

gestacional, numa incidência aproximada de 1 para 100.000 gestações. Quando a gravidez é complicada com o diagnóstico de LA, surge o dilema entre arriscar a sobrevida materna, adiando a quimioterapia e o potencial dano fetal ao ser exposto a drogas anti-neoplásicas.

Objetivo: Relatar caso de paciente diagnosticada com Leucemia Mieloide Aguda durante a gestação. **Relato do caso:** V.P. J, 39 anos, G3P2A0, diagnosticada com LMA em 25/10/22, na 25^a. semana de gestação. Apresentava medula óssea com 93,6% de blastos exibindo CD33 ++, CD13 parcial, CD117 parcial, MPO parcial, CD34 negativo, HLA-DR negativo e cariótipo normal (46, XX). Recebeu indução padrão para LMA com daunorubicina 60 mg/m²/dia por 3 dias e citarabina 100 mg/m²/dia por 7 dias, alcançando Doença Residual Mensurável (DRM) negativa por citometria de fluxo. Submetida a 1^a. consolidação com citarabina na dose de 1,5 g/m² em 30/11/22. Em seguimento obstétrico, devido aos achados ultrassonográficos de oligo âmnio, restrição de crescimento intra-uterino e centralização hemodinâmica fetal, a paciente foi submetida a cesárea em 21/12/22, no D22 da consolidação, com 33 semanas de gestação. O recém-nascido, apresentava exame físico normal, porém alterações no hemograma (Hb = 10,9 g/dL, L = 3700, N = 110, p = 757.000). Apresentou quadro infeccioso sem foco aparente nos primeiros dias de vida, recebendo antibiótico e alta com recuperação hematológica em 15/01/23. Após o parto, a paciente seguiu o regime de consolidação com 3,0 g/m² de Citarabina por mais 3 ciclos, mantendo DRM negativa ao final da consolidação (06/04/23). O bebê está com 7 meses de vida e apresenta crescimento e desenvolvimento normais. **Discussão:** Há poucos dados na literatura abordando o tratamento e o desfecho das LAs na gestação. Alguns apontam para uma sobrevida semelhante à da população em geral tratada para LA, entretanto com uma incidência maior de aborto, natimorto e parto prematuro. Aparentemente, se a doença ocorre no 1^o. trimestre, é aconselhável a interrupção da gestação a fim de promover a possibilidade de tratamento adequado. Durante o 2^o. e o 3^o. trimestres, a quimioterapia pode ser empregada, junto ao monitoramento fetal, permitindo a remissão da leucemia e o parto de RNs sem malformações, sendo também possível adiar o início do tratamento para o pós-parto quando a leucemia é diagnosticada no 3^o. trimestre. No caso relatado, por encontrar-se ainda no 2^o trimestre, o início do tratamento não pôde ser postergado, sendo optado pela indução padrão, mas pela consolidação em menor dose, obtendo um desfecho positivo, com a obtenção de DRM negativa. O RN apresentou alterações hematológicas transitórias, descritas em literatura, porém segue um desenvolvimento normal para a idade. **Conclusão:** O diagnóstico de LMA durante a gestação representa um desafio em relação a conduta terapêutica. Contudo, o uso de quimioterapia é relativamente segura no segundo e terceiro trimestres, possibilitando um desfecho positivo tanto para a mãe, quanto para o bebê.

AValiação Inicial dos Benefícios da Implementação de um Novo Serviço de Transplante Autólogo de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) no Tratamento de Pacientes com Mieloma Múltiplo em Hospital Público Terciário

