

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:**

Observou-se que, o intervalo de tempo, entre a data do exame diagnóstico e a data do primeiro tratamento dos pacientes com LNHDGB, no estado do Rio de Janeiro nos últimos 10 anos, foi em até 10 dias em 23,2% dos casos, porém, em 52,9% esse tempo foi de 10 a 90 dias. Esses dados reforçam a necessidade de estratégias de saúde pública direcionadas para reduzir o tempo do início do tratamento, que é uma variável fundamental no prognóstico desses pacientes. Trabalhos com outros desenhos de estudo são necessários para esclarecer melhor as causas que levaram aos intervalos de tempo observados para o início do tratamento dos pacientes com LNHDGB no estado do Rio de Janeiro.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.383>

REAL-WORLD USE OF TAFASITAMAB FOR RELAPSED OR REFRACTORY DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA IN THE UNITED STATES BY PRIMARY REFRACTORY STATUS

K Saverno^a, KMZ Savill^b, B Feinberg^b,
J Galvin^a, P Pathak^b, T Amoloja^a, N Epperla^c,
LJ Nastoupil^d

^a Incyte Corporation, Wilmington, United States

^b Cardinal Health, Dublin, United States

^c The Ohio State University, Columbus, United States

^d The University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, United States

Objectives: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is an aggressive lymphoma with variable prognoses. Patients with primary refractory DLBCL tend to have poor outcomes with second-line therapy and beyond. Tafasitamab, a CD19-targeting immunotherapy, combined with lenalidomide, is approved by the US Food and Drug Administration for relapsed or refractory (R/R) DLBCL in adults ineligible for autologous stem cell transplantation. In a recent real-world study, over one in four patients receiving tafasitamab for R/R DLBCL had primary refractory disease. Here, we describe patient characteristics, treatment patterns, and clinical outcomes observed in this study by primary refractory status. **Material and methods:** In this retrospective cohort study, participating physicians from Cardinal Health's Oncology Provider Extended Network abstracted data from eligible patients' medical records into electronic case report forms. Eligible patients were aged ≥ 18 years, initiated tafasitamab for R/R DLBCL on or after October 21, 2020, and had ≥ 4 months of follow-up (however, otherwise eligible patients who died during follow-up were also included). Results were summarized by primary refractory status using descriptive statistics. Primary refractory was defined as disease progression while receiving or ≤ 6 months after completion of first-line therapy. Tafasitamab treatment duration was estimated using the Kaplan-Meier method. **Results:** The analysis included 181 patients, 47 (26%) with primary refractory and 134 (74%) with nonprimary refractory disease. At tafasitamab initiation, 43% of patients in the primary refractory and 49% in the nonprimary refractory subgroups had ECOG PS ≥ 2 , and most

patients had revised International Prognostic Index scores of 3-5 (primary refractory, 83%; nonprimary refractory, 80%). Median (Q1-Q3) follow-up from tafasitamab initiation in the primary refractory and nonprimary refractory subgroups was 5.7 (4.6-7.6) and 6.5 (5.1-9.2) months, respectively. Most patients received tafasitamab as second-line treatment (primary refractory, 70.2%; nonprimary refractory, 72.4%). Median (95% CI) duration of tafasitamab treatment in the primary refractory and nonprimary refractory subgroups was 11.0 (5.8-14.1) and 11.9 (10.5-16.8) months, respectively. Real-world overall response rate (95% CI) was 61.7% (47.8-75.6%) for the primary refractory and 73.1% (65.6-80.6%) for the nonprimary refractory subgroups. At the time of data collection, 35 patients (74.5%) with primary refractory disease and 109 patients (81.3%) with nonprimary refractory disease were still alive, of whom 27 (77.1%) and 94 (86.2%) were still receiving tafasitamab, respectively. **Discussion:** Findings from this study indicate that real-world overall response rates to tafasitamab were favorable among patients with primary refractory and nonprimary refractory DLBCL. Most patients who were alive at time of data collection were still receiving tafasitamab. A limitation is the relatively short follow-up time. **Conclusion:** This analysis supports the clinical benefit of tafasitamab treatment for patients with primary refractory and nonprimary refractory disease. Longer follow-up is required to evaluate long-term outcomes with tafasitamab treatment among patients with primary refractory DLBCL. **Funding:** Incyte Corporation.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.09.384>

LINFOMA NÃO-HODGKIN COM ACOMETIMENTO DE CONJUNTIVA: UM RELATO DE CASO

ICR Diogo^a, CP Batista^a, GF Marcelino^a,
BPD Santos^a, VL Abreu^a, LM Salla^a,
LB Saavedra^a, KG Frigotto^a, EB Riscarolli^b,
VRGA Valviesse^a

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

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

Introdução: O Linfoma Não-Hodgkin da Zona Marginal (LNHZM) é um subtipo incomum de linfoma não-Hodgkin e possui características histológicas idênticas aos linfonodos envolvidos pelo linfoma, mas sem doença extranodal ou esplênica proeminente. Por mais que sua patogênese ainda não seja completamente compreendida, sabe-se que mutações adquiridas em oncogenes e genes supressores de tumor estão envolvidos. A apresentação clínica é inespecífica e altamente variável, com a maioria dos pacientes apresentando adenopatia periférica indolor nas regiões cervical, axilar, inguinal e/ou femoral. Além disso, estudos de estadiamento demonstram frequentemente envolvimento nodal amplamente disseminado (estágio III ou IV). O baço e outros tecidos extranodais geralmente não estão envolvidos na apresentação, entretanto, a disseminação para esses locais pode ser observada em