

70 pacientes com diagnóstico de LMC que haviam recebido tratamento prévio com ITQ, e foram transplantados no período de 2001 a 2021, sendo identificados 27 pacientes que recaíram após o transplante. Para análise estática, foram utilizadas curvas de incidência cumulativa e o Teste de Gray na análise univariada e regressão de Fine-Gray na análise multivariada para incidência de recaída. A análise comparativa entre as curvas de sobrevida foi realizada através do Log-Rank Test. **Resultados:** Nesta coorte, a incidência cumulativa de recidiva foi de 27,1% em 1 ano (17,3%–38%) e 38,9% em 5 anos (27,3%–50,3%). A única variável associada ao risco de recidiva foi o uso de sangue periférico como fonte de células (SHR 2,85; 1,27–6,36). No entanto, esses dados devem ser interpretados com cautela, pois a maioria dos pacientes estavam em estágios avançados de doença. Dos 27 pacientes que recaíram, a maioria teve recaída molecular (14), 3 tiveram recaída citogenética e 6 recaída hematológica, sendo que 4 tiveram falha do enxerto. Dos pacientes em recaída hematológica, 2 estavam em fase acelerada e 4 em crise blástica. Quanto à terapia após recaída, 7 receberam Infusão de Linfócitos do Doador (ILD), 17 utilizaram ITQs e 6 pacientes utilizaram ambos. Cinco pacientes alcançaram remissão molecular sustentada após ITQ/ILD. Dos 19 pacientes com mutações pré-transplante, apenas 4 tinham mutações na recaída; 2 deles apresentaram novas mutações. Dos 6 pacientes com mutação T315I antes do TCTH, apenas 1 paciente permaneceu com a mutação na recaída, 1 paciente apresentou E255K e 4 não tinham mutação. Até o último follow-up, 15 pacientes haviam falecido (55%), principalmente devido à progressão da doença. Entre os 12 pacientes vivos (45%), 3 tinham leucemia molecularmente indetectável, 1 alcançou RM 4.5, 2 alcançaram RM 4.0, 2 alcançaram RMM, 3 alcançaram CCyR e um estava em MCyR. A sobrevida global (SG) estimada em 5 anos do grupo que recaiu foi de 50%, em 10 anos de 40% e em 20 anos de 25%. A mediana de sobrevida foi de 2001 dias versus não atingida para o grupo dos pacientes em remissão. **Conclusão:** Este estudo de seguimento de 20 anos relata resultados a longo prazo do TCTH na LMC após falha aos ITQs. Descrevemos uma incidência cumulativa de recaída de 38,9% em 5 anos e observamos o impacto negativo da recaída na sobrevida global destes pacientes, sugerindo que estratégias para evitar este evento (manutenção com ITQ? ILD profilático?) devem ser testadas. Quanto ao perfil mutacional, houve um padrão diferente de mutações na recaída, sugerindo que elas devem ser sempre reavaliadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1761>

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DO TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS NO PROGNÓSTICO DE PACIENTES COM MIELOMA E LINFOMA TRATADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

