

participants were males or females aged 18-55 years with no clinically significant medical or physical conditions. Participants were randomized to 1 of 5 cohorts ($n = 8$ per cohort [6 nipocalimab, 2 placebo]) to receive nipocalimab 30 mg/kg IV infused over 60, 30, 15 or 7.5 min (0.5, 1, 2, or 4 mg/kg/min), nipocalimab 60 mg/kg IV infused over 15 min (4 mg/kg/min) or matching placebo. Escalation to the next dose level was permitted following review by a safety monitoring committee. Safety was assessed by the frequency and nature of treatment-emergent adverse events (TEAEs). **Results:** A total of 40 participants (70% female, 93% white) received study drug and were included in the safety analysis; 39 completed the study. A total of 12 participants (40%) experienced TEAEs across all nipocalimab dosing cohorts and 1 (10%) participant experienced TEAEs following administration of placebo. The most frequently reported TEAE was headache, reported by 6 participants with nipocalimab and 1 participant with placebo. Nausea was reported by 3 participants receiving nipocalimab. Grade 2 injection site reactions were reported by 2 participants but were considered unrelated to the investigational agent. None of the TEAEs were severe, and no participants discontinued treatment due to TEAEs; there were no serious adverse events or deaths. Only 4 participants experienced AEs that occurred within 24 hours after the infusion that were considered related to the study drug. Lower rates of nipocalimab infusion were associated with fewer TEAEs, while participants receiving 4 mg/kg/min (as either 30 mg/kg infused over 7.5 min or 60 mg/kg infused over 15 min) reported more TEAEs. **Discussion:** Single doses of nipocalimab, when administered at doses up to 60 mg/kg and infusion rates up to 4 mg/kg/min were safe and well-tolerated in healthy adults. **Conclusion:** The frequency of reported TEAEs was lower in participants receiving IV nipocalimab at rates of 1 or 2 mg/kg/min, providing a target infusion rate for current and future studies. **Conflicts of interest:** JHL, AV, LEL are employees of Janssen Research & Development, LLC, and AMBP is an employee of Janssen Latin America, which are a wholly owned subsidiaries of Johnson & Johnson, and may own stock or stock options in Johnson & Johnson.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.023>

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE PRECEDENDO ENDOCARDITE POR STREPTOCOCCUS GALLOLYTICUS ASSOCIADA À PROVÁVEL NEOPLASIA COLORRETAL

ACP Silva, G Augusto, AL Machado, P Vicari,
KS Marques, VLP Figueiredo

Serviço de Hematologia, Hospital do Servidor
Público do Estado de São Paulo (HSPE), Instituto de
Assistência Médica ao Servidor Público Estadual
(IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil

Objetivos: Apresentar caso clínico de paciente com anemia hemolítica autoimune (AHAI) precedendo endocardite por *Streptococcus gallolyticus* (antigo *Streptococcus bovis*), em provável associação à neoplasia colorretal. Trata-se de condição incomum, raramente relatada em literatura médica, destacando-se assim sua relevância científica. **Material e métodos:**

Trabalho descritivo retrospectivo de caso clínico realizado através da coleta de dados registrados em sistema operacional do IAMSPE e revisão de literatura. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 80 anos, com diagnóstico de AHAI por anticorpos quentes, tratada a princípio com prednisona 1 mg/kg/dia que apresentou recaída após redução da dose. Recebeu após 4 meses do diagnóstico Rituximabe 375 mg/m² por 4 semanas, não obtendo resposta adequada. Atendida no Pronto Socorro do HSPE, com piora de queixas constitucionais e visto em exames anemia macrocítica, com hemoglobina (Hb) de 5,2 g/dL, provas de hemólise positivas, pesquisa de anticorpos extraíveis do núcleo negativa, cinética do ferro, vitamina B12 e ácido fólico normais, sorologias para HBV, HCV, HIV e sífilis negativas e estudo medular sem alterações relevantes. Realizado corticoterapia e Azatioprina por 5 semanas, sem melhora nos níveis de Hb. Durante internação paciente apresentou febre, com identificação de *S. Gallolyticus* em hemoculturas e vista insuficiência valvar mitral em ecocardiograma transtorácico que não existia em exame prévio. Foi instituído tratamento com antibióticoterapia para endocardite, sem melhora hematimétrica. Feito imunoglobulina humana, 40 mg/kg/dia por 5 dias, no entanto sem sucesso. Devido às condições clínicas da paciente não foi possível prosseguir investigação com colonoscopia em busca de neoplasia colorretal e a paciente evoluiu a óbito. **Discussão:** A AHAI é definida como o aumento da destruição das células vermelhas por mecanismos autoimunes, usualmente mediada por autoanticorpos contra antígenos de superfície dos eritrócitos. É relativamente rara e pode ser primária/idiopática ou secundária à infecções, doenças autoimunes, malignidades, principalmente desordens linfoproliferativas, e drogas. Há associação da AHAI com infecções virais, bacterianas e parasitárias, como HCV, HIV, CMV, pneumococo e leishmaniose. Não há, entretanto, em literatura casos descritos de associação entre infecção pelo *S. gallolyticus* e AHAI. A relação entre sua infecção e o câncer colorretal já é bem estabelecida. A presença de endocardite por *S. gallolyticus* incrementa a possibilidade de carcinoma colorretal. No presente caso a paciente apresentava AHAI, infecção pelo *S. gallolyticus* e endocardite. Analisando a refratariedade do caso ao tratamento instituído e sabendo da alta incidência de neoplasia colorretal em associação com endocardite e infecção pelo *S. gallolyticus* é possível que o caso descrito se tratasse de AHAI secundária à neoplasia colorretal e endocardite por *S. gallolyticus*. **Conclusão:** O presente relato de caso reitera a vasta apresentação clínica com diferentes causas de AHAI e a necessidade de se entender a fisiopatologia e os mecanismos envolvidos em cada apresentação, bem como sua associação com quadros infecciosos e neoplásicos. O conhecimento dos mecanismos mediadores dessas condições pode determinar tratamento e abordagens específicas com melhores respostas clínicas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2022.09.024>

DOENÇA POR CRIOAGLUTININAS COM RESPOSTA INICIAL A CORTICOTERAPIA E IMUNOGLOBULINA: RELATO DE CASO

MS Urazaki^a, FR Dalarmi^b, R Saad^{a,b},
ACB Lauretto^{a,b}, MIG Silva^a, SM Martins^a,
MFL Castro^a, AF Pedrão^a, AKH Teixeira^a