

Introdução: Para o transplante autólogo, a fonte de escolha para a coleta de CPHs é o sangue periférico mobilizado. A mobilização acontece através da administração do fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF) por 4 dias consecutivos. No quarto dia, caso o paciente não apresente ≥ 10 células(cels) CD34+/mm³ circulantes, o uso do Plerixafor, uma molécula que se liga reversivelmente e bloqueia o receptor das CPHs, resultando na liberação destas células do estroma medular para a circulação periférica, é uma alternativa para resgatar esta mobilização. **Objetivo:** Avaliar os resultados do uso do Plerixafor de acordo com os números encontrados na quantificação das CPHs no sangue periférico e no produto de leucaférese através da estratificação por grupos e tipo de doença de base, além do desfecho clínico. **Métodos:** Para a coleta das CPHs, as aféreses foram iniciadas 8h após a administração do Plerixafor conforme recomendação em bula. Foram colhidas, em média, 4 volemias por aférese para células mononucleares em SpectraOptia. Para quantificação de CPH foi utilizada citometria de fluxo para cels CD34+/CD45low, segundo metodologia definida pela ISHAGE, em citômetro BD FACScalibur. Para o tempo de pega de enxertia foram considerados o dia da infusão das CPH e o primeiro de três dias consecutivos com leucometria de sangue periférico contendo mais de 500 neutrófilos/mm³. **Resultados:** Dentre os pacientes com mieloma múltiplo 34,21% precisaram recorrer ao uso de Plerixafor para atingir o alvo terapêutico enquanto entre os pacientes de linfomas a porcentagem foi de 54,44%. O n° de aféreses foi similar entre os usuários do medicamento e os que apenas utilizaram G-CSF. Quanto ao tempo de pega, ambos os grupos tiveram predomínio entre 10 e 11 dias, 69,34% para os que utilizaram o Plerixafor, e 72,77% para os que usaram apenas o G-CSF. Entre os pacientes até 65 anos, 78% foram tratados com Plerixafor e 81% utilizaram apenas G-CSF. No quarto dia da mobilização os pacientes tratados com Plerixafor apresentavam em média 5 cels CD34+/mm³, 37 cels CD34+/mm³ logo antes da aférese e foram coletadas $4,33 \times 10^6$ CD34+/Kg. Já os pacientes que utilizaram apenas G-CSF tiveram como média 32 cels CD34+/mm³, 45 cels CD34+/mm³ logo antes da aférese e foram coletadas $4,86 \times 10^6$ CD34+/Kg. **Conclusão:** Estes resultados demonstraram que o uso do Plerixafor como resgate nas mobilizações foi eficaz principalmente para os pacientes de linfomas, reduzindo o número de aférese e poupando os mesmos de uma segunda mobilização. Devido ao seu alto custo, os Centros Transplantadores têm desenvolvido protocolos para tomada de decisão, otimizando o seu uso em benefício ao paciente. Em função da correlação positiva entre a contagem das CPHs no sangue periférico e no produto de leucaférese, os protocolos geralmente dispõem sobre o uso preventivo do Plerixafor, ou seja, utilizam como parâmetros o alvo planejado das CPHs a serem coletadas e a contagem destas células no sangue periférico durante a mobilização com G-CSF para decidir se o Plerixafor é necessário.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1728>

CONSTRUCTION OF A MULTIDISCIPLINARY STUDY GROUP ON HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION INVOLVING SEVERAL CENTERS IN BRAZIL – AS MEMBERS OF AMARTE ALLIANCE.

