

(347–1925), Hematócito (Hct) 30% (19–41), células nucleadas totais de 22×10^9 (7–48), células linfomononucleares totais de 8×10^9 (1–16) e granulócitos totais 13×10^9 (3–34). Após a deseritrocitação, a mediana de volume foi de 833 mL (222–1704), Hct de 10% (6–24), células nucleadas totais de 19×10^9 (6–42), células linfomononucleares totais 8×10^9 (1–13) e granulócitos totais 11×10^9 (2–30). A recuperação das células nucleadas totais foi de 89% (60–100), recuperação linfomononuclear foi de 93% (67–100), recuperação dos granulócitos foi de 86% (50–100) e a redução do hematócrito foi de 66% (23–100). **Conclusão:** A deseritrocitação realizada com HAES 6%-Volumen® foi um procedimento seguro que permitiu a redução do hematócrito com excelente recuperação das células linfomononucleares.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.958>

OPORTUNIDADES PARA MELHORAR O ACESSO AO TRANSPLANTES DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) PEDIÁTRICO

CM Lustosa^a, CMV Alferi^a, ASS Ibanez^a, CMM Parrode^a, LL Quintino^a, LDS Domingues^a, MGAD Matos^a, G Zamperlini^a, MF Cardoso^a, A Seber^b

^a Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), São Paulo, SP, Brasil

^b SBTMO – Grupo de TMO Pediátrico SBTMO/SOBOPE, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O Transplante de Células-Tronco Hematopoieticas (TCTH) é uma modalidade terapêutica que pode beneficiar muitos pacientes com diferentes doenças. No entanto, existem limitações que podem atrasar o tratamento ou impedir que a criança seja transplantada. Assim, é essencial avaliar os motivos mais importantes para identificar oportunidades de melhorar os processos e aumentar o acesso ao TCTH. **Objetivo:** Identificar os principais fatores que dificultam o acesso ao TCTH. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo de pacientes encaminhados para TCTH em um centro pediátrico, mas que não foram transplantados. **Resultados:** De dezembro de 2022 a maio de 2023, 119 pacientes foram encaminhados para TCTH, mas 60 (50%) deles não foram transplantados. Estes últimos eram 55% pacientes do sexo masculino, com idade mediana de 6,5 anos (1–20). Quanto à doença de base, apresentavam leucemias agudas (33%), linfomas (5%), tumores sólidos (18%), doença falciforme (17%), anemia aplásica grave (13%), outras doenças não malignas (13%). O encaminhamento mais comum foi para TCTH alogênico (78%). Após a revisão desses 60 casos, oito crianças (13,3%) tiveram a história cuidadosamente revisada e ambas as equipes médicas concordaram que o TCTH não estava indicado naquele momento; sete (13,5%) foram encaminhados para outro centro de transplante. Dentre os fatores que contribuíram para que 45 (38%) pacientes não chegassem ao TCTH, notou-se que a principal causa foi a indisponibilidade/inadequação do doador (25%), a doença já havia progredido antes do TCTH (22%), os receptores estavam inaptos (22%) devido à sorologias positivas, necessidade de tratamento

odontológico extenso, infecções, necessidade de dessensibilização devido ao painel anti-HLA positivo e HbS elevado com necessidade de transfusões de troca pré-TCTH, óbito (16%), ausência de resposta do médico solicitante (13%) e falta de aprovação da seguradora (2%). A inépcia dos doadores reforçou a necessidade de um doador reserva sempre que possível. A evolução da doença, a inaptidão do receptor e o óbito revelam a necessidade do encaminhamento precoce para os centros transplantadores e de um atendimento integral, para que o paciente e seus familiares possam ser atendidos em todas as suas necessidades, pois outros fatores além da doença de base também podem ter impacto no atraso do tratamento. **Conclusão:** Observamos que metade dos pacientes encaminhados não poderia realizar o TCTH, mostrando a complexidade desse acesso e destacando fatores extrínsecos que corroboram para tais limitações. Assim, é de extrema importância a existência de políticas públicas que garantam o acesso de todos os pacientes com indicação de TCTH.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.959>

UNRELATED ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION (HSCT) WITH CLASS I ANTIGENIC MISMATCH WITH IN VIVO POST-TRANSPLANT CYCLOPHOSPHAMIDE (PT-CY) FOR GRAFT VERSUS HOST DISEASE (GVHD) PROPHYLAXIS: PROMISING STRATEGY TO TRANSPLANT PATIENTS WITH NON-MALIGNANT GENETIC DISEASES

CMMSS Parrode, AS Ibanez, CM Lustosa, V Varjão, LL Quintino, LDS Domingues, MGAD Matos, G Zamperlini, RV Gouveia, A Seber

Grupo de Apoio ao Adolescente e à Criança com Câncer (GRAACC), São Paulo, SP, Brazil

Introduction: Despite the progress in Haploidentical Stem Cell Transplantation (HSCT), many patients do not have a suitable healthy family donor. Transplants from matched unrelated donors would be ideal, but they are not available to most patients. One emerging treatment option is to use mismatched unrelated donors with PT-Cy to avoid GVHD, especially in patients with non-malignant diseases. Diamond Blackfan Anemia (DBA) is caused by a defect in erythropoietic progenitors, resulting in severe anemia of very early onset, usually before the first year of life. First-line treatment options for DBA are regular red blood cell transfusions, iron chelation, and corticosteroids, but only 40% of the patients respond to the latter. Thus, allogeneic HSCT is the only curative treatment for the hematological manifestations of this disease. The main difficulty is to identify a healthy HLA-identical donor, what limits the access of many patients to this curative therapy. **Objective:** To describe the strategy using an unrelated donor with Class I antigenic HLA incompatibility and PT-Cy to prevent GVHD. **Method:** The best available donors are chosen in a regular meeting with the Institute of