

HCT, and 14 are alive. In a Multivariate Analysis (MVA), MUD-HCT (HR = 2.35, $p = 0.078$) and HID-HCT (HR = 4.30, $p = 0.0012$) were associated with a higher incidence of GF (Table 2). MRD-HCT had a lower incidence of grade II–IV acute graft versus host disease (aGvHD) compared with MUD and HID (12.4% vs. 30.3% vs. 16.9%, $p = 0.00175$) and lower incidence of chronic GvHD (cGvHD) (8.7% vs. 26.9% vs. 27.2%, $p \leq 0.001$). The estimated non adjusted 5-year Overall Survival (OS) for the MRD, MUD, and HID groups were 86%, 72% and 79% ($p = 0.02$), respectively; event-free survival (event: rejection or death) rates were 85%, 68% and 56%, respectively ($p < 0.001$) (Figs. 1 and 2). In MVA, OS was increased for transplantations after 2018 (HR = 0.38, $p = 0.002$) (Fig. 3). MUD-HCT (HR = 3.13, $p \leq 0.001$) and HID-HCT (HR = 2.97, $p = 0.0039$) were associated with decreased OS in comparison to MRD-HCT. The 100-day CI of CMV reactivation and hemorrhagic cystitis were 56% and 8% respectively, with no significant differences between groups. 64 pts died at a median of 102 days (range 2–2328), and the main causes of death were GF, $n = 20$; sepsis, $n = 11$; GvHD, $n = 9$. **Discussion:** This retrospective analysis showcases some significant differences between donor groups, including the fact that MRD pts are transplanted earlier and are subjected to a lower risk of GF, acute and chronic GVHD, which translates into better survival. HID-HCT showed improved survival in recent years, becoming a more viable transplant option, specially in comparison to MUD-HCT. Improved OS in HID-HCT comes at the expense of higher rates of graft rejection and higher rates of aGvHD remain an issue after MUD-HCT. **Conclusion:** These real-world data from a large cohort of SAA pts demonstrate that HCT remains an effective curative treatment with significant improvement in survival in the last 5 years across different donor groups.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1008>

PERFIL DA MOBILIZAÇÃO E COLETA DE CÉLULAS CD34+ EM PACIENTES PARA TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM UM INSTITUTO FEDERAL

MPN Abrahão, EAE Silva, ETS Leite, AS Costa

Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução e objetivos: A coleta das células CD34+ para transplante autólogo é possível através da administração de agentes mobilizantes como o Fator Estimulador de Colônias de Granulócitos (G-CSF) associado ou não ao Plerixafor, a depender da quantidade de células CD34+ em Sangue Periférico (SP). Em casos selecionados, há ainda a possibilidade da utilização de quimioterápicos. Este trabalho tem por objetivo analisar o perfil da mobilização e coleta de Células Progenitoras Hematopoiéticas do Sangue Periférico (CPHSP) para Transplante de Medula Óssea (TMO) autólogo. **Materiais e métodos:** foram analisados os registros das coletas de CPHSP por aférese em máquina de fluxo contínuo dos transplantes autólogos no período de janeiro de 2021 a maio de 2023, utilizando estatística descritiva para análise dos dados. Foram consideradas adequadas as coletas que alcançaram o mínimo

