

patient age at tafasitamab initiation (> 70 years, ≤ 70 years). **Material and methods:** This was a retrospective chart review wherein physicians from Cardinal Health's Oncology Provider Extended Network abstracted data from patients' medical records into electronic case report forms. Eligible patients (aged ≥ 18 years) initiated tafasitamab for R/R DLBCL on or after October 21, 2020, and had ≥ 4 months of follow-up; however, patients who died during follow-up were also eligible. Results were summarized by patient age at tafasitamab initiation (> 70 years, ≤ 70 years) using descriptive statistics. **Results:** Among the 181 patients included in this analysis, 102 (56%) were > 70 years and 79 (44%) were ≤ 70 years of age at time of tafasitamab initiation. Median age at tafasitamab initiation was 75.2 and 64.2 years for the > 70 and ≤ 70 years subgroups, respectively. Overall, median (Q1-Q3) follow-up time was 6.5 (5.0-8.6) months. At time of data abstraction, 76 patients (75%) in the > 70 years and 68 (86%) in the ≤ 70 years subgroups were still alive, of whom 67 (88%) and 54 (79%) were still receiving tafasitamab, respectively. Approximately half of patients (49%) in the ≤ 70 years group and 23% in the > 70 years group had no comorbidities associated with the National Cancer Institute Comorbidity Index. At the time of tafasitamab initiation, 54% and 39% of patients in the > 70 and ≤ 70 years subgroups had an ECOG PS ≥ 2 ; most patients (86%, > 70 years; 74%, ≤ 70 years) had a revised International Prognostic Index score of 3-5. In both subgroups, the majority of patients (79%, > 70 years; 62%, ≤ 70 years) received tafasitamab as second-line therapy. Nearly a quarter of patients (23%) in the ≤ 70 years group and 3% in the > 70 years group had undergone ASCT prior to tafasitamab treatment. Real-world overall response rates (95% CI) were 70.6% (61.7-79.4%) and 69.6% (59.5-79.8%) in the > 70 and ≤ 70 years subgroups, respectively. **Discussion:** Results from this analysis indicate favorable response rates with tafasitamab treatment among patients with R/R DLBCL in both the > 70 and ≤ 70 years subgroups. At tafasitamab initiation, the majority of patients in both subgroups had revised International Prognostic Index scores indicative of a poor prognosis. Despite meaningful comorbidity burden and limitations in performance status, at time of data abstraction, 88% of patients in the > 70 years group were still receiving tafasitamab. However, follow-up was limited in duration. **Conclusion:** These real-world findings support the clinical benefit of tafasitamab among older (> 70 years) and younger (≤ 70 years) patients with R/R DLBCL. Longer follow-up is warranted to better assess long-term outcomes with tafasitamab by age. **Funding:** Incyte Corporation.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.380>

EVOLUÇÃO E IMPACTO DO LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO BRASIL: UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS EM 2012 E 2022

L Romano, CM Lima, AT Dias, SHN Messias, JO Martins, ML Muler, V Justi, A Kalinichenko

Universidade Paulista (UNIP), São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B é um tipo de câncer linfoproliferativo maligno, caracterizado

