

Methods: Data and samples were obtained from June to September 2020. Laboratory evaluation included complete blood counts, PT, aPTT, fibrinogen, D-dimer, factor VIII activity, Von Willebrand Factor (VWF) (activity and antigen), C reactive protein (CRP) and P-selectin (ELISA). Patients were segregated by outcome, with clinical worsening defined as need for ICU, mechanical ventilation, pulmonary embolism, deep vein thrombosis or death. **Results and discussion:** In total 209 were enrolled in the study, of which 24 presented clinical deterioration (11.5%). In both groups there was more male patients. In the group of clinical worsening the mean age was 58.1 and improvement was 53.6 years old. Concerning smoking, 3.2% of patients that improved smoke. Regarding pulmonary infiltrate, it was verified in 50% in the group that worsening versus 41% in clinical improvement. No differences could be observed between patient subgroups regarding the presence of fever (63.2% vs. 62.5%), dry cough (75.1% vs. 87.5%) and dyspnea (65.9% vs. 54.2%) at admission. As main comorbidities, the groups presented chronic obstructive pulmonary disease (2.2% vs 8.3%), asthma (3.2% vs 4.2%), chronic heart failure (1.1% vs 8.3%), arterial hypertension (46% vs 41.7%) and diabetes (28.1% vs 33.3%) in comparing improved with clinical deterioration patients. In general, it was verified a significant decrease in platelet number ($p = 0.0426$), and an increase in the parameters of aPTT ($p = 0.0084$), CRP ($p = 0.0450$), vWF antigen ($p = 0.0022$) and ristocetin cofactor ($p = 0.0032$). **Conclusion:** Our results demonstrate that hemostasis activation is associated with clinical deterioration even at the early phases of Covid-19. The Ethics Research Committee of the University of Campinas approved all of the experimental procedures, and all individuals signed the informed consent form.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.412>

PÚPURA TROMBOCITOPÊNICA TROMBÓTICA (PTT) RECIDIVADA/REFRATÁRIA: EXPERIÊNCIA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO EM VITÓRIA – ES

VHR Carvalho, GS Sonsim, SS Marcondes, PADSBA Matos, MP Araujo, MDD Santos, VB Filho, JPA Frechiani, ALRAC Sipolatti

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil

Introdução: A PTT, doença rara que atinge 3/milhão/ano em adultos, é considerada emergência médica com mortalidade de 95% se não tratada. Trata-se de microangiopatia trombótica, causada por deficiência da enzima ADAMTS 13 e caracterizada por oclusão microvascular generalizada por trombos de plaquetas, levando à plaquetopenia. Os critérios para diagnóstico incluem: Anemia hemolítica microangiopática (esquízócitos em sangue periférico), plaquetopenia (< 100 mil), sinais de isquemia em órgãos alvo (alterações neurológicas e renais) e dosagem de ADAMTS 13 $< 10\%$. Seu tratamento de escolha é a plasmáfereze e deve ser instituído precocemente. Caso não haja disponibilidade, o plasma fresco congelado (PFC) deve ser iniciado como opção, até se obter início da