de $2,0 \times 10^6$ células CD34+/kg no produto final. Adotou-se o critério de ≥ 10 células/mm³ em SP para início de coleta. **Resultados:** foram realizadas 102 coletas em 97 pacientes entre D4 e D5 de mobilização, sendo 55,6% do sexo masculino e 44,3% do sexo feminino. A maioria dos pacientes encontrava-se na faixa etária de 40–59 anos (34%), seguido de 18–39 anos (30,9%), ≥ 60 anos (25,7%) e < 18 anos (9,2%). As patologias mais prevalentes foram Mieloma Múltiplo (39,2%) e Linfoma de Hodgkin (28,4%). Das 102 coletas, 59% utilizaram G-CSF e 41% G-CSF + Plerixafor. Com relação às doenças mais frequentes, 41,3% dos Linfomas de Hodgkin e 65% dos Mielomas Múltiplos utilizaram apenas G-CSF. Dentre todas as coletas, daquelas que utilizaram apenas G-CSF, 46 (45%) alcançaram o número de células desejadas de CD34+/kg em uma única coleta, 7 (6,9%) necessitaram realizar uma segunda coleta e 2 (2%) uma terceira. No entanto, 5 (4,9%) coletas não alcançaram o alvo no produto final, sendo 1 suspensa por ser uma coleta complementar (segunda mobilização do paciente) e 1 pelo COVID-19. No grupo que utilizou G-CSF + Plerixafor, 26 (25,5%) atingiram o alvo na primeira coleta e 6 (5,9%) numa segunda. Não alcançaram o alvo na primeira coleta 5 (4,9%), tampouco na segunda coleta (4,9%). Das 15 coletas que não atingiram o estabelecido para o produto final, 6 apresentaram valores próximos ao alvo, viabilizando o transplante. **Discussão:** A maioria dos pacientes eram jovens (40–59 anos) e, dentre as doenças, o mieloma múltiplo foi a entidade mais frequente. Apesar de 85,3% das coletas do estudo alcançarem o número de células desejadas no produto final coletado, 95,8% (93) dos pacientes conseguiram realizar o TMO. O grupo que utilizou apenas G-CSF teve êxito em 53,9% quando comparado àquele que associou G-CSF e Plerixafor (31,4%). Isso pode corroborar a dificuldade deste último grupo em alcançar o mínimo de células periféricas para dar início à coleta, sendo considerados pacientes “maus”respondedores. **Conclusão:** Observamos um número considerável de coletas (41%) onde se fez necessário o uso de um segundo agente mobilizante e, ainda assim, apresentando falha de mobilização em 23,8% destas. Os dados ora apresentados merecem melhor entendimento quanto à interação da patologia de base, os tratamentos prévios e os mecanismos dos agentes mobilizantes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1009>

DOENÇA RESIDUAL MENSURÁVEL DE LLA-B PÓS CAR-T

MP Beltrame^a, F Fava^a, CO Pereira^a,
JVB Siqueira^a, JH Farias^a, GDR Lopes^a,
BL Bernardino^a, ALM Rodrigues^b,
ACR Wasem^b, AA Zanette^b

^a Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil

^b Hospital Erastinho, Curitiba, PR, Brasil

Introdução: O monitoramento da Doença Residual Mensurável (DRM) tornou-se prática clínica de rotina no tratamento das Leucemias Linfoblásticas Agudas (LLA). A avaliação da DRM tem demonstrado fator prognóstico, que permite a atribuição de grupos de risco nos diferentes braços de tratamento, variando desde redução significativa do tratamento a intensificação.

Além do uso em pacientes com LLA recaída e pacientes submetidos à transplante de células-tronco, e mais recentemente nos casos de tratamento com células CAR-T. A imunofenotipagem por Citometria de Fluxo Multiparamétrica (CFM) tornou-se uma ferramenta importante no monitoramento na pesquisa da DRM (Doença Residual Mensurável), no monitoramento das células imunes infundidas (CAR) e na avaliação da resposta imunológica pós CAR-T. **Relato de dois casos:** Paciente 1, masculino, 16 anos. Diagnóstico em 2017 de LLA B. Transplante de medula em 09/2021. Apresentou recaída combinada (medula e sistema nervoso central) pós TMO haploidêntico em 10/2022. DRM pré infusão era de 0,38%. Terapia CAR-T em 17/01/2023. Condicionamento: Fludarabina (FLU) 120 mg/m² e Ciclofosfamida (CY) 1.000 m². Intercorrências durante o internamento: febre diariamente de 20/01 a 24/01 e Hipotensão (83/35), resolvida com uma fase rápida. Grau I na classificação de CRS (síndrome de liberação de citocinas). Não apresentou sinais de neurotoxicidade. Alta no D +10. Necessitou de duas transfusões de plaquetas e uma infusão de imunoglobulina. DRM 30 dias pós CART – negativa. Segue em acompanhamento ambulatorial com DRM negativa. Paciente 2. LLA-B BCR:ABL positivo. Em 2018 troca Imatinibe por Desatinibe devido toxicidade hematológica. E no mesmo ano recaída em SNC e MO. TMO Haploidêntico em 01/2019. Recaída em SNC em 2022. Tratamento com MADIT e radioterapia (24 Gy em 12 frações). DRM pré infusão era negativa. Realizou terapia CAR-T em 02/2023. Condicionamento: Flu 120 mg/m² e Cy 1.000 m². Não teve intercorrências durante o internamento (10 dias). Transfusões: zero. Não apresentou sinais de CRS e neurotoxicidade. Citometria de Fluxo: Foi realizada a técnica de lise total e painel de anticorpos monoclonais padrão Euroflow. Citômetro de Fluxo FACS Canto II (BD). Os anticorpos monoclonais utilizados: Painel de anticorpos monoclonais utilizado: CD3, CD10, CD19, CD20, CD22, CD24, CD34, CD38, CD45, CD66c/CD123, CD73/CD304, CD81, CD79a (citoplasma). As DRMs foram negativas nas amostras analisadas nos dias D+30 e D+60 e D+90. **Conclusão:** O acompanhamento clínico ao diagnóstico e durante a avaliação contínua nas diferentes fases da doença são fundamentais para o êxito no desfecho. A Citometria de Fluxo Multiparamétrica (CFM) é uma ferramenta importante não só no diagnóstico da LLA mas também na avaliação da DRM, através de técnicas e painéis padronizados e o acompanhamento da DRM tem demonstrado a eficácia do tratamento.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1010>