JWL Júnior^a, JVF Souza^b, FACB Júnior^b,
MO Ughini^c, FL Moreno^c, TB Soares^c

^a Liga Mossoroense de Estudos e Combate ao Câncer (LMECC), Mossoró, RN, Brasil

^b Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE), Mossoró, RN, Brasil

^c Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Porto Alegre, RS, Brasil

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é responsável por 10% das neoplasias hematológicas. O uso de apenas agentes alquilantes e corticosteróides foram por muito tempo as únicas opções para o seu tratamento. Nas últimas décadas, a terapia de altas doses, seguida de TCTH mostrou sobrevida livre de progressão (SLP) maior, sendo então instituída como terapia padrão após terapia inicial. O TCTH no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), em Porto Alegre/RS, começou a ser realizado em dezembro de 2021. Visto que o HNSC não possuía serviço de TCTH próprio, o estudo comparou os resultados dos pacientes que realizaram o TCTH em outros hospitais com os que o fizeram no HNSC, identificando o tempo de espera para realização do TCTH, tempo de enxertia, toxicidade inicial, complicações e resposta até cem dias pós-TCTH.

Métodos: O estudo foi uma coorte retrospectiva, com alocação dos pacientes portadores de mieloma múltiplo do HNSC que fizeram o TCTH no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), na Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre (SC) e no HNSC, em 2017, 2018, 2019 e 2022. Foram analisadas as características clínicas: idade, sexo, tipo de mieloma, status performance (ECOG), e os desfechos: tempo entre diagnóstico e realização do TCTH, tempo para a enxertia, complicações presentes no pós-TCTH (neutropenia febril, internamento em UTI, colite neutropênica e mucosite) e respostas obtidas no D +100 pós TCTH. Os dados foram codificados e analisados pelo software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20. **Resultados:** 26 pacientes foram incluídos na amostra. 7 (26,9%) realizaram o TCTH no HCPA, 10 (38,5%) na SC e 9 (34,4%) no HNSC. 16 (61,5%) eram do sexo masculino. A média de idade foi 57,5 anos. 9 (34,6%) expressavam IgA, 6 (23,1%) expressavam cadeias leves lambda ou kappa, 5 (19,2%) expressavam IgG, 5 (19,2%) expressavam proteínas mistas (cadeias leves lambda ou kappa + IgG ou IgA) e 1 (3,8%) era não secretor. 18 tinham ECOG de 0 a 2 e os 8 restantes ECOG 3. O desfecho principal, tempo de espera do diagnóstico até o tratamento, mostra que o tempo de espera dos pacientes que realizaram o TCTH no serviço próprio (HNSC) foi menor e estatisticamente significativo (p 0,47) do que aqueles que foram encaminhados para realização em outros serviços. O tempo de enxertia dos que fizeram o TCTH no HNSC teve uma

média de 10,3 dias, enquanto no HCPA foi de 14,7 dias e na SC foi de 13,5 dias. **Discussão e conclusão:** Os pacientes que realizaram TCTH no HNSC tiveram uma espera média de 10 meses, enquanto os outros tiveram uma espera média de 18 e 19 meses, respectivamente. Fato que mostra a importância de se ter um serviço de TCTH num hospital público terciário que é referência para o tratamento de doenças hematológicas na região, possibilitando um tratamento padrão-ouro, sem atrasos e com maior possibilidade de SLP. As complicações referidas no pós-TCTH imediato foram semelhantes entre os grupos, fato também esperado devido às particularidades inerentes ao regime de condicionamento utilizado. O estudo tem limitações, sendo a principal o tempo de acompanhamento dos pacientes incluídos, que só foi até cem dias após o transplante, não sendo possível avaliar o SLP desses pacientes a longo prazo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.781>

HOW PUBLIC POLICIES HAVE IMPROVED THE OVERALL SURVIVAL OF TRANSPLANT ELIGIBLE NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA PATIENTS IN THE CHILEAN PUBLIC HEALTH SYSTEM

E Galindo ^a, P Graffigna ^a, M Russo ^b,
X Valladares ^a, C Gajardo ^a, D Zambrano ^a,
V Lizama ^a, M Roa ^a, K Lopez ^a, G Espinoza ^a,
C Pena ^a