plasmáfereze, além disso, o uso de corticoide é necessário devido predomínio do caráter autoimune da doença. **Objetivo:** Relatar dois casos clínicos de PTT refratária enfatizando aspectos clínicos e tratamento. **Caso 1:** 40 anos, masculino, hipertenso, apresentando quadro de cefaleia, vertigem e plaquetopenia. Suspeitado de PTT no serviço de origem sendo tratado com metiprednisolona e PFC com melhora (plaquetas: 150.000). Dosagem de ADAMTS 13: 5% e Anticorpo anti ADAMTS 13 negativo. Na transferência para este serviço apresentou convulsão, pneumonia broncoaspirativa e lesão renal aguda. PLASMIC score 5 (prejudicado devido uso de PFC). Apresentou novamente piora de provas de hemólise e plaquetopenia (7 mil), sendo iniciado plasmáfereze (6 sessões) com resposta completa e alta médica. Após 90 dias, paciente percebeu icterícia e realizou hemograma por conta própria, sendo readmitido com 19.000 plaquetas, Hb:11 e DHL 462. Reiniciada, então, plasmáfereze (5 sessões) associada ao rituximabe 100 mg/semanal, atingindo remissão e alta com 164.000 plaquetas. **Caso 2:** 49 anos, feminino, DM tipo 2, apresentou inicialmente sangramento muco-cutâneo (tronco e membros) e recebeu diagnóstico inicial de PTI em serviço ambulatorial, com realização de corticóide por 6 meses, sem melhora. À admissão estava assintomática com Hb 9,0 g/dL, plaquetas 9 mil, leucócitos normais, 3 esquízócitos/campo em sangue periférico, DHL:1850, sorologias, função tireoidiana e triagem reumatológica negativas e PLASMIC score: 6. Diante disso, solicitado ADAMTS 13 e iniciado imunoglobulina 0,4 mg/kg/4 dias, associada PFC por 19 dias sem resposta. Após resultado de ADAMTS 13: 0% iniciado plasmáfereze (10 sessões), sem resposta. Associado, então, Rituximabe 375 mg/m²/semanal, no total de 4 infusões, recebendo alta com 177 mil plaquetas. Uma semana após, apresentou plaquetometria de 66 mil com reinício de plasmáfereze (7 sessões) associada à ciclofosfamida 750 mg/m²/mês. Diante dessas medidas, evoluiu com reposta satisfatória (191 mil plaquetas) e alta hospitalar. **Considerações finais:** Sabe-se que 10 % dos casos são refratários e cerca de 34% apresentam recidiva (era pré rituximabe). Nos pacientes refratários as opções de tratamento são: Rituximabe e outros imunossuppressores, como por exemplo: ciclofosfamida, vincristina e ciclosporina. Recentemente, a aprovação do caplacizumabe, também se constitui como opção terapêutica. Apresentamos 2 casos ilustrando estas complicações cujo manejo terapêutico é desafiador considerando as dificuldades de dosagens de ADAMTS 13 e disponibilidades terapêuticas pelo SUS.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.413>

SAFETY AND EFFECTIVENESS OF ANTICOAGULATION BASED ON AN INSTITUTIONAL RECOMMENDATION ON THE MANAGEMENT OF CANCER ASSOCIATED VENOUS THROMBOSIS

C Rothschild, AAGS Brandão, A Duran, AE Zerati, LA Hajjar, GF Saes, CS Bittar, IBSS Costa, SMR Fonseca, MHHDS Rehder, LBO Alves, MDPE Diz, J Pereira, V Rocha



Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP),
Hospital das Clínicas, Faculdade de Medicina,
Universidade de São Paulo (HCFMUSP), São Paulo,
SP, Brazil

Background: Cancer associated venous thrombosis (CAT) can affect 20% of oncologic patients. Its management is challenging due to coexistent risk of bleeding and thrombosis (VTE) recurrence, that are 6 and approximately 4 fold higher compared to non-cancer patients, respectively. Anticoagulant choice needs to be careful and can be guided by a recommendation to avoid those complications. **Aim:** To evaluate effectiveness and safety of anticoagulation according to a public cancer institution recommendation on CAT management. **Methods:** This is a retrospective cohort study carried out from October 2018 to January 2020. The recommendation on CAT management included defined criteria to select the proper anticoagulant for each patient, to make adjustments and to handle anticoagulation in challenging situations, like thrombocytopenia, in the perioperative period and facing bleeding and thrombosis recurrence. A 3-month ambulatory was scheduled to evaluate eligibility of outpatients on enoxaparin to switch to rivaroxaban (new at the institution), based on criteria defined by the recommendation. All consecutive adult oncologic outpatients on therapeutic enoxaparin in the institution were considered eligible for the ambulatory. Retrospective data on cancer, comorbidities, bleeding, VTE recurrence and death during 1 year since the first visit were captured from an electronic recording. Cumulative incidence of bleeding and VTE recurrence were calculated by Kaplan-Meier method and log-rank test. **Results:** 326 patients were referred to the ambulatory and 268 were included in the analyses, with a median age of 63 years (IQR 53-71). Sixty-one percent were female and 86% had solid tumours (53% metastatic). The main sites were the gastrointestinal tract (27%), breast (12%) and lungs (10%). Forty-six percent of the patients switched to rivaroxaban and 6% were able to stop anticoagulation. From the 85 patients who remained on enoxaparin, 51.7% had some dosing adjustment (to 1.5 mg/kg/day or to prophylactic dose). The main reason for not switching to rivaroxaban was drug-drug interaction (27%). One-year cumulative incidence of VTE recurrence was 11.2% (95% CI 7.7-16.2) and of overall bleeding was 13.4% (95% CI 9.4-18.7). Major bleeding occurred in 8 out of 268 patients (2.9%). Death rate was 32%, with no one due to bleeding. No significant difference in outcomes was observed between patients who had switched or not. **Discussion:** Severity of cancer status was considered relevant for the high rate of deaths. Cumulative incidence of bleeding as well as thrombosis recurrence were similar to the described in the literature, although many clinical trials on direct oral anticoagulants in cancer patients had a shorter period of follow-up. **Conclusions:** Recommendation-based decision on anticoagulant choice and management showed similar effectiveness and safety independently of the chosen anticoagulant. No relevant hazards due to anticoagulation were observed during the follow-up period.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.414>