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE À CARDIOTOXICIDADE OCASIONADA PELO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

DR Leal, J Simon, IK Costa, EV Pinto, KK Lima,
OUM Pereira, TS Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre,
RS, Brasil

Introdução: A cardiotoxicidade pode ser um evento adverso preocupante no contexto da assistência do paciente submetido ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas

(TCTH). O efeito cumulativo ocasionado pelo tratamento quimioterápico prévio com antraciclinas e agentes alquilantes em altas doses e outras drogas que podem causar danos aos cardiomiócitos ou ao sistema de condução elétrica. As cardiotoxicidades apresentadas pelos pacientes incluem: pericardite, miocardite, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC), angina, infarto do miocárdio, choque cardiogênico e até mesmo parada cardiorespiratória. **Objetivo:** Descrever os cuidados de enfermagem, diante do uso em pacientes submetidos ao TCTH. **Método:** Revisão bibliográfica a partir de publicações nacionais e internacionais. Foram identificados 20 artigos dos últimos 8 anos, disponíveis na íntegra, indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): SCIELO, com os seguintes descritores: “Cardiotoxicidade”; “Oncologia”; “Quimioterápicos”; “Transplante de células-tronco hematopoéticas”. **Discussão:** De acordo com estudos, constata-se o elevado risco de cardiotoxicidade em pacientes tratados com antraciclinas, diante de um diagnóstico prévio de cardiopatia. Foram constatados 220 genes envolvidos em absorção, distribuição, metabolismo e eliminação de antraciclina, identificando em crianças o polimorfismo de nucleotídeo único no gene SLC28A3 como possível biomarcador preditivo de ICC induzida por antraciclinas. A avaliação dos riscos cardíacos antes do TCTH, bem como a monitoração contínua dos exames de função cardíaca durante o condicionamento e pós-TCTH, são estratégias encontradas na literatura para reduzir o impacto de complicações cardíacas causadas durante o tratamento. A avaliação pré-TCTH inclui exames como eletrocardiograma, ecocardiograma, tomografia torácica, teste de caminhada, espirometria e exames laboratoriais. Monitorização dos biomarcadores como troponina e Peptídeo Natriurético tipo-B (BNP) durante o tratamento pode detectar precocemente pacientes com alto risco de desenvolver uma insuficiência cardíaca. O enfermeiro onco-hematológico deve ter conhecimento necessário para monitorar este paciente por meio do exame físico diário, acompanhamento dos exames clínicos e laboratoriais, avaliando de forma global durante todo o processo do TCTH. Deve elaborar e revisar diariamente o plano de cuidado e orientar a equipe de enfermagem sob sua supervisão. **Conclusão:** O estudo enfatiza a importância da atuação do enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar do TCTH, cabendo a esse profissional implementar os cuidados de enfermagem frente às possíveis alterações cardiológicas na prática assistencial.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.1011>

LEUCEMIA DERIVADA DE CÉLULAS DO DOADOR APÓS TRANSPLANTE ALOGÊNICO APARENTADO: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

MC Gomes, PSF Junior, JSL Andrade,
DEG Camargo, LMAD Santos, VAQ Mauad,
DMM Borducchi

Centro Universitário Faculdade de Medicina do ABC
(FMABC), Santo André, SP, Brasil