

^m Hemocentro de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

ⁿ Hemocentro de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil

^o Fundação Hemeron, Porto Velho, RO, Brasil

^p Hemocentro do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

^q Hemocentro do Pará, Belém, PA, Brasil

^r Hemocentro Regional de Cascavel (HEMEPAR), Cascavel, PR, Brasil

^s Hemocentro Unicamp, Campinas, SP, Brasil

^t Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Objetivos: O diagnóstico de hemofilia é realizado através da dosagem da atividade coagulante do fator VIII na hemofilia A e do fator IX na hemofilia B. O ministério da saúde elaborou um manual de diagnósticos laboratorial das Coagulopatias Hereditárias e plaquetopenia e um de Manual de Hemofilia (2012 e 2015, respectivamente), visando padronizar diagnóstico e tratamento no Brasil. O tratamento oferecido nos Centros de Tratamento de Hemofilia (CTH) brasileiros se baseia na reposição profilática, rotineira e de urgência dos fatores coagulação. Para isso é necessário que os pacientes tenham acesso a monitorização laboratorial, incluindo a pesquisa de inibidores adquiridos dos fatores que estão sendo repostos. Este estudo visa descrever a disponibilidade e capacidade de avaliação laboratorial dos hemocentros brasileiros que tratam pacientes com hemofilia (PH). **Materiais e métodos:** Este estudo é multicêntrico, aprovado pelos comitês de ética locais (CAE53863221.8.0000.5078), e visou coletar informações de todos os CTHs brasileiros através do preenchimento de um formulário check-list autoaplicável. A coleta dos dados ocorreu entre julho de 2022 e julho de 2023 e os resultados obtidos foram descritos em frequência. **Resultados:** Responderam ao questionário 26 CTHs brasileiros, com dados sobre rotina de avaliação laboratorial dos PH. A dosagem regular de atividade do fator VIII é realizada em laboratório próprio em 13 (50%) centros avaliados. Em 6 (23%) ela é obtida em laboratório de referência externo e em 7 (27%) ela não é realizada. A atividade do fator IX é realizada localmente em 11 HCT (43%), obtida externamente em 5 (19%) e não realizada em 10 (38%). Os PH têm acesso a pesquisa do antígeno do fator VIII e do fator IX em 2 CTHs (7%) através de avaliação em laboratório referenciado. A titulação do inibidor pode ser obtida localmente em 10 CTHs (38%), externamente em 5 (19%) e não disponível para 11 centros (43%). Em caso de investigação pré-operatória da presença do inibidor em 18 (69%) CTHs isso é feito rotineiramente. Em 8 (30%) centros esta avaliação não faz parte da rotina de acompanhamento. A disponibilidade de atendimento laboratorial 24h por dia não é realizado em nenhum dos 26 CTHs. Quanto a avaliação genética, ela é possível em 3 (11%) hemocentros. Os PH devem realizar sorologias rotineiras para HIV, Hepatites e Sífilis. Essa coleta é semestral em 4 (15%) CTHs pelo menos anual em 21 (80%) CTHs. Em 16 (61%) CTHs o controle de qualidade é realizado no próprio hemocentro seguindo recomendações Nacionais. **Discussão:** A testagem laboratorial dos PH permite diagnóstico e ajustes terapêuticos durante o tratamento rotineiro e das intercorrências clínicas. A testagem laboratorial dos PH permite diagnóstico e ajustes terapêuticos durante o tratamento rotineiro e das intercorrências clínicas. Os CTHs brasileiros têm acesso a exames laboratoriais para manejo da hemofilia, mas a disponibilidade de realização

de tais exames no local de atendimento do paciente é muito variável. **Conclusão:** Dados nacionais sobre a disponibilidade de avaliação laboratorial nos CTHs brasileiros vão permitir estabelecer informações de vida real e possibilitar a sugestão de medidas de universalização do acesso ao diagnóstico e monitoramento na hemofilia no país.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.889>

ASSOCIAÇÃO DO POTENCIAL FIBRINOLÍTICO E RISCO DE MORTALIDADE EM PACIENTES COM CÂNCER

GSS Gois^a, SAL Montalvão^b, MEA Almeida^b, TRA Anhaia^a, BM Martinelli^b, JBC Carvalheira^a, NA Andreollo^a, JC Teixeira^a, JM Annichino-Bizzacchi^a, AG Câncer^a