TROMBO ATRIAL DIREITO ASSOCIADO AO CATETER EM PACIENTE COM LINFOMA DE HODGKIN

FP Mesquita, MG Dutra, A Atalla, AEH Neto,
RO Andrade

Hospital Monte Sinai, Juiz de Fora, MG, Brasil

Sexo feminino, 25 anos, Linfoma de Hodgkin Esclerose Nodular (IVBX) bulky mediastinal, refratário a 6 ciclos de AVD, recaída precoce após 3 ciclos de ICE, resposta parcial após 4 ciclos de Brentuximab. Em Março/2021, diagnosticada com Covid-19, RT-PCR persistentemente positivo, sendo suspenso Brentuximab. TC de Tórax de 26/04/2021, devido a piora da dispneia, com sinais de TEP acometendo as porções distais das artérias pulmonares bilaterais; massa mediastinal com 13,6 x 9,7 cm, atividade glicolítica ao PET-CT (Deauville 4). Internou na Unidade de TMO do Hospital Monte Sinai para realização de TMO Autólogo. Coleta de células tronco periféricas em 01/05/2021. Realizado ecocardiograma prévio ao condicionamento em 07/05/2021: 2 imagens hiperecogênicas intra-atriais à direita (maior com 2,7 x 1,8 cm), sugestivas de trombos intracavitários, confirmados pelo ECO-TE, associados a cateter totalmente implantável fundidos à parede atrial. Função ventricular esquerda preservada e aumento de ventrículo direito. Pela gravidade do quadro e impossibilidade cirúrgica, indicado anticoagulação plena com Heparina Não-Fracionada em BIC e condicionamento iniciado em 11/05/2021 com esquema: Lomustina, Etoposide, Ciclofosfamida, Mesna. Infusão de CTP em 16/05/2021. Período de neutropenia sem maiores intercorrências, com pega medular em 26/05/2021 e alta hospitalar em seguida. Em 11/06/2021, intercorreu com febre e bacteremia, internada para tratamento de infecção associada a cateter de curta permanência (implantado para infusão de CTP) por *S. hominis* sensível à oxacilina. No dia 24/06/2021, apresentou piora clínica importante da dispneia e anasarca. ECO-TE: PSAP em 90 mmHg, aumento da disfunção de VD. Nova Angio-TC de tórax sem trombos novos. Iniciado Milrinone na Unidade Coronariana e discutido cirurgia de urgência, sendo novamente contra-indicados pelas equipes assistentes. Em 27/06/2021 paciente evolui com choque obstrutivo, evoluindo a óbito em 30/06/2021. **Discussão:** Cate-teres totalmente implantáveis podem ser em pacientes com Linfoma de Hodgkin, pois têm menos infecção em comparação com outros cateteres. As complicações associadas aos cateteres são incomuns e incluem infecções e trombozes, porém a trombose atrial direita ainda é rara e potencialmente fatal. A formação desses trombos é assintomática e altamente associado a posição da ponta do cateter no átrio direito. A incidência é incerta, variando entre 3-23%. A mortalidade geral é de 27,1% e parece estar relacionada a sua associação com TEP grave e ao tipo de tratamento instituído. A presença do trombo cardíaco é um marcador prognóstico. O manejo ainda é controverso. As opções terapêuticas incluem anticoagulação com heparina, embolectomia cirúrgica ou trombólise. Sendo este último com taxa de mortalidade de 11,3% em comparação a 28,6% com anticoagulação e 23,8% com embolectomia. No caso relatado, foi contra-indicado o tratamento com trombolítico, pelo tempo da evidência do trombo em exame de imagem (mais de 14 dias), e o procedimento