^a Hospital Del Salvador, Santiago, Chile

^b Universidad Diego Portales, Santiago, Chile

Background: In Chile, particularly in the public system, treatment of patients with transplant eligible newly diagnosed multiple myeloma (NDMM) has evolved, being divided into 4 treatment periods endorsed and financed by the Ministry of Health, since 2000. **Objectives:** Evaluate the overall survival (OS) of patients with transplant eligible NDMM in different periods of time, defined according to the strategy and treatment scheme. **Materials and methods:** Ambispective observational cohort study. A total of 213 $\leq$ 65 years patients from our institutional registry were analyzed. Since 2013 the registry is prospective. Four periods were defined: Period 1 (P1) from 2000 to 2007, in which there was only melphalan-prednisone as treatment; Period 2 (P2) from 2008 to 2013, in which thalidomide began to be used for some young patients, in addition to autologous stem cell transplantation (ASCT) in some cases; Period 3 (P3) from 2014 to 2018, in which the protocol to be used was cyclophosphamide - thalidomide - dexamethasone (CTD) and ASCT; Period 4 (P4) from 2019 to 2022, in which triplets based on bortezomib, ASCT and post-transplant maintenance with lenalidomide were used. The indications for ASCT in all periods were restrictive: Only for patients $\leq$ 60 years in very good partial response (VGPR) or better. Treatment in the different periods, early mortality (defined as death within the first 6 months of diagnosis), and OS of each group were analyzed. **Results:** There were 37 patients at P1, 56 at P2, 61 at P3,

and 59 at P4. At P1, 65% of patients were treated with a melphalan-prednisone regimen, 8% vincristine - doxorubicin - dexamethasone (VAD) regimen and 8% with a thalidomide-based regimen. No ASCT was performed, and early mortality rate was 24%. At P2, 71% were treated with a thalidomide-based regimen (13% CTD, 87% thalidomide - dexamethasone), 20% melphalan-based regimen, and 2% bortezomib-based regimen. 21% had ASCT performed and 9% received maintenance (thalidomide-based). Early mortality was 16%. At P3, 90% received a thalidomide-based regimen (82% CTD) and 10% bortezomib-based regimen. 33% underwent ASCT, 20% received maintenance (thalidomide-based) and early mortality was 16%. At P4, 97% were treated with bortezomib-based regimen. 36% were transplanted. Maintenance was administered to 75% of patients, 93% based on lenalidomide. Early mortality was 7%. With a median follow-up of 77.5 months, the median OS for the entire group was 55.1 months. The median OS of P3, P2 and P1 was 96, 35 and 25 months respectively ($p < 0.0001$). Due to the short observation time of P4, the mean OS cannot yet be determined. **Discussion:** OS has increased in each treatment period. Induction regimens have gone from being melphalan-based, then thalidomide-based, to finally being mostly bortezomib-based. Transplant and maintenance rates have increased over time. Early mortality has decreased, especially in the last period (P4). The median OS of P3 is 8 years, better than expected, as the induction and maintenance regimen was mainly thalidomide-based. P4 showed a trend of an even better OS. Longer follow up is needed. **Conclusion:** Public policies, through the progressive incorporation over time of new drugs (for example, proteasome inhibitors or immunomodulators) and combinations of these, associated with the reduction of gaps in access to ASCT, have improved the OS of transplant eligible NDMM patients. With these advances, it has been possible to democratize access to high-cost and first-line therapies in the Chilean public health system for these patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.782>

IMPACT OF THE CREATION OF A MULTIDISCIPLINARY GROUP FOR THE STUDY OF AMYLOIDOSES IN A DEVELOPING LATIN AMERICAN COUNTRY

E Galindo ^a, C Pena ^{b,c,d}, J Matalama ^{d,e,f,g},
J Alvarez ^h, R Valjalo ⁱ, C Jeraldo ^j, P Villegas ^j,
G Mendez ^k, J Larrondo ^l, M Gosch ^l, C Vargas ^m,
F Verdugo ^h

^a Geriatric Residency Program. Universidad de Chile (UCH). Santiago, Chile

^b Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, University of Chile, Santiago, Chile

^c Hematology Unit, Hospital del Salvador, Santiago, Chile