pelo crescimento desordenado dos linfócitos B no sistema linfático, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos indivíduos afetados e apresentando uma alta taxa de mortalidade. Essas células derivam das células-tronco hematopoiéticas na medula óssea e se desenvolvem através de maturação e seleção nos centros germinativos dos linfonodos, onde os linfócitos B sofrem hipermutação somática e recombinações gênicas, gerando uma alta diversidade de anticorpos, crucial para a imunidade humoral. Este linfoma é frequentemente caracterizado por uma alta instabilidade genômica, com numerosos rearranjos cromossômicos e alterações no número de cópias de genes, contribuindo para a diversidade clonal e a agressividade da doença. Dessa forma, quando ocorrem mutações nesses linfócitos B, resultam em um crescimento acelerado das células tumorais em órgãos como medula óssea, nódulos linfáticos, ossos e cérebro. Apesar de sua agressividade, esse tipo de linfoma responde bem aos tratamentos disponíveis, apresentando taxa 75% de cura dos casos diagnosticados. Os sintomas frequentemente observados incluem nódulos periféricos indolores, especialmente em regiões como axilas e virilhas, além de febre, sudorese noturna e perda de peso, indicando a necessidade de uma avaliação por um hematologista para um diagnóstico preciso. O diagnóstico envolve um exame físico detalhado, seguido por uma biópsia do linfonodo afetado e análises imuno-histoquímicas para identificar o tipo específico de célula cancerosa. **Objetivo:** Desvendar padrões e identificar tendências sobre o linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B no Brasil entre os anos de 2012 e 2022. **Materiais e métodos:** Este estudo adotou uma abordagem analítica, transversal e retrospectiva, onde os dados foram coletados a partir do banco de dados DATASUS, na aba "Morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS)". **Conclusão:** Os resultados obtidos nesta pesquisa mostram que os casos de Linfoma não Hodgkin difuso de grandes células aumentaram na região Sul do Brasil principalmente, entre os dados de 2012 e 2022, porém foi houve uma queda sutil nos números das taxas de mortalidades. O gênero com predominância de casos é o masculino com idade de maior prevalência sendo dos 40 aos 59 anos. Podemos notar também que de acordo com a raça declarada pelos pacientes, a predominância atinge indivíduos brancos em sua maior parte.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.381>

ANÁLISE DO IMPACTO DA EDUCAÇÃO COMO FATOR DE RISCO PARA LINFOMAS NÃO-HODGKIN

EUG Barbosa^a, NMES Alves^a, MBF Pimenta^b, JFM Viana^a, GGD Nóbrega^a, LGL Leite^a, YGS Medeiros^a, MAOM Teixeira^a, FCF Pimenta^a

^a Faculdade de Medicina Nova Esperança (FAMENE), João Pessoa, PB, Brasil

^b Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, João Pessoa, PB, Brasil

Introdução: Analisamos os casos de Linfomas Não-Hodgkin (LNH) diagnosticados no período 2019 a 2023, em serviço de

referência em alta complexidade no tratamento do câncer na Paraíba, Hospital Napoleão Laureano. Os linfomas são cânceres do sistema imunológico originados em linfócitos que afetam os tecidos linfoides, resultando na formação de tumores. **Objetivo:** O objetivo do trabalho foi verificar o grau de escolaridade dos pacientes como fator de risco para o surgimento de LNH. **Material e método:** Foi realizada a coleta de todos os casos registrados de LNH no hospital supracitado, assim como os dados referentes a sua escolaridade. **Resultados:** Dentre os pacientes analisados, 203 apresentaram LNH e possuíam os seguintes níveis de escolaridade: 17,7% não informaram; 1,5% possuíam ensino superior incompleto; 7,4% possuíam ensino superior completo; 0,5% possuía ensino médio incompleto; 18,7% possuíam ensino médio completo; 16,3% possuíam ensino fundamental incompleto; 8,9% possuíam ensino fundamental completo; 21,7% se declararam apenas alfabetizados; e 7,3% se declararam analfabetos. **Discussão:** O LNH é um grupo heterogêneo de doenças malignas linfoproliferativas, cada uma com comportamentos, prognósticos e tratamentos distintos. A educação é forma de prevenção primária e é importante principalmente na questão da prevenção de doenças, assim como reconhecimento precoce dos sintomas. A Educação Popular encontra na Atenção Básica (AB) um ambiente fértil e favorável para sua construção. A Política Nacional de Educação Popular em Saúde evidencia a relevância da AB ao apoiar a gestão compartilhada entre trabalhadores e comunidades por meio da incorporação dos princípios da Educação Popular nas ações de educação popular, tendo os territórios de saúde como espaços de criação de políticas públicas. Entretanto, como poder constatar na análise dos dados, os níveis de escolaridade para ambos os linfomas se apresentaram de forma variada, não podendo-se atribuir o nível de escolaridade como forma de prevenção. Para que tal correlação fosse positiva, os dados coletados deveriam ter mostrado que pessoas com maior nível de educação possuíam menos incidência e prevalência de linfomas. Isso significa que as ações voltadas a falta de conhecimento acerca dos linfomas não é um fator de risco no quesito de manifestação da neoplasia. Contudo, a educação é útil para que se procure atendimento médico quando os sintomas começam a se manifestar. **Conclusão:** Os dados analisados demonstram a necessidade de maior aprofundamento de outros fatores que ajudem a elucidar quais os fatores de risco que estão correlacionados a incidência de linfomas e quais as melhores formas de prevenção. Também se faz necessário mais estudos com estadiamento a fim de estratificar a gravidade e constatar se há ou não correlação da escolaridade com o grau de disseminação da neoplasia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.382>

