

and adjusted propensity score comparison of CANDOR and MMY1001 showed similar efficacy in terms of ORR and PFS in the TW KdD56 and OW KdD70 groups. Unadjusted ORR was 83.2% (95% confidence interval [CI]: 77.1–88.3) for TW and 81.2% (95% CI: 71.2–88.8) for OW; similarly, adjusted was 79.6% (95% CI: 71.2–87.9) for TW and 81.2% (95% CI: 72.9–89.5) for OW. Median PFS (OW/TW, in months) was not estimable (NE) in each group (unadjusted: NE (18.4-NE) for TW and 25.8 (19.4-NE) for OW; adjusted: NE (12.0-NE) for TW and 25.8 (19.4-NE) for OW). Adjusted hazard ratio for PFS (OW/TW) was 0.80 (95% CI: 0.49–1.32). As propensity score comparisons were for efficacy only, safety comparisons between CANDOR and MMY1001 included differing sample sizes and treatment duration. After a median follow-up of 16.8 and 23.5 months for TW and OW KdD regimens, respectively, treatment-emergent grade ≥ 3 adverse events (AEs) were reported in 84.3% (156/185) for TW and 82.4% (70/85) for OW. Treatment-emergent AEs leading to K discontinuation were reported by 21.1% (39) for TW and 18.8% (16) for OW. Treatment-emergent fatal AEs were reported in 10.8% (20) for TW and 3.5% (3) for OW. The safety of KdD56 and KdD70 was consistent with the known safety profiles of individual study treatments. **Discussion:** Similar efficacy in ORR was demonstrated with OW and TW KdD regimens, suggesting optimal control can be achieved through the provision of multiple treatment options. Some differences were observed between OW and TW KdD regimens for treatment-emergent AEs. **Conclusion:** OW KdD70 is an efficacious dosing option with a favorable benefit-risk profile, comparable with TW KdD56. The OW KdD70 dosing option represents a more convenient regimen that might encourage adherence and potentially lead to better outcomes for RRMM pts. Clinicaltrials.gov: NCT03158688.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.431>

430

ESTUDO DE UMA SÉRIE DE CASOS: INTERRUPÇÃO DO TRATAMENTO DE PACIENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO POR REAÇÃO ADVERSA AO TRATAMENTO COM LENALIDOMIDA

P.N. Silva, C. Moneró, R. Cunha

Centro de Excelência Oncológica (CEON), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Paciente 1, sexo masculino, 76 anos, realizou tratamento com os seguintes protocolos: VMP (bortezomibe, melfalano e prednisona), KD (carfilzomibe e dexametasona), DRD (daratumumabe, lenalidomida e dexametasona), em abril/2020 troca para ERD (elotzumabe, lenalidomida e dexametasona), segue atualmente em tratamento com CED (ciclofosfamida, etoposídeo e dexametasona). Durante o período de estudo utilizou lenalidomida 15 mg D1-D21 ciclo de 28 dias. Ao longo do tratamento apresentou as seguintes reações adversas: anorexia, perda ponderal, hiperglicemia, tosse seca, febre, cisto infectado em região dorsal e diarreia. Devido a progressão bioquímica da doença, o tratamento com lenalidomida foi interrompido. Paciente 2, sexo masculino, 67 anos, realizou tratamento de indução com o protocolo VTD (bortezomibe

e denosumabe), seguido de consolidação com transplante autólogo de medula óssea, com posterior manutenção com lenalidomida 10 mg D1-D28 ciclo contínuo de 28 dias. Ao longo do tratamento apresentou as seguintes reações adversas: lesão de pele e prurido, dor lombar EVA 2 e sangramento gengival. Durante o período inicial do estudo utilizou lenalidomida 10 mg ciclo de 28 dias de manutenção. Apresentou plaquetopenia sendo necessária a redução de dose para 5 mg. Apesar da redução da dose o paciente manteve toxicidade hematológica sendo então suspenso o tratamento. Paciente 3, sexo masculino, 67 anos, realizou pulsos de dexametasona, transplante de medula óssea, seguido de protocolo com bortezomibe, apresentou recaída sendo então submetido ao protocolo tratamento DRD (daratumumabe, lenalidomida e dexametasona), após três meses de tratamento apresentou pancitopenia, sendo reduzida a dose de lenalidomida de 15 mg em dias alternados para 5 mg D1-D21 ciclo de 28 dias. Ao longo do tratamento apresentou as seguintes reações adversas: tosse seca, dispneia aos esforços, perda ponderal, constipação, anemia, proteinúria e pancitopenia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.432>

431

FENÔMENO DE RAYNAUD COMO MANIFESTAÇÃO PARANEOPLÁSICA INICIAL EM PACIENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO: UM RELATO DE CASO

I.C.V. Barbosa, M.B.V. Lima, L.T. Silva, M.A. Dias, T.C.D.S. Cabral, E.C. Malafaia, K.O. Mota

Clínica Amo - Assistência Multidisciplinar em Oncologia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: O Fenômeno de Raynaud (FR) em pacientes com Mieloma Múltiplo (MM) é uma manifestação rara, geralmente associado a crioglobulinemia ou a síndrome de hiperviscosidade, e a sua ocorrência é incomum com paraproteína IgA. **Caso clínico:** Homem, 65 anos, previamente hígido, cursa há 1 ano com cianose assimétrica e intermitente das extremidades, associado a dor e a piora com a exposição ao frio. O paciente não apresentava xerostomia, disfagia, febre ou artralgia. Foi tratado durante 6 semanas com prednisona e nifedipina, apresentando boa resposta, mas o quadro retornou após 4 meses, de forma mais intensa e com pequenas úlceras digitais. A mesma terapia foi reintroduzida associada a metotrexato, porém o paciente não teve melhora. Neste intervalo, investigou-se Esclerose Sistêmica (ES), crioglobulinemia, vasculites, Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) e hepatite C, mas os exames resultaram negativos. Feito eletroforese de proteína (EFP) sérica que identificou 2 proteínas monoclonais em gama de 1,42 g/dL e 0,38 g/dL, com imunofixação (IMF) positiva para IgA/Kappa. Realizado mielograma com 11% de plasmócitos e biópsia de medula com infiltração moderada a intensa de plasmócitos clonais. Logo após o procedimento, o paciente evoluiu com piora dos sintomas e com necessidade de internação para controle de dor. Ao exame, notou-se cianose de extremidades, necrose seca em falanges distais do 2° ao 5° quirodáctilos direitos, do 1° ao 3° quirodáctilos esquerdos, do 1° e 3° pododáctilos direitos e do hálux esquerdo. Os