ASS Ibanez^a, NC Villela^b, RCS Dias^b, VAR Colturato^c, CM Lustosa^a, CMMS Parrode^a, MDH Almeida^d, GR Quevedo^b, LF Lopes^b, A Seber^a

^a Hospital GRAACC Instituto de Oncologia
Pediatrica da Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

^b Barretos Cancer Hospital, Barretos, SP, Brazil

^c Hospital Amaral Carvalho, Jaú, SP, Brazil

^d Hospital da Criança e Maternidade, São José do Rio Preto, SP, Brazil

Introduction: Childhood cancer is the first cause of death from disease in children and the second cause of death in general. Children and adolescents have around an 80% chance of being cured with early diagnosis and treatment in specialized centers. In 2018, the World Health Organization, together with St. Jude's Hospital, launched the Global initiative for Childhood Cancer to support the construction and maintenance of childhood cancer programs, with the goal of achieving at least 60% global survival rate for children with cancer by 2030. In Brazil, supported by St Jude Global, there is an alliance (AMARTE) between several pediatric oncology centers with the aim of equalizing diagnoses, homogenizing treatment and promoting scientific development. Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT) is one of the treatment modalities for childhood cancer, being a complex procedure that involves many professionals in all its stages. In September 2023, a HSCT study group linked to AMARTE alliance was started with the participation of several pediatric transplant centers in Brazil, with the aim of creating an interface between the centers, optimizing and improving the process of HSCT. **Objective:** Here we describe the process of construction and development of a multidisciplinary study group in HSCT. **Results:** We started by creating a group through WhatsApp, which is an instant messaging social network popular among Brazilians and can be used as a strong communication tool. We asked participants in the WhatsApp group to include members from the various multidisciplinary areas of their HSCT team who were interested in participating in the study group. We then carried out a survey to validate the best day and time to hold two monthly meetings via Zoom Meetings, which is a video conferencing platform. The meetings were divided into two moments, the first focusing on discussions of cases with HSCT indications, open to pediatric oncologists, and the second meeting focused on projects involving mainly the multidisciplinary transplant team. There has been significant participation from teams, including doctors, nurses, pharmacists, dentists, physiotherapists, psychologists, nutritionists and occupational therapist. **Conclusion:** The interface between the various professionals working in HSCT has

demonstrated a broad panorama, with several possibilities for improving patient care, producing scientific work and acquiring knowledge, free of charge.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1729>

MUCORMICOSE HEPATOESPLÊNICA CRÔNICA EM TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

MR Sagrilo, GB Fischer, LPD Santos, G Bellaver, AV Schwarzbald, A Zago, BBC Paula, VG Weber, NM Mottecy, CCD Nascimento

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução: Transplantados de medula óssea têm alto risco para infecções oportunistas. A mucormicose, infecção fúngica invasiva, requer pronto diagnóstico e tratamento devido a alta letalidade. A forma gastrointestinal é extremamente rara. Este relato parece ser a primeira descrição na literatura de mucormicose hepatoesplênica em TCTH, essencialmente suplantando sobrevida de mais de 18 meses. **Métodos:** Relatamos caso raro de mucormicose hepatoesplênica em paciente transplantado alogênico em hospital universitário público do Rio Grande do Sul, ressaltando os desafios de diagnóstico e tratamento. **Resultados:** Masculino, 15 anos, portador de LLA-T recaída em sistema nervoso, foi submetido a TCTH haploidentico de progenitor masculino, após condicionamento com CY-TBI em dezembro de 2022. A imunossupressão foi realizada Ciclosporina e Micofenolato. No D+9, apresentou dor abdominal, vômitos, febre e taquicardia. TC de abdome mostrou a presença de nódulos hepáticos hipodensos, lobulados e sem realce ao contraste, medindo até 2,3×2,3 cm. Iniciou tratamento com Anidulafungina pela suspeita de candidíase hepática. Paciente permaneceu febril em 48 horas e foi feita troca para Anfotericina B Complexo Lipídico. No D +17 se reavaliou a imagem, detectando-se aumento nas dimensões das lesões, as maiores com 3,3×2,5 cm, a despeito da melhora clínica do paciente. A pega medular ocorreu no D +42, retardada pela presença da infecção fúngica. A Anfotericina B foi mantida do D+11 ao D+120, quando houve nova tentativa de uso da Anidulafungina. Em 14 dias após o desescalonamento do antifúngico, a TC evidenciou aumento das lesões e surgimento de esplenomegalia, sugerindo progressão da infecção, e o retorno da Anfotericina B foi imperativo. A plaquetopenia severa permanecia desde o TCTH e inviabilizava a biópsia hepática. O paciente permaneceu utilizando a Anfotericina B diariamente e fazendo reavaliações de imagem mensalmente até o oitavo mês pós-TMO, quando atingiu condições clínicas de biópsia hepática percutânea. Duas biópsias foram necessárias para que o diagnóstico de mucormicose fosse determinado através de anatomopatológico e exame direto. Com o diagnóstico firmado foi realizada a troca do tratamento para Isavuconazol, o qual permanece em uso há cerca de nove meses, com estabilidade clínica e de imagem. O diagnóstico de mucormicose, mesmo nas apresentações típicas, como a rino-cerebral, pode ser muito difícil. Os relatos de mucormicose gastrointestinal são

