

epidemiológicos referente aos linfomas não hodgkin. A metodologia será um estudo sistemático pelo banco de dados do Datasus, no qual será avaliado as classificações CD82, CD83, CD84 e CD85, a partir disto os critérios estatísticos usados serão casos diagnosticados, número de óbitos e faixa etária em cada subgrupo, todos estes dados serão vistos nos anos de janeiro de 2014 até julho de 2024, já os critérios de exclusão serão números de diagnósticos dos anos anteriores e números de internações. De acordo com os critérios de classificações do datasus, o CD82 abrange o linfoma folicular com diferentes morfologias, no qual foi visto um número de casos mais prevalente na faixa etária de 60 a 64 anos, e de menos casos na faixa entre 20 a 24 anos. Na classificação CD83 abrange linfomas difusos de diferentes morfologias, no qual o subtipo mais estudado é o linfoma de burkitt, além disso essa classificação apresenta os maiores relatos de casos diagnosticados no Brasil, a idade de maior prevalência de casos são de faixa etária entre 60 a 64 e de menor prevalência entre 20 a 24 anos. A CD84 abrange linfomas de células T cutâneas e periféricas com subtipos de diferentes morfologias, no qual a idade mais prevalente foi entre 55 a 59 anos e de menor prevalência entre 20 a 24 anos. E por fim a CD85 são divididos em linfomas de não hodgkin de outros tipos e de tipos não especificados e suas subclassificações, no qual a idade mais prevalente ocorre entre 60 a 64 anos e é menos prevalente entre 20 a 24 anos. Já os números de casos totais e número de óbito revisados mostram que quando calculado é visto um índice de 20,54% de mortalidade. Com isso quando avaliado este percentual, é visto uma alta a mortalidade por linfomas não hodgkin no Brasil inteiro e faixa etárias mais prevalente de cada classificação, no qual nesta pesquisa se mostrou mais relevante na região Sudeste, até por ser a região mais populosa do país. É sempre necessário avaliar a classificação do linfoma de cada paciente, pois há subtipos sem cura, subtipos agressivos com tratamento e subtipos menos agressivos, a importância epidemiológica tem extrema importância quando avaliado todo contexto clínico, juntamente com avaliação citogenéticas, com ênfase no diagnóstico rápido para o início do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.425>

EPIDEMIOLOGIA DOS LINFOMAS DIFUSOS DE GRANDES CÉLULAS B RECIDIVADOS OU REFRATÁRIOS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DE DADOS DE MUNDO REAL PELA PLATAFORMA TRINETX

J Pereira^a, PDMM Neves^a, RAB Nunes^a,
M Duran^b, LT Campos^b

^a Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, SP, Brasil

^b AbbVie, São Paulo, SP, Brasil.

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o subtipo mais comum de linfoma não-Hodgkin (LNH) em adultos, correspondendo a 25-30% dos casos. O tratamento baseado em R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina,

vincristina e prednisona) é a terapêutica de primeira linha para o LDGCB, entretanto, cerca de 1/3 dos pacientes sofrem recidivas e/ou são refratários (R/R) a essa primeira linha de tratamento. **Objetivos:** Descrever os padrões de tratamento e desfechos clínicos de uma coorte brasileira de paciente LDGCB-R/R com dados de mundo real derivados da Plataforma Trinetx. **Materiais e métodos:** Avaliação de dados de mundo real (demográficos, perfil de comorbidades, informações oncológicas, exames complementares, internações hospitalares, tratamento, resposta terapêutica e mortalidade em 5 anos) através da TriNetX. Foram incluídos pacientes ≥ 18 anos, com diagnóstico de LDGCB entre Jan/2012 a Dez/2022, tratados com mais de um esquema quimioterápico e com seguimento de pelo menos 3 meses. **Resultados:** De uma coorte de 1651 pacientes diagnosticados com LDGCB originários de 13 hospitais públicos e privados, 524 (31,7%) pacientes eram R/R. Observamos predominância de homens (58,9%), com idade média de 52 ± 18 anos, 23,6% obesos e 22% hipertensos. Em relação ao LDGCB, 29% dos pacientes possuíam malignidade secundária ao diagnóstico e 77% apresentavam anemia. Sobre o tratamento, 185 (29,6%) receberam 2 linhas de tratamento (LOT) e 235 (44,8%) ≥ 3 LOT. O tempo mediano entre a 1ª linha de tratamento (R-CHOP) e uma segunda linha foi de 358 dias. A segunda linha mais utilizada foi gemcitabina, dexametasona e cisplatina (GDP) com 37,5%, seguido por R-CHOP na 3ª linha de tratamento (32%) O transplante autólogo de medula óssea (TMO) foi realizado em 9,3% dos pacientes, o alogênico em 1,9% e 21,9% fizeram radioterapia. Ao longo de um tempo de acompanhamento mediano de 782 dias, 402 (76,7%) dos pacientes necessitaram de internação hospitalar, com uma mediana de 4 internações/paciente. Cerca de 30% dessas internações ocorreram por neutropenia febril, 28,8% dos pacientes necessitaram de unidade de terapia intensiva, 25% de droga vasoativa e 7,2% ventilação mecânica. A sobrevida global (SG) dos pacientes R/R da casuística em 5 anos foi de 47,4% e a sobrevida em 5 anos pós-TMO foi de 62,1%. Quando comparamos os pacientes que receberam 2 vs ≥ 3 LOT, observamos que no segundo grupo os pacientes eram mais velhos ($p = 0,006$), com maior porcentagem de hipertensos ($p = 0,02$), obesos ($p = 0,004$) e doença renal crônica ($p = 0,007$). Mais pacientes com ≥ 3 LOT foram submetidos a TMO, tanto alogênico ($p = 0,004$) quanto autólogo ($p = 0,02$) e necessitaram de maior número de internações hospitalares ($p < 0,001$), internações em UTI ($p < 0,001$), uso de droga vasoativa ($p = 0,007$) e ventilação mecânica ($p = 0,007$). A taxa de SG em 5 anos foi 49,7% para pacientes que receberam 2 LOT e 39,4% para pacientes com ≥ 3 LOT, porém sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p = 0,13$). **Discussão:** Dados do mundo real relativos a populações brasileiras e latino-americanas de pacientes com LDGCB R/R são escassos. Informações sobre o perfil epidemiológico, apresentação clínica, padrões de tratamento, complicações associadas ao tratamento e desfechos clínicos são essenciais para a elaboração de políticas públicas referentes ao diagnóstico e tratamento, melhorando assim o manejo do LDGCB no Brasil.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.426>