^a Departamento de Anestesiologia, Oncologia e Radiologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

^b Laboratório de Hemostasia, Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

O câncer é um dos principais problema de saúde pública no mundo e está entre as quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade. Pacientes com câncer enfrentam riscos de eventos tromboembólicos, complicações, progressão tumoral e morte. O sistema fibrinolítico desempenha um papel na fisiologia e patologia da fibrinólise e hemostasia, na degradação de matriz extracelular, migração celular, remodelação de tecidos, cicatrização de feridas, angiogênese e inflamação. Dessa maneira, o sistema fibrinolítico apresenta efeitos cooperativos que facilitam o crescimento de tumores e surgimento de metástases. As triagens para distúrbios fibrinolíticos são difíceis e os testes apresentam pouca padronização, atualmente na área da pesquisa, técnicas fluorimétrico de geração simultânea de trombina e plasmina vem sendo desenvolvidas, entretanto uma técnica “Padrão Ouro” ainda não foi alcançada. Dados prospectivos sobre o sistema fibrinolítico e sua relação com desfechos clínicos em pacientes com câncer são limitados. Este estudo prospectivo tem como objetivo avaliar o potencial fibrinolítico em pacientes com câncer e sua associação com mortalidade utilizando o método fluorimétrico de geração simultânea de trombina e plasmina (STP). O estudo incluiu 323 pacientes com progressão ou diagnóstico recente de câncer, acompanhados por 12 meses, e 148 indivíduos saudáveis. Durante o acompanhamento, 68 pacientes faleceram e 10 perderam seguimento. Em comparação com o grupo de controle, os pacientes com câncer apresentaram alterações nos parâmetros de geração de trombina consistentes com um perfil de hipercoagulabilidade, bem como um aumento nos parâmetros de produção de plasmina. Parâmetros relacionados à amplitude máxima (MA) da trombina (Wald 11,78, HR 1,02, $p < 0,001$), área sob a curva (AUC) da trombina (Wald 8,0, HR 1,02, $p = 0,005$) e tempo para velocidade máxima (tVmax) da plasmina (Wald 4,92, HR 1,0, $p = 0,027$) mostraram associação com risco de mortalidade na análise de

cox univariada. Essa associação foi estatisticamente significativa para a amplitude máxima (HR 1.02, p,004) e a área sob a curva da trombina (HR 1.02, p,0,025) após o ajuste para dados demográficos e clínicos. No entanto, essa associação não foi mantida para a plasmina. Em conclusão, este foi o primeiro estudo capaz de demonstrar a avaliação simultânea da geração de trombina e plasmina em pacientes com câncer recém-diagnosticados e não tratados. Observamos um perfil de hipercoagulabilidade em pacientes com câncer associado a maior amplitude e velocidade de produção de plasmina. Além disso, identificamos dois parâmetros com uma associação potencial com o risco de mortalidade: MA (amplitude máxima) e AUC (área sob a curva) para a geração de trombina. No entanto, nenhuma associação entre parâmetros da plasmina e mortalidade foi encontrada.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.890>

HEMOFILIA A ADQUIRIDA ASSOCIADA A SANGRAMENTO DE DISPOSITIVO: UM RELATO DE CASO

IO Corrêa ^{a,b}, LZ Munhoz ^{a,b}, MSR Oliveira ^{a,b}, HP Filik ^{a,b}, FRC Silva ^{a,b}, ER Passos ^a, TV Costa ^b, DB Lamaison ^b, JB Gazabon ^{a,b}, LM Fogliatto ^{a,b}