raríssimos e descrevem essencialmente acometimento de esôfago, estômago e intestino. Os casos de micoses hepáticas em TCTH se concentram em descrever a candidíase hepatoesplênica. Esse caso mostra uma infecção precoce, instalada na aplasia e que se cronificou, o que é incomum no que diz respeito às infecções fúngicas, pois normalmente, se não levam o paciente ao óbito na fase de neutropenia, elas melhoram e/ou curam no período pós-peg. Na revisão literária não se encontrou outro caso com clínica semelhante. **Conclusão:** A mucormicose gastrointestinal é raríssima e possui alta letalidade. Possivelmente essa seja a primeira descrição na literatura médica de uma forma aguda cronificada de mucormicose hepatoesplênica em TCTH. Ademais, esse paciente já apresenta sobrevida que suplanta mais de 18 meses, o que torna o caso mais único. Questionamentos sobre o seguimento, o tempo de tratamento e a possibilidade de suspensão do antifúngico permanecem em aberto visto que não se tem dados para manejo de tal apresentação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1730>

LOMUSTINE, ETOPOSIDE AND CYCLOPHOSPHAMIDE IN CONDITIONING REGIMEN FOR LYMPHOMAS: FINAL ANALYSIS

RC Samico^a, CTS Leal^b, JD Ferreira^b, KBD Santos^b, AEH Neto^b

^a Hospital do Câncer de Muriaé, Muriaé, MG, Brazil

^b Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora, MG, Brazil

Objectives: The objective of this study is comparing the characteristics and outcomes of patients with lymphoma who received the conditioning regimen protocol with Lomustine, Etoposide, and Cyclophosphamide (LEC) for autologous hematopoietic stem cell transplantation, with patients with lymphoma who underwent another conditioning regimen protocol (CBV). **Method:** In the first step, the maximum tolerated dose of lomustine was set at 400 mg/m², using a 3:3 scale. The second step consisted of evaluating the protocol with the use of lomustine (400 mg/m²) and etoposide (1g/m²) on day -5, followed by cyclophosphamide (6g/m² from days -4 to -2). The results were compared with the historical series of patients submitted to conditioning with carmustine, cyclophosphamide, and etoposide (CBV). Treatment-Related Mortality (TRM), Progression-Free Survival (PFS), and Overall Survival (OS) were calculated. **Results:** Of the 109 patients evaluated, 42 received LEC and 67 received CBV. Sixty-six (60%) patients had Hodgkin's lymphoma, with the following distribution between the two protocols: CBV: 64% (42); and LEC: 36% (24). A total of forty-three (40%) patients had non-Hodgkin lymphoma, with the following histological types: Mantle cell lymphoma 25.6% (11); Diffuse large B-cell 48.8% (21); Peripheral T-cell 11.6% (5); Burkitt 2.32% (1); Anaplastic 2.32% (1); with 4 having histology not found in the medical records. Among patients with non-Hodgkin lymphoma, 42% (18) were submitted to LEC and 58% (25) to CBV. At the time of ASCT, 10 patients had refractory disease, with no statistically significant difference between treatment groups, as well as