

devido à polifarmácia utilizada para tratamento do paciente. Exacerbação importante do quadro de agitação e confusão mental iniciadas sempre horas após cada administração da droga durante o primeiro ciclo mas não mais nos ciclos subsequentes. Não há descrição desses efeitos adversos com o uso do daratumumabe, porém é possível que isto tenha ocorrido de forma conexa com a apresentação atípica da doença de base e conforme o paciente evoluiu com controle da mesma houve também melhora dos efeitos adversos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.882>

SOBREVIDA DO MIELOMA MÚLTIPLO TRATADO EM HOSPITAL PÚBLICO NO DF

FS Oliveira ^a, NCS Misael ^b, MHS Durães ^b,
JP Resende ^{a,b}, FQ Bastos ^b, IE Hannes ^{a,b},
MLS Suassuna ^{a,b}, EM Pitaluga ^{a,b}, SDB Silva ^{a,b},
FD Xavier ^{a,b}

^a Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

^b Hospital Universitário de Brasília (HUB),
Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil

Objetivos: Objetivo primário foi avaliar a taxa de sobrevida global em pacientes com mieloma múltiplo (MM) tratados no Hospital Universitário de Brasília (HUB) nos últimos 9 anos. **Métodos:** Estudo retrospectivo unicêntrico com pacientes com diagnóstico *de novo* de MM incluídos consecutivamente de novembro de 2014 a maio de 2024. Foram revisados os prontuários eletrônicos e avaliados dados clínicos (idade, sexo, relacionados ao diagnóstico e prognóstico, regimes, linhas, elegibilidade para transplante, resposta) e calculamos a sobrevida livre de progressão (SLP) (tempo entre o diagnóstico e 2L de tratamento ou óbito) e sobrevida global (SG) (tempo entre o diagnóstico e o último acompanhamento ou óbito). **Resultados:** Um total de 91 pacientes foram incluídos. A mediana de idade foi de 63 anos com 23% > 75 anos, 61% masculino, 59% IgG, 25% IgA e 14% cadeia leve, 62% tinham restrição de cadeia kappa. Apesar de não estar disponível no SUS, 61% realizaram FLC ao diagnóstico (36% relação > 100), 60% apresentavam anemia, 26% hipercalcemia, 30% Cr > 2, 79% lesões ósseas, 37% plasmocitoma e 22% mais de 60 % de infiltração medular. Nenhum paciente foi submetido a FISH e 41% não tiveram o ISS calculado por indisponibilidade de B2-microglobulina, mas 20% apresentaram DHL elevada. O estágio clínico era avançado na maioria (82% DS III e 52% ISS III). Devido à idade e comorbidade, 31% não eram elegíveis para ASCT. Os tratamentos de 1ª linha mais utilizados foram CTd (46%), Vcd (20%), MPT (15%), VMP (7%), MPT (4%) e VTd (3%). O bortezomibe (BTZ) foi utilizado em primeira linha em 30%. O número mediano de ciclos foi 6 e a duração mediana da 1L foi 13,1 meses. A resposta à 1L foi de 4% CR, 32% VGPR, 48% PR, 3% de doença estável e 14% de progressão da doença. 54% dos pacientes elegíveis foram submetidos a ASCT (77% em 1L), 35% à consolidação e 82% à manutenção após ASCT, preferencialmente com BTZ quinzenal, uma vez que a lenalidomida não foi incorporada ao SUS. A mediana do número de tratamentos de resgate foi 1(0-8). Para todos os pacientes, as medianas de SLP mediana e de SG foram, respectivamente, 57