^a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil

^b Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: Relatar caso clínico de hemofilia A adquirida quadro clínico, exames laboratoriais de investigação e tratamento. **Relato:** Paciente masculino, 80 anos, previamente diabético e com insuficiência cardíaca de etiologia isquêmica. Encaminhado do ambulatório da cardiologia para internação em abril de 2023 devido aparecimento espontâneo de hematomas em todos os membros superiores e inferiores, além de hematoma ocular esquerdo em março de 2023. Paciente em uso de prévio de AAS 100 mg. Negava uso de outros anticoagulantes, paciente apresentava sangramento importante por óstio de catéter venoso central em jugular interna direita. Nos exames de triagem realizados apresentava tempo de protrombina de 13,4 segundos, RNI de 1,15 e tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPA) de 90 segundos, exames prévios do paciente de setembro de 2022 normais. Sendo assim, exames foram repetidos e confirmada alteração de TTPA. Realizado teste de mistura de TTPA com 62,3 segundos. Prosseguimos com investigação e realizado fator 8 com resultado menor do que 1%, inibidor do fato 8 de 248 e anticoagulante lúpico positivo. Devido sangramento por catéter venoso central, foi realizado fator 7 ativado com melhora do sangramento e corticoterapia com Prednisona 60 mg por dia. Além disso, realizadas tomografias de tórax e abdome, imunofenotipagem de sangue periférico sem evidência de neoplasia e investigação para doenças autoimunes, também negativa. **Discussão:** A hemofilia A adquirida é uma doença autoimune que gera distúrbio hemorrágico devido a produção de autoanticorpos neutralizantes de imunoglobulina G contra o fator 8. A doença é mais comum em idosos e tem como maior manifestação hematomas e hemorragias

subcutâneas, tendo os sangramentos mais graves como em sistema nervoso central comprometimentos mais raros. Na investigação é importante descartar causas secundárias como neoplasias e tem como tratamento a imunossupressão com corticoide e ciclofosfamida. Além disso, em caso de sangramentos, necessitamos da realização de fator 7 atividade para controle dos mesmos. **Conclusão:** Este relato de caso exemplifica um distúrbio hemorrágico grave e raro, além de mostrar que esses pacientes não podem ser submetidos a procedimentos invasivos visto desfecho de sangramento e necessidade de transfusão de fator.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.891>

ASSISTÊNCIA PÚBLICA ÀS PESSOAS COM HEMOFILIA NO BRASIL: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO. DADOS PRELIMINARES DE ACESSO AO ATENDIMENTO DAS PESSOAS COM HEMOFILIA NOS CENTROS DE TRATAMENTO BRASILEIROS

RM Camelo ^a, PP Inácio ^{b,t}, SRR Batista ^b, YRA Gea ^b, IA Marinho ^b, TH Anegawa ^c, ECP Araújo ^d, LEM Carvalho ^e, JMS Castro ^f, MM Curado ^g, CBF Dametto ^h, LI Ferreira Filho ⁱ, SS Figueiredo ^j, RF Fonseca ^k, PC Giacometto ^l, AAG Guimarães ^m, V Moraes ⁿ, DCF Neves ^o, TCP Pinheiro ^p, ISS Pinto ^q, SR Rigo ^r, A Sambo ^s, MDRF Roberti ^b

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Goiás (UFG), Goiânia, GO, Brasil

^c Hemocentro do Paraná, Londrina, PR, Brasil

^d Hemocentro do Sergipe, Aracaju, SE, Brasil

^e Hemocentro do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

^f Hemocentro do Alagoas, Maceió, AL, Brasil

^g Hemocentro do Tocantins, Palmas, TO, Brasil

^h Hemocentro do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

ⁱ Hemocentro do Piauí, Teresina, PI, Brasil

^j Hemocentro da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil

^k Hemocentro de Goiás, Goiânia, GO, Brasil

^l Hemocentro do Paraná, Maringá, PR, Brasil

^m Hemocentro de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, Brasil

ⁿ Hemocentro de Roraima, Boa Vista, RR, Brasil

^o Fundação Hemeron, Porto Velho, RO, Brasil

^p Hemocentro do Acre, Rio Branco, AC, Brasil

^q Hemocentro do Pará, Belém, PA, Brasil

^r Hemocentro Regional de Cascavel (HEMEPAR), Cascavel, PR, Brasil

^s Hemocentro Unicamp, Campinas, SP, Brasil

^t Hemolabor, Goiânia, GO, Brasil

Objetivos: As hemofilias são coagulopatias hereditárias que cursam com sangramentos espontâneos. O Ministério da Saúde (MS) estabelece diretrizes, protocolos de atendimento e provê gratuitamente o tratamento com Fatores de Coagulação