

foram solicitadas para as regiões sul e sudeste. Abaixo os dados das coletas em mediana (%) (variação %). **MO:** Linfócito 26 (17–45), Monócito 7 (4–20), Granulócito 66 (31–78), CD34+ 0,9 (0,3–2). **CTP:** Linfócito 38 (15–41), Monócito 10 (4–30), Granulócito 51 (13–81), CD34+ 0,7 (0,1–7). **DLI:** Linfócito 53 (13–78), Monócito 16 (8,22), Granulócito 25 (7–45), CD3+ 48 (29–58). **Conclusão:** Observamos um predomínio de coletas medula óssea, seguido por células tronco periféricas. As regiões com mais solicitações de coletas foram a sul e sudeste do país e quando internacionais o predomínio foi para os Estados Unidos seguido de alguns país da Europa. Não tivemos relatos de intercorrências com os produtos durante o transporte e também de falhas de enxertia dos receptores.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.939>

EXPERIÊNCIA DO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA NA IMPLEMENTAÇÃO DA TERAPIA COM CÉLULAS CAR-T

VRH Nunes, MC Mendonça, FS Ghaname, C Almeida-Neto, MC Braga, VC Molla, BA Souza, CFM Ferreira, EM Almeida, CAR Silva

Serviço de Hematologia e Hemoterapia DASA
Hospital Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A terapia com células CAR-T é uma das mais inovadoras e estudadas nos últimos tempos pela área da hematologia. Trata-se de uma imunoterapia em que os linfócitos T são modificados geneticamente, obtendo-se a presença do Receptor Quimérico de Antígeno (CAR), que reconhece as células tumorais promovendo sua destruição. O processo para terapia de células CAR-T contempla a coleta de linfócitos por aférese, manipulação genética dessas células em laboratório de terapia celular, quimioterapia linfodepletora (ciclofosfamida + fludarabina) e por fim, a infusão das células CAR-T. Após a infusão das células, é necessária intensa vigilância quanto ao aparecimento de reações adversas ao medicamento. Dentre essas reações, destacam-se: Síndrome de Liberação de Citocinas (SLC), caracterizada principalmente por febre, hipotensão arterial e hipóxia e a Síndrome de Neurotoxicidade Associada a Células Imunológicas Efetoras, que ocorre, principalmente, nas primeiras duas semanas após a infusão das células CAR-T. Em nosso hospital, foi iniciado o processo de coleta e infusão das células CAR-T em dezembro de 2022. Portanto, apresentaremos a experiência do nosso serviço com a implantação desta terapêutica. **Métodos e resultados:** Realizamos a coleta de células autólogas, de sete pacientes com diagnóstico de Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B refratários/recidivados, com a idade média de 66 anos, no período de dezembro de 2022 a abril de 2023. Destes, em três foram administradas as células CAR-T (Tisagenlecleucel, Kymriah®, Novartis) e nenhum apresentou reação durante o processo da infusão. Foi realizada a administração de difenidramina 50 mg, 30 a 60 minutos antes da infusão em todos os pacientes. Quatro pacientes não receberam as células CAR-T, dentre estes, um evoluiu com progressão da doença, dois evoluíram para óbito (um antes do início da manufatura e o outro antes do término da

manufatura) e um paciente ainda aguarda solicitação de manufatura das células CAR-T. A média do CD3+ por coleta foi de $9,2 \times 10^9$ (variando de 4×10^9 a 26×10^9). Não foram relatadas reações adversas no momento da coleta das células. O tempo mínimo entre a coleta e a infusão das células CAR-T foi de 73 dias (variando de 73 a 102 dias). Esse tempo foi influenciado, especialmente, pela autorização de operadoras de planos de saúde e pelo processo de manufatura das células. A reação adversa ao medicamento, após a infusão, foi registrada em dois pacientes. Um paciente evoluiu com Síndrome de Neurotoxicidade, com indicação de corticoterapia e o outro paciente foi diagnosticado com Síndrome de Liberação de Citocinas, evoluindo com boa resposta após o uso de tocilizumabe. Após 10 dias da infusão das células, dois pacientes receberam alta hospitalar em bom estado geral e seguem em acompanhamento, mantendo remissão da doença cinco meses e dois meses após a infusão. Um paciente evoluiu para óbito 53 dias após a infusão devido choque séptico. **Conclusão:** A terapia com células CAR-T é um processo complexo, e deve ser implementado na rede hospitalar por meio de uma equipe multiprofissional, para que minimize os riscos aos pacientes. Também podemos observar que o processo de liberação para terapia demanda tempo, podendo contribuir para que o paciente possa evoluir com a progressão da doença ou óbito antes do início de todo o processo.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.940>

COLETA DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS POR AFÉRESE EM DOADORES NÃO APARENTADOS UTILIZANDO CATETER VENOSO CENTRAL: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO GSH

SMC Lira^a, FSB Ferreira^b, NRS Remigio^a, ACC Copello^c, M Costa^a, M Valvasori^a, AM Souza^a, LFF Dalmazzo^a

^a Grupo GSH, Brasil

^b Hospital DF Star, Brasília, DF, Brasil

^c REDOME – Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O Grupo GSH possui parceria com o Registro de Doadores de Medula Óssea (REDOME) para avaliação clínica e coleta de Células Progenitoras de Sangue Periférico (CPHSP) de doadores não aparentados. Como rotina, realiza-se a coleta em regime ambulatorial utilizando acessos venosos periféricos compatíveis para doação por aférese. Diante da impossibilidade de coleta por este acesso, a doação via Cateter Venoso Central (CVC) torna-se uma alternativa através de contrato firmada entre GSH, REDOME e Hospital DFSTAR. **Objetivo:** Este trabalho busca avaliar a eficácia das coletas de CPHSP realizadas via CVC e os possíveis eventos adversos relacionados ao seu uso. **Materiais e métodos:** Levantamento retrospectivo dos atendimentos realizados nas unidades de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília no período de 15/02/2022 a 13/06/2023 por meio dos registros do Grupo GSH e REDOME. Foram incluídos os doadores que realizaram a coleta de