TA Guimarães, RT Costa, BLC Ramos,
M Garnica, R Schaffel

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

Introdução: O programa de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário da UFRJ completa 30 anos em 2024. Neste período, passamos por diversas fases e ajustes neste programa. O conhecimento das curvas de sobrevida atingidas poderão guiar as melhorias futuras. Neste trabalho, escolhemos atualizar as curvas de sobrevida dos pacientes com mieloma múltiplo e linfomas, as maiores indicações de Transplante Autólogo de Células-Tronco hematopoéticas (TACTH). **Objetivo:** Analisar a sobrevida global dos pacientes submetidos ao TACTH no Hospital Universitário da UFRJ no tempo entre 2014 e 2023, comparando casos de linfoma e mieloma. Além disso, comparamos as recaídas pós transplante e o tempo para realizar o procedimento. **Material e métodos:** Coletamos informações dos nossos pacientes submetidos ao TACTH, por meio do prontuário eletrônico do Hospital. Reunimos esses dados em uma tabela de Excel para posterior cálculo de medianas da sobrevida global, do tempo para infusão e da recaída pós transplante. Nossa coorte tem 153 pacientes (88 homens e 65 mulheres), sendo 69 com diagnóstico de linfomas (38 linfoma de Hodgkin), 83 de mielomas e 1 de amiloidose. **Resultados:** Análise dos pacientes com linfoma: A mediana da Sobrevida Global (SG) foi 4,4 anos (1,1–12,7a) a partir do diagnóstico inicial; a SG mediana após o TACTH foi de 1,9 anos (0,03–9,4a); o tempo mediano entre o diagnóstico e o TACTH foi de cerca de 2,0 anos (0,5–9,6a). No período analisado, ocorreram 29 recidivas e 28 óbitos. Análise dos pacientes com mieloma múltiplo: A SG mediana foi 5,4 anos (0,9–13,0a) a partir do diagnóstico inicial; a SG mediana após o TACTH foi de 3,5 anos (0,1–11,0a); o tempo mediano entre o diagnóstico e o TACTH foi de cerca de 1,7 anos (0,5–8,7a). No período analisado, ocorreram 31 recidivas e 32 óbitos. O status de doença não pode ser observado em um número de pacientes que foram seguir acompanhamento nos centros de tratamento original. **Discussão:** Nos pacientes que foram transplantados por linfoma, a SG após o TACTH é bem menor do que a reportada para linfoma de Hodgkin (Sirohi et al, Ann Oncol. 2008 Jul;19(7):1312-1319), porém está em linha com a reportada para linfomas agressivos (Van Den Neste et al. Bone Marrow Transplantation (2017) 52, 216–221). Já nos pacientes com mieloma, o tempo para transplante é maior do que o desejado e resulta em uma sobrevida mediana após o TACTH menor do que o esperado. **Conclusão:** Esta análise permitirá ajustes no nosso programa de TACTH, particularmente nos pacientes com mieloma. Esperamos trazer os dados do linfoma separados por subtipo para o HEMO 2024.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1762>

DESCRIÇÃO DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA DO CEMO E FATORES ASSOCIADOS A NECESSIDADE DE CUIDADO INTENSIVO

PO Costa, AS Lessa, MIP Albuquerque

Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Método: Coleta de dados prospectiva dos pacientes pediátricos hospitalizados no CEMO de 1° de janeiro de 2013 a 31/12/23. Foi definido cuidado intensivo como necessidade de uso de vasopressores e/ou inotrópicos e de suporte ventilatório. Foi feita a análise regressiva das seguintes variáveis: transplante haplo, transplante não aparentado, uso de ATG, uso de TBI, doença maligna/benigna, DECH, infecção de corrente sanguínea por bactéria multirresistente, uso de NPT, infecção por vírus, infecção por fungos. Quando p foi igual ou menor que 0,20, foi feita análise logística regressiva multivariada. **Resultados:** Neste período houve 389 admissões, sendo de 62 (15,9%) necessitaram de cuidados intensivos. Sexo masculino 256 (65,8%); idade mediana de 11 anos; doença maligna 302 (77,6%). As doenças de base mais comuns foram: LLA 144 (37%), anemia aplástica 61 (15,7%), LMA 46 (12%) e linfoma de Hodgkin 43 (11%). Quanto ao tipo de transplante alogênico 216 (55,5%) sendo não aparentados 124 (31,8%), haplo 82 (22,1%), autólogo 65 (16,7%), 1° transplante alogênico e 2° haplo 4 (1%) e 22 (5,6%) que eram internações pré transplante. Uso de ATG 135 (34,7%). Uso de TBI 190 (48,8%). DECH 114 (29,3%). Hemocultura positiva 115 (29,6%), sendo 22 (5,6%) por bactéria multirresistente. 71 (18,2%) infecção fúngica, sendo os mais comuns 32 (45%) *Aspergillus sp.* e 13 (18,3%) *Fusarium sp.* Infecção por vírus 78 (20%), sendo o mais comum citomegalovírus 40 (10,2%). Uso de vasopressores 52 (13,4%), ventilação não invasiva 28 (7,2%), ventilação mecânica invasiva 32 (8,2%), hemodiálise 18 (4,6%), nutrição parenteral 187 (48,7%). Foram a óbito 27 (6,9%). Os fatores associados a UTI foram infecção por fungo ($p = 0,001$; OR = 2,7; 95% IC 1,45–5,02) e e hemocultura com bactéria multirresistente ($p = 0,01$; OR = 3,17; 95% IC 1,24–8,08). **Conclusão:** Infecção por fungos e hemocultura com bactéria multirresistente que foram associados a cuidado intensivo devido a imunossupressão a que esses paciente são sujeitos com o transplante e uso frequente de antibióticos que induzem a multirresistência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1763>

