495

TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIETICAS EM LINFOMA DE HODGKIN QUIMIORESISTENTE APÓS USO DE BRENTUXIMAB E/OU INIBIDORES DE PD1: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO BRASILEIRO

D.A.G. Eguez, A.L. Stollenwerk, A.P. Graça, P.H.A. Moraes, K.Z. Cecyn, M.J.F.S. Junior, R.F.M. Nunes, K.P. Melillo, R.M.A. Passos, L.L.M. Perobelli

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini - Hospital Brigadeiro, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de Hodgkin clássico(LHc) recidivado/refratário(rr), quimioresistente é um desafio na prática clínica; uma opção terapêutica são as novas drogas como anti-CD30 e os inibidores de PD1, na tentativa de obtenção de melhor resposta pré transplante. O transplante alogênico de CTH(células tronco hematopoieticas) permanece como única opção terapêutica curativa. Entretanto a indicação do transplante alogênico é limitada por sua complexidade e alta toxicidade. Neste cenário, a escolha pela continuidade da terapia imunológica, ou mesmo a indicação do transplante autólogo são pontos controversos. **Objetivo:** Descrever 4 casos de LHc rr, quimioresistentes, com resposta parcial ou completa após uso de anti-CD30 e/ou anti-PD1, e que posteriormente foram submetidos ao TCTH autólogo. **Material e métodos: Caso 1:** BSG, 26 anos, feminino, negra, solteira, LHc IIBX, iniciou ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vimblastina e Dacarbazina), sem resposta, com uso de várias linhas de tratamento: DHAP (Cisplatina, Citarabina e Dexametazona), IGEV (Ifosfamida, Gemcitabina, Vinorelbina, Prednisolona), ICE (Ifosfamida, Etoposídeo, Carboplatina), GMOX(Gemcitabina e Oxaliplatina), Brentuximab Vedotina(BV), Nivolumab. Em 2ª remissão completa (RC), indicado TCTH autólogo, condicionamento LEAM (Lomustina, Etoposídeo, Citarabina, Melfalano), mieloablativo, infusão de CTH (2,08 x 10^6 CD34/kg), enxertia leucocitária(EL) no D+11. Atualmente no D+178 pós TCTH, em RC. **Caso 2:** MPPA, 28 anos, feminino, branca, solteira, LHc IVBS, iniciou ABVD, sem resposta, fez GMOX, BV, Nivolumab, com RC. Submetida ao TCTH autólogo, condicionamento BUMEL (Busulfano, Melfalano), mieloablativo, infusão de CTH (2,77 x 10^6 CD34+/kg), EL no D+11. Atualmente no D+478, em RC. **Caso 3:** SGFS, 20 anos, feminino, branca, solteira, LHc II-B, iniciou AVD(Adriamicina, Vimblastina e Dacarbazina), sem resposta, fez DHAP, IGEV, BV, BV/GEMOX, BV/ESHAP (Etoposideo, Citarabina, Cisplatina), Nivolumab. Fez radioterapia em região cervical D, 30 cGy. Em RC, submetida ao TCTH autólogo, condicionamento LEAM, infusão de CTH (8,4 x 10^6 CD34/kg), EL no D+9. Atualmente no d+73 em RC. **Caso 4:** SWZN, 22 anos, feminino, branca, solteira, LHc IVBEX, iniciou ABVD, sem resposta, fez DHAP, IGEV, GMOX, GMOX/BV, com RC. Nova progressão, uso BV, com resposta parcial. Realizou TCTH autólogo, condicionamento BUMEL, mieoablativo, infusão de CTH (2,3 x 10^6 CD34/kg), EL no D+11. Realizou manutenção com BV, protocolo AETHERA, 13 ciclos até o momento, mantendo RC, no D+485 pós TCTH autólogo. **Discussão/Conclusão:** O objetivo do tratamento de pacientes com LHc rr é o controle da doença a longo prazo, com limitações de toxicidades e complicações. Atualmente a opção de tratamento com novas drogas (anti-CD30 e inibidores de PD1) mostram excelentes resultados, porém, a resposta não é durável. Nossa experiência mostrou uma evolução positiva pós TCTH autólogo, permanecendo 4 pacientes em RC (com variação de +73 à +485 dias). Acreditamos que estudos multicêntricos, randomizados, comparando as duas modalidades de TCTH poderão responder essa questão.

https://doi.org/10.1016/j.htct.2020.10.497

496

TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS EM UM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN E LINFOMA DE HODGKIN RECAÍDO

G. Campos, J.S.H. Farias, M.E.B. Abreu, A.B. Godoi, E.C. Munhoz

Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, PR, Brasil

Descrição do caso: paciente masculino, portador de síndrome de Down, recebeu aos 20 anos o diagnóstico de linfoma de Hodgkin clássico, esclerose nodular, EC IIIB, sendo tratado com ABVD. Apresentou recaída depois de 7 anos, com resposta completa após quimioterapia de resgate e radioterapia, porém com segunda recidiva 4 anos após, e atingindo nova resposta completa após 4 ciclos de Brentuximab vedotin (BV). Encaminhado para transplante autólogo de células-tronco hematopoiéticas (TACTH) como terapia de consolidação. Apresentou falha primária de mobilização de células-tronco, com sucesso após resgate com Plerixafor e coleta de 7,8 x 10^6 células CD34+/kg. Foi submetido ao condicionamento LEAM (lomustina 200 mg/m^2 D-6, etoposídeo 200 mg/m^2 D-5 ao D-2, citarabina 200 mg/m^2 D-5 ao D-2 e melfalan 140 mg/m^2 D-1). Como toxicidade, apresentou mucosite grau 1, elevação de AST e ALT grau 1, neutropenia grau 4, anemia e plaquetopenia grau 3 e neutropenia febril grau 3. Houve pega neutrofílica no D+15 e plaquetária no D+16. Atualmente está em acompanhamento ambulatorial, sem sinais de recaída da doença. **Discussão**: Apesar do aumento da incidência de neoplasias em pacientes com síndrome de Down, a ocorrência de linfoma de Hodgkin é rara nesta população, e associa-se a mortalidade significativa (cerca de 50%), achado contrastante com a alta taxa de cura na população geral. Para pacientes com linfoma de Hodgkin recaído/refratário, preconiza-se a realização de quimioterapia de resgate seguida por consolidação com TACTH – assim, cerca de metade dos pacientes atinge respostas duráveis. O fator preditor mais relacionado a melhores resultados a longo prazo é a obtenção de remissão completa por PET/CT pré-transplante. Não há uma abordagem de resgate padrão-ouro, mas preferem-se regimes combinados - algumas opções são esquemas como ICE, DHAP, associação de BV com Nivolumab ou com Bendamustina. Brentuximab vedotin é um conjugado anticorpo-fármaco com ação anti-CD30, e seu uso em monoterapia foi avaliado predominantemente em pacientes recaídos após TACTH. Em um estudo pivotal de fase 2 envolvendo esta população, a taxa de resposta objetiva foi 75% com uma taxa de remissão com-