meses (SLP de 5 anos 43%) e 111,9 meses (SG de 5 anos 71%) (111,9 meses inelegíveis para ASCT e 161,1 meses elegíveis para ASCT, $p = 0,9872$). Para pacientes elegíveis para transplante, a mediana de SLP foi significativamente maior em pacientes que receberam ASCT (mediana de 68,2 meses vs. 23,8 meses, $p < 0,001$). O mesmo para pacientes tratados com CTd (mediana 65,9 meses vs. 23,8 meses, $p = 0,0002$) e houve uma tendência em pacientes tratados com Vcd ou VTd antes do ASCT (mediana de SLP não alcançada em 105 meses vs. 14 meses, $p = 0,0877$). Aos 50 meses, a SLP com MPT e VMP foi de 51% vs 38%. A primeira linha com CTd, VMP, Vcd/VTd e VMP resultou em SG em 60 meses de 68%, 75%, 68% e 66%, respectivamente. A SG foi significativamente maior em pacientes que realizaram ASCT após CTd ou VTd/Vcd. **Discussão:** O Brasil carece de estatísticas nacionais sobre aspectos epidemiológicos, clínicos e resultados do tratamento do MM. Além disso, o BTZ só foi incorporado ao SUS em 09/2020, até então os pacientes elegíveis para transplante autólogo (TACT) eram tratados com CTd e os inelegíveis com MPT. Estudos demonstram que apesar de maior SLP, o ASCT poderia ser usado no resgate com igual SG, entretanto esse estudo mostra a importância do transplante autólogo assim que possível resultando em ganho de SG no contexto da falta de acesso à lenalidomida. **Conclusão:** O ASCT continua sendo um fator importante na melhoria da sobrevida do MM no SUS. Melhores resultados podem ser atribuídos à incorporação do inibidor de proteassoma na indução, resgate e manutenção. Além disso, alguns pacientes tiveram acesso a ensaios clínicos. Isto destaca a importância da incorporação de novos medicamentos na melhoria da sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.883>

ANÁLISE RETROSPECTIVA DE PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO NO INTERIOR DA BAHIA.

IO Cordeiro ^a, MM Rocha ^a, CL Araújo ^a,
FG Figueiredo ^a, LMF Araújo ^a, DX Pinho ^a,
AM Lima ^b, MS Santos ^b, EMM Costa ^a, EC Pires ^c

^a Centro Universitário de Excelência (UNEX), Feira de Santana, BA, Brasil

^b Faculdade Ages de Medicina, Jacobina, BA, Brasil

^c Unidade de Alta Complexidade e Atendimento em Oncologia (UNACON), Feira de Santana, BA, Brasil

Objetivo: Realizar análise de características demográficas, epidemiológicas e do tempo entre diagnóstico e início do tratamento de pacientes portadores de Mieloma Múltiplo (MM). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo que utilizou na análise os registros de 40 prontuários de pacientes com MM atendidos na Unidade de Alta Complexidade de Atendimento em Oncologia (UNACON) em Feira de Santana-Bahia. Havia registro de 438 prontuários no período de 2018 a 2024, destes, 40 foram selecionados ao acaso para análise. Os critérios de inclusão foram: pacientes com diagnóstico confirmado de MM e período de diagnóstico entre 2018 e 2024. Os dados foram extraídos dos prontuários médicos utilizando um formulário padronizado que incluiu

as seguintes variáveis: dados epidemiológicos (sexo, idade, etnia e comorbidades), tempo entre diagnóstico e consulta inicial e o tempo entre consulta e início da terapia. Os dados foram descritos a fim de sumarizar as características da população do estudo. **Resultados:** Foram analisados 40 pacientes, 30% do sexo feminino e 70% do sexo masculino. A média de idade ao diagnóstico foi de 66,5 anos (41-91). Na distribuição racial, cerca de 22,5% eram brancos, 30% negros, 2,5% pardos e 45% não declarados. As comorbidades mais presentes nessa população foram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), com 45%, 7,5% e 5%, respectivamente. A média de tempo obtida entre diagnóstico e 1ª consulta foi de 37 dias, sendo que 4 pacientes foram excluídos devido ao diagnóstico ter ocorrido após a 1ª consulta. A média de dias entre diagnóstico e início da terapia foi de 43 dias. **Discussão:** O Mieloma Múltiplo é uma doença que tem predominância em pacientes do sexo masculino, negros, acima de 50 anos. O presente estudo corrobora com os achados da literatura em média de idade, raça e sexo predominante. As comorbidades mais prevalentes foram HAS, DM e DPOC, indicando um perfil de pacientes com múltiplas patologias associadas. A média de dias entre diagnóstico e início da terapia foi de 43 dias. É importante ressaltar que esses dados de análise são escassos na população brasileira. Diante de uma doença rara e tratando-se de um serviço de referência no interior do estado, esse intervalo é desafiador, visto a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) e o tempo de espera para início da terapia, principalmente por ser uma patologia que é diagnosticada já em fase avançada. **Conclusão:** A análise de pacientes com MM em Feira de Santana-BA destacou um tempo médio de 43 dias entre diagnóstico e início de tratamento, com um curto intervalo entre consultas. Esse tempo reduzido faz total diferença para o desfecho clínico, mostrando um serviço efetivo, que pode reduzir os gastos do orçamento público. A presença de comorbidades reforça a necessidade de um início rápido da terapia para melhorar os resultados clínicos, especialmente em estágios avançados da doença. A compreensão desses aspectos é fundamental para aprimorar as estratégias de diagnóstico, tratamento e atendimento a fim de garantir um impacto positivo para a sobrevida dos pacientes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.884>