TEMPO ENTRE O DIAGNÓSTICO E O INÍCIO DO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM LINFOMA NÃO HODGKIN DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

GT Brauns^a, IC Fontoura^b, VA Mendes^b,
LCSG Silva^b, CS Rodrigues^c, IB Assuf^b,

GVS Torres^a, ICR Diogo^d, EB Riscarolli^e,
KG Frigotto^d

^a Universidade do Grande Rio Professor José de Souza Herdy (UNIGRANRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Faculdade Souza Marques, Brasil

^c Universidade Estácio de Sá, Brasil

^d Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^e Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Objetivos: O objetivo deste trabalho é descrever o intervalo de tempo, entre a data do exame diagnóstico e a data do primeiro tratamento do paciente com linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNHDGB), no estado do Rio de Janeiro nos últimos 10 anos, visto que o tempo entre as duas situações influencia no estadiamento do paciente, no prognóstico e na mortalidade, principalmente em usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). **Material e métodos:** Estudo ecológico, realizado em maio de 2024, utilizando dados públicos referentes ao tempo entre o exame diagnóstico e o tratamento dos pacientes com LNHDGB no estado do Rio de Janeiro, por local de residência, entre os anos de 2014 a 2023. Os dados públicos foram obtidos do Painel de Oncologia Brasil do SUS, e as variáveis selecionadas foram: tempo de tratamento (detalhado), residência no estado do Rio de Janeiro, e casos. Não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa pois são dados de acesso público. O programa Microsoft Excel foi utilizado para tabulação dos dados e cálculos realizados. **Resultados:** Ao todo foram 2.716 casos diagnosticados de LNHDGB entre 2014 e 2023 no estado do Rio de Janeiro, em que 3 casos (0,1%) foram registrados com o início do tratamento antes de 30 dias da data do exame diagnóstico, 206 (7,6%) iniciaram o tratamento na mesma data do exame diagnóstico, 420 (15,5%) de 1 a 10 dias após a data do exame diagnóstico, 620 (22,8%) entre 11 a 30 dias, 542 (20,0%) entre 31 a 60 dias, 274 (10,1%) entre 61 a 90 dias, 141 (5,2%) entre 91 dias a 120 dias, 246 (9,1%) entre 4 a 10 meses, 31 (1,1%) entre 10 meses a 1 ano, 74 (2,7%) entre 1 a 2 anos, 45 (1,7%) mais de 2 anos e em 114 casos (4,2%) não foram registrados essa informação. **Discussão:** Os linfomas representam um grupo de neoplasias que se desenvolvem a partir de clones linfoides podendo ser derivados de células B, T e natural killer. São classificados como linfomas de Hodgkin e não-Hodgkin, o qual apresenta como um dos seus subtipos o LNHDGB, que é o tipo mais comum. O prognóstico do LNHDGB depende da extensão da doença no momento do diagnóstico, do tempo entre o diagnóstico e o tratamento, e da resposta ao tratamento, que costuma ser a quimioterapia com o protocolo CHOP (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina e prednisona) combinado com o anticorpo monoclonal anti-CD20, rituximabe. Quanto ao tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento, observa-se que a maioria dos casos apresenta um intervalo de até 10 dias. Cabe ressaltar que o Painel de Oncologia Brasil do SUS não dispõe nos registros dados referentes às características do linfoma e sua extensão, e às comorbidades e outros dados referentes aos pacientes, que podem influenciar no início do tratamento. **Conclusão:**