

quimioterapia, mas existem escalas estudadas para alguns grupos específicos que possuem variáveis comuns como as comorbidades, a funcionalidade, a idade, o LDH, a função renal e o estadiamento da doença. Ao analisar as conclusões de cada estudo observou-se que os vários modelos estatísticos analisados têm grande potencial em discriminar principalmente, a população de baixo risco para realização de tratamento com quimioterapia e que o potencial do uso desses modelos, na tomada de decisão, precisa ser mais bem analisado por estudos mais amplos, prospectivos e capazes de validar essas estratégias. Além disso, foi possível perceber que a variável idade, isoladamente, não foi um preditor suficientemente confiável para uma tomada de decisão, em relação ao tratamento. As variáveis comorbidade e funcionalidade foram apontadas como principais indicadores, em relação aos riscos de realização da quimioterapia. **Conclusão:** Os modelos preditores de toxicidade ao tratamento em pacientes com leucemias agudas e linfomas necessitam de estudos mais robustos e prospectivos que incluam validação desses modelos para sua melhor aplicabilidade.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.741>

SÍNDROMES MIELODISPLÁSICAS

LUSPATERCEPT UTILIZATION PATTERNS IN LOWER-RISK MYELODYSPLASTIC SYNDROMES: FINDINGS FROM A MULTINATIONAL MEDICAL RECORD REVIEW STUDY

M Díez-Campelo ^a, A Yucel ^b, RK Goyal ^c, MB Glassberg ^d, EM Cavalcante ^e, E Esterberg ^c, J Rombi ^f, KL Davis ^c, D Miteva ^e, U Germing ^{g,h}

^a Hematology Department, Institute of Biomedical Research of Salamanca (IBSAL), University Hospital of Salamanca, Salamanca, Spain

^b Bristol Myers Squibb (BMS), Princeton, United States

^c RTI Health Solutions, Research Triangle Park, United States

^d Bristol Myers Squibb (BMS), Madison, United States

^e Bristol Myers Squibb (BMS), São Paulo, SP, Brazil

^f RTI Health Solutions, Lyon, France

^g Celgene International Sàrl, a Bristol-Myers Squibb (BMS) Company, Boudry, Switzerland

^h University Hospital of Dusseldorf (UKD), Dusseldorf, Germany

Objectives: Limited evidence exists from routine clinical practice on patient (pt) characteristics and treatment (tx) patterns in pts treated with luspatercept for lower-risk myelodysplastic syndromes (LR-MDS). This study aimed to describe the baseline demographic and clinical characteristics and patterns of therapy in pts with LR-MDS receiving tx with luspatercept in Canada, Germany, and Spain. **Materials and methods:** This was a noninterventional, retrospective medical records review study. Pts aged ≥ 18 years, diagnosed with

LR-MDS, and treated with luspatercept after its approval in the respective countries were identified for study inclusion by participating hematologists/hem-oncologists (data abstraction period: October–November 2023). Abstracted data on baseline pt characteristics (eg, demographics, comorbidities, genetic risk factors) and luspatercept tx patterns (eg, line of therapy, dosage, time to tx discontinuation) were analyzed descriptively. Findings reported here are based on interim data collected through November 2023 for Canada, Germany, and Spain. **Results:** Data were abstracted by 47 participating physicians for a total of 114 eligible pts (56 Germany, 52 Spain, and 6 Canada). Median age was 71 years (range, 40–92), 59.6% of pts were male, and 92.1% were White. Revised International Prognostic Scoring System (IPSS-R) risk status was Very low or Low for nearly two-thirds (64.9% [among 111 pts with recorded data]) at LR-MDS diagnosis and for approximately half (53.8% [among 65 pts with recorded data]) at luspatercept initiation. Luspatercept use was most common in the second line (2L, 57.9%), followed by first line (1L, 33.3%), and third or later line (3L+, 8.8%). Among previously treated pts ($n = 76$), almost all received erythropoietin-stimulating agents (94.7%) before initiating luspatercept. Median follow-up duration was 21.5 months from LR-MDS diagnosis. Median time from LR-MDS diagnosis to luspatercept initiation was 10.7 months (median time to initiation in 1L was 0.9 months). Median dose at luspatercept initiation was 1 mg/kg per administration among those with known dosing data ($n = 103$), with a majority (91.3%) receiving a 3-weekly cycle. Approximately 17.5% ($n = 20$) received a dose increase. The median dose as of the last follow-up, reported for 17 pts with a dose increase, was 1.3 mg/kg per administration, cycled every 3 weeks. Median follow-up duration from luspatercept initiation was 8.9 months, and median duration of therapy over this period was 8.7 months. Overall, 14.9% ($n = 17$) discontinued therapy, and of those with known dosing information ($n = 15$), 40% had a dose escalation before discontinuation. **Discussion:** This analysis of pts with LR-MDS receiving luspatercept in Canada, Germany, and Spain shows that one-third of pts received luspatercept in 1L, patients were followed for approximately 2 years (21.5 months) from LR-MDS diagnosis, and only 40% of pts who discontinued therapy had a dose escalation before discontinuation, suggesting that a better understanding of dose escalation may be needed. **Conclusion:** This study provides early insights into the prevailing patterns of luspatercept utilization in routine clinical practice in Canada, Germany, and Spain and is expected to inform ongoing and future evaluations of this tx option for pts with LR-MDS. **Support:** The study was supported by Bristol Myers Squibb. This abstract was previously presented at the EHA Annual Congress (Díez Campelo M, et al. *HemaSphere* 2024;8[suppl 1]: P1909).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.742>

