

irmão HLA-compatível e duas Haplo do pai. A 1a, aparentado, tinha 10 anos, acidente vascular cerebral prévio extenso em regime de hipertransfusão e a 2a, com 16 anos, síndromes torácicas agudas e crises dolorosas de repetição sem resposta à hidroxiuréia. A toxicidade mais importante na 1ª foi hipertensão arterial, reativação de citomegalovírus e pancreatite de provável etiologia viral, sem DECH. Usou ciclosporina por 2,5 anos por quimerismo misto mas está agora 3 anos e 9 meses após o TCTH com quimerismo completo e eletroforese Hb normal, assintomática. A 2a, adolescente, teve apenas mucosite grau 3, neutropenia febril, hepatite viral, reativação de citomegalovírus e herpes zoster e mantém crises dolorosas repetidas por múltiplas necroses avasculares, sem HbS detectável. DECH aguda TGI respondeu prontamente a corticoide e DECH crônica em olho e boca, tratada com sirolimus e irradiação linfonodal total, com resposta completa. Está 4 anos após o TCTH com quimerismo misto estável > 70% e ausência de HbS. As pacientes que fizeram haplo estão ambas 9 meses pós TCTH. A 1ª com 3 anos, crises de dor, sequestros esplênicos, síndromes torácicas agudas e Moya-Moya incipiente, em uso de hidreia sem melhora. Recebeu tiotepa e 200cGy de TBI, 10×10^6 CD34/kg. Apresentou DECH pele e TGI com boa resposta ao corticoide. Teve reativação de CMV tratada com foscarnet. Atualmente assintomática, ainda com sirolimus e quimerismo completo, sem HbS. A 2ª com haplo, tinha 14 anos, Moya-Moya e AVC prévio. A dose de TBI foi 400cGy O quimerismo foi completo por 4 meses pós TCTH, desde então em queda progressiva até 70% (94% linfócitos e 61% neutrófilos do doador), atualmente estável após uma DLI 1×10^6 CD3/kg oito meses após o transplante. Evoluiu com DECH crônica leve de pele. Mantém ausência de HbS, assintomática. **Conclusão:** A sobrevida global foi 100%. Uma paciente de cada grupo apresentou quimerismo misto. Apesar do número pequeno de pacientes, o TCTH haploidêntico se mostrou factível na ausência de um doador compatível. O trabalho multidisciplinar e colaboração com centros de excelência são fundamentais para o sucesso terapêutico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.549>

548

TRATAMENTO DE LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA PEDIÁTRICA RECIDIVADA APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS COM BLINATUMOMAB

G. Zamperlini^{a,b}, V.C. Ginani^{a,b}, R.V. Gouveia^{a,b}, L.D.S. Domingues^{a,b}, C.N.M. Breviglieri^{a,b}, J.F. Marques^a, F.V.B. Santos^a, C.F. Andrade^a, M.G. Matos^{a,b}, A. Seber^{a,b}

^a Hospital Samaritano de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Hospital São Camilo, São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Descrever a experiência com uso de blinatumomab como resgate em crianças e adolescentes com Leucemia Linfóide Aguda (LLA) e recidiva precoce após Transplante Alogênico de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCH) em dois serviços de Oncologia Pediátrica. **Materi-**

ais e métodos: Crianças com LLA transplantadas em fases avançadas ou com doença agressiva foram avaliadas mensalmente quanto a presença de doença residual medular e quimerismo. Cada avaliação medular incluiu os antígenos CD19 e CD22 nos painéis de doença residual para determinar a possibilidade de utilizar blinatumomab e inotuzumab, respectivamente. Uma vez diagnosticada recidiva, Blinatumomab foi administrado em infusão contínua conforme orientação do fabricante. A partir de 48 horas após o seu início, com a resolução dos sintomas clínicos associados à liberação de citocinas, quatro dos pacientes com doador disponível e sem doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), também receberam dose escalonada de leucócitos do doador (DLI). Uma infusão de DLI foi administrada no início de cada ciclo de Blinatumomab até que o paciente apresentasse remissão completa e/ou algum sinal de DECH aguda ou crônica. **Resultados:** Sete crianças e adolescentes com LLA que apresentaram recidiva após TCH e foram tratados com blinatumomab. A mediana de idade foi 9 anos, variando entre 3 e 16, cinco do sexo masculino. Nenhum deles apresentou lise tumoral sintomática, sangramento ou sepse. Seis crianças (85%) apresentaram síndrome de liberação de citocinas, todos com febre e 57% com hipotensão. Apenas uma criança apresentou toxicidade em sistema nervoso central relacionada à droga. Três receberam quimioterapia de baixas doses ou mini-HyperCVAD e um, ponatinibe, suspenso ao término dos ciclos de blinatumomab por AVC isquêmico. Quatro receberam DLI, complicada com DECH aguda ($n = 1$) e crônica ($n = 3$); destes, dois permanecem vivos, um sem nenhum tratamento adicional já cinco anos após a recidiva medular e um após associação de inotuzumab, radioterapia e inibidor tirosina quinase de uso compassivo, atualmente há 2 anos em remissão. Nenhum paciente faleceu por toxicidade associada ao Blinatumomab ou DLI. No total, 71% das crianças atingiram remissão completa. A sobrevida global é de 28% com mediana de 47 meses de seguimento. **Discussão e conclusões:** A maior parte das recidivas de LLA após TCH ocorre precocemente, quando a toxicidade de um 2º TCH é proibitiva. Pacientes são, em geral, encaminhados para cuidados paliativos. Nossa experiência mostrou que o uso de blinatumomab associado ou não a outras terapias foi eficaz e seguro, com remissão da maior parte dos pacientes e baixa toxicidade, considerando a experiência do serviço com manejo da síndrome de liberação de citocinas, observada apenas nos primeiros dias do 1o ciclo de Blinatumomab. Além disso, nossos dados sugerem potente efeito enxerto versus leucemia com a associação de infusão de leucócitos do doador, estratégia que está sendo estudada em protocolos prospectivos internacionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.550>

