sup>b</sup>, AA Zanette<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil

<sup>b</sup> Hospital Erastinho, Curitiba, PR, Brasil

**Introdução:** O monitoramento da Doença Residual Mensurável (DRM) tornou-se prática clínica de rotina no tratamento das Leucemias Linfoblásticas Agudas (LLA). A avaliação da DRM tem demonstrado fator prognóstico, que permite a atribuição de grupos de risco nos diferentes braços de tratamento, variando desde redução significativa do tratamento a intensificação.