RELATO DE CASO: EVOLUÇÃO DE SMD PARA LMA EM GESTANTE JOVEM

ME Pelicer, HM Teano, BB Arnold, BB Cal, CM Duarte, RO Coelho, FA Tavares,

IA Campinas, TSP Marcondes, RD Gaiolla,
L Niero-Melo

Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade
Estadual Paulista (UNESP), Botucatu, SP, Brasil

Introdução: Relato de caso de desenvolvimento de Neoplasia Mielodisplásica (SMD) em paciente gestante jovem, com predomínio de formas pelgeroides em SP evoluindo para LMA subtipo morfológico monocítico. Sob o aspecto hematológico, há relevância pelo reconhecimento antecipado do potencial evolutivo de SMD para LMA, alertando para o cuidado em avaliação de esfregaço de sangue periférico (SP) frente a citopenias. **Descrição do caso:** Mulher, 36 anos, branca, primigesta de 33 semanas, cuja avaliação pela Hematologia por anemia macrocítica e neutropenia, refratárias à reposição anterior de ferro e folato pelo obstetra. Relatou fadiga progressiva + palidez e discreta icterícia conjuntival. Antecedentes Pessoais: epilepsia de lobo temporal e cefaleia crônica diária, com uso de Topiramato e Oxcarbazepina, sendo transicionados para Lamotrigina durante gestação. Antecedentes Familiares: mãe com DPOC, pais e parentes paternos com patologias oncológicas. Exame Físico: BEG_descorada 1+/4+_hidratada_acianótica_afebril ao toque. Sat O2 98%. Oroscopia: queilite angular, língua papilificada, dentes em bom estado. TCSC: ausência de linfonodos palpáveis. Tórax com MV+, normodistribuídos. Abdômen gravídico, RHA+, MF+, indolor à palpação. Sem edemas ou sinais de TVP. Exames laboratoriais: GV: 2,18 milhões/mm³_Hb: 8,3 g/dL_HT: 25,1%_VCM: 115,1 fL_HCM: 38,2 pg_CHCM: 33,2 g/dL_Plaquetas: 206 mil/mm³_GB: 1.200/mm³_Neutrófilos: 180/mm³_Linfo: 980/mm³_Mono: 40/mm³. Perfil de ferro normal. Sorologias não reagentes. Sangue Periférico: Intensa anisocitose, dacriócitos; Plaquetas normais. Setor granulocítico: formas pelgeroides, exuberante hipossegmentação e hipogranulação, características de displasia. Avaliação de medula óssea (suspeita de SMD, com AMO = aspirado de medula óssea; BMO = biópsia de medula óssea). AMO (11/10/23): RGE > 10:1_hipoplasia eritroide_dispose discreta. Setor granulocítico hiper celular, maturação prejudicada por EXUBERANTE PSEUDO-PELGER, formas agranulares e sem segmentação_numerosos mieloblastos atípicos (tipo I). Displasia megacariocítica (formas “dwarf” e microformas). Estroma: histiócitos (atividade granulocitofagocítica). Mieloperoxidase positiva. BMO (11/10/23): Hiper celular, distribuição irregular_hiperplasia absoluta da série granulocítica, retardo maturativo com ALIPs_dispose megacariocítica (microformas); megaloblastose parcial, hemossiderina ausente. Predomínio granulocítico + intenso retardo maturativo + células CD34+, favorecendo diagnóstico de SMD. Imunofenotipagem (11/10/23): 14,5% de células mieloides imaturas_15% de células monocíticas anômalas + alterações associadas à displasia do setor granulocítico. Cariótipo: 44 XX_-2? del(9)(q22q32)?_der(19)t(1;19)(q23;p13.3)[2]/46,XX[18]. Evolução com gestação a termo, sem suporte transfusional, cesareana sem intercorrências, com crescimento fetal adequado. Posterior avaliação de MO com > 20% blastos; introduzida quimioterapia (7+3) com resposta parcial, eventos de trombose venosa profunda em múltiplos sítios infeção de ferida operatória. Recuperação total do setor hematopoietico após Venetoclax + Azacitidina. **Conclusão:** O relato