HIGH SURVIVAL RATES IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION IN SÃO PAULO, BRAZIL

CC Justino^a, FS Azevedo^b, EL Rosa^a,
PHA Moraes^{a,b}, AM Fonseca^b, CD Liz^b,
RS Szor^b, VC Molla^{a,b}, AG Guerra^b,
CF Oliveira^b, TFN Araújo^b, GMC Silva^b,
MM Almeida^b, LPDS Rocha^b, ML Puls^b,
C Arrais^{a,b}

^a Hospital Nove de Julho, Rede DASA, São Paulo, SP, Brazil

^b Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brazil

Objectives: Many hematological diseases, such as Acute Myeloid Leukemia (AML) and Myelodysplastic Syndromes (MDS) commonly affect individuals diagnosed in their seventh decade of life or later. Allogeneic Hematopoietic Stem Cell

Transplantation (HSCT) can cure these conditions. However, elderly patients are often considered ineligible due to high morbimortality rates. Recent advances in supportive care and new conditioning regimens have made HSCT more feasible and safer for elderly patients. However, there are few reports regarding HSCT in patients aged 70-years or older in Brazil. **Material and methods:** This retrospective observational study analyzed 44 patients aged 65-years or older who underwent their first allogeneic HSCT for myeloproliferative neoplasms: acute myelogenous leukemia (AML, $n = 27$), myelodysplastic syndrome (MDS, $n = 12$), or myelofibrosis (MF, $n = 5$), at two Brazilian centers in São Paulo between December 2013 and March 2024. Clinical data were collected using standardized forms based on information from electronic medical records. **Results:** The median age was 70-years (range: 65–81), with most patients being male (64%). The majority of donors were haploidentical (59%), followed by matched unrelated donors (30%) and matched sibling donors (11%). All patients received Reduced-Intensity Conditioning (RIC) regimens, with the vast majority receiving mobilized peripheral blood as the stem cell source ($n = 40$, 91%), and only four (9%) bone marrow. Among the 27 patients with AML, seven (26%) were not in complete remission before transplant. The main Graft-Versus-Host Disease (GVHD) prophylaxis was the combination of mycophenolate mofetil and cyclosporine or sirolimus. T-cell depletion was used in most cases with either post-transplant cyclophosphamide in 26 patients (59%) or Antithymocyte Globulin (ATG) in 15 patients (34%). Median follow-up was 18-months (range: 4–138). The Cumulative Incidence (CI) of acute GVHD grade II–IV was 28% but only 9% for grade III–IV. The CI of chronic GVHD at 2-years was 39%, but only 4 patients (9%) required prolonged immunosuppression. Median Progression-Free Survival (PFS) and Overall Survival (OS) were not reached within two years of follow-up. PFS and OS at two years were 54% and 64%, respectively. The CI of Non-Relapse Mortality (NRM) was 11% at 100 days and 19% at two years. The main causes of death were infections (33%), followed by relapse or progression (29%). **Discussion:** This retrospective study demonstrates that allogeneic HSCT is an effective and safe curative option for myeloproliferative neoplasms in patients aged 65-years or older. Despite the use of RIC regimens and the inclusion of patients not in remission before transplantation, we observed a low relapse rate. Additionally, the rates of NRM and chronic extensive GVHD were relatively low. **Conclusions:** Although the study has limitations, including its retrospective nature and lack of comparison with other specific therapies, the findings suggest HSCT is a viable treatment option for elderly patients.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.1764>

MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOÉTICAS COM CITARABINA EM DOSES INTERMEDIÁRIAS

VC Farnese^a, RLG Cunha^b

^a Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil

^b Oncoclínicas São Paulo, São Paulo, SP, Brasil