REAL-WORLD DATA ON THE DARATUMUMAB PLUS BORTEZOMIB, THALIDOMIDE AND DEXAMETHASONE FOLLOWED BY LENALIDOMIDE MAINTENANCE FOR TRANSPLANT-ELIGIBLE NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA PATIENTS

EQ Crusoe^{a,b}, GN Ribeiro^c, FL Moura^d, AC Neto^e, M Aranha^f, RI Bittencourt^g, EF Ribeiro^h, JVP Netoⁱ, A Maiolino^{j,k}, V Hungria^l

^a Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Brazil

^b Rede D'Or Oncologia, Brazil

^c Clínica Hematológica, Brazil

^d AC Camargo Câncer Center, São Paulo, Brazil

^e Instituto D'Or de Pesquisa e Ensino (IDOR), São Paulo, Brazil

^f HemoMed, Instituto de Ensino e Pesquisa (IEP), São Paulo, Brazil

^g Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

^h Hospital Santa Lucia, Brazil

ⁱ Grupo Oncoclínicas Brasília, Brasília, Brazil

^j Instituto Americas de Pesquisa, Ensino e Inovação, Brazil

^k Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brazil

^l Clínica São Germano, São Paulo, Brazil

Background: The standard approach to autologous stem cell transplantation (ASCT) in patients with newly diagnosed multiple myeloma (NDMM) included induction and maintenance until progression. The newest induction protocol that had included daratumumab (dara) in combination with bortezomib, thalidomide, and dexamethasone (D-VTd) was approved in many countries worldwide. Nevertheless, only lenalidomide (lena) was approved as maintenance in the eligible setting. Real-world data (RWD) on patients from the Brazilian Multiple Myeloma Study Group (GBRAM) database platform were presented here. **Aims:** Present RWD on MM patients submitted to Dara-VTd induction followed by ASCT, Dara-VTd consolidation and lenalidomide as maintenance. **Methods:** Patients diagnosed with MM after January 1, 2018 have been included prospectively. The eligibility criteria were: intent-to-treat (ITT) MM patients submitted to Dara-VTd induction followed by ASCT, Dara-VTd consolidation and lenalidomide as maintenance, aged over 18 years. Analysis was performed with the JAMOV project software v2.3. **Results:** A total of 2,212 pts were included, 106 (4.8%) of whom were treated with the described protocol. The results presented correspond to patients submitted to the Dara-VTd protocol. The median age of the patients at diagnosis was 60 (35 - 78) years old and 60 (56.6%) patients were male. The ECOG performance was 0 for 69 (73.4%), 1 for 18 (19.1%), 2 for 4 (4.3%) and > 3 for 3 (3.2%) patients. The ISS 1, 2 and 3 scores were 37 (35.2%), 24 (22.9%) and 30 (28.6%), respectively, and those not available were 14 (13.3%). White and black race was self-declared by 62 (58.5%) and 20 (18%) of the patients, respectively. The MM IgG isotype was represented in 57 (53.8%) of the pts. The ASCT was performed in 72 (80.9%) of the patients until the present analysis. From the 17 (16%) who did not undergo the ASCT, three were excluded: because of comorbidities, 1 case presented progression, 1 refused, 1 had another type of cancer and 2 died. The median time between the start of induction and the ASCT and begin of maintenance was 157 (115-502) and 312 (195-745) days respectively. After a median follow-up of 47.4 months, in ITT analyses, the best overall response rate (> PR) was 73.7%. Better than VGPR and > nCR were 67.9% and 29.1%, respectively. The median PFS and OS were not reached. At 36 months, we observed a PFS of 84%. Ten patients died in this period, two of them due to progression. Fiftyfour patients had started maintenance with lenalidomide. **Summary/Conclusion:** This study demonstrates RWD based on Dara-VTd and lenalidomide maintenance for