ressalta que avaliação criteriosa de esfregaço de SP em citopenias demanda pronta avaliação de MO, para caracterização depotencial displasia associada ao pseudo-pelger, que foi manifestação inicial de transformação a LMA subtipo mielomonocítica, com cariótipo complexo, no presente caso.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.743>

MIELOFIBROSE PRIMÁRIA EM PACIENTE COM ANTI-DNA NATIVO REAGENTE, HIPERFERRITINEMIA GRAVE E ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE EM UM HOSPITAL PÚBLICO GERAL: UM RELATO DE CASO

CLV Silva, KC Ramos, NBA Miranda, AC Oliveira

Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), Feira de Santana, BA, Brasil

Introdução: A mielofibrose (MF) pode ser primária (neoplasia mieloproliferativa) e secundária (doenças infecciosas, endócrinas e autoimunes). O tratamento específico inclui inibidores de JAK2, da tirosina quinase, hidroxiuréia e esplenectomia. O tratamento suportivo deve ser de conhecimento de médicos não especialistas, sobretudo para pacientes sem teto terapêutico em hospitais gerais, que apresentam alta mortalidade. **Relato de caso:** Mulher de 34 anos, previamente hígida, admitida com febre, icterícia há 02 meses e astenia progressiva, negando patologias, cirurgias e alergias. Ao exame físico, mucosas hipocrômicas e ictericas, além de equimoses em extremidades e hepatoesplenomegalia. Laboratório apresentou pancitopenia, neutropenia grave (Hb 7,9 g/dL, Ht 24,5%, leucócitos 130/mm³, neutrófilos 130/mm³, plaquetas 14mil/mm³), hemoculturas negativas, hiperferritinemia grave (ferritina 51.121 ng/mL), elevação de transaminases e canaliculares, marcadores de hemólise positivos (bilirrubina indireta 1,4 mg/dL, Coombs direto positivo e lactato desidrogenase 6.430U/L) e Anti-DNA nativo reagente 1:80. Mielograma com esfregaço acelular. Biópsia de medula óssea (MO) compatível com MF primária, sem hematofagocitose. Pesquisa de mutações de JAK2, CARL e MPL e de familiares HLA-compatíveis não realizadas por limitações financeiras. Paciente com contraindicações ao uso de hidroxiuréia e sem teto cirúrgico para esplenectomia; serviço sem disponibilidade de ruxolitinib, momelotinibe e pacritinib. Realizada pulsoterapia com metilprednisolona 1 g/dia por 3 dias para anemia hemolítica autoimune, seguidos de prednisona 40 mg/dia, entretanto, sem resposta. Suporte mantido com eritropoietina e hemotransfusões; durante 35 dias foram transfundidos 15 concentrados de hemácias filtradas e 35 concentrados de plaquetas com dessensibilização. Paciente, entretanto, passou a apresentar blastos no sangue periférico, neutropenia febril e, após piora infecciosa, foi transferida para UTI com teicoplanina, fluconazol e sulfametoxazol-trimetoprima profilático; entretanto, evoluiu com choque séptico refratário e óbito. **Discussão e conclusão:** Diante da complexidade clínica, foram aventados diagnósticos diferenciais e explorada possibilidades terapêuticas frente à rarefação de recursos. A hiperferritinemia, além de correlacionar-se ao nível de fibrose em alguns pacientes, indica