

ID - 2607

DESFECHOS DA INTERRUPÇÃO DE INIBIDORES DE TIROSINA-QUINASE EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA: COORTE RETROSPECTIVA DE REMISSÃO LIVRE DE TRATAMENTO EM UM CENTRO ONCOLÓGICO BRASILEIRO

AG Macias, DF Brasileiro, CBA Leda, JAM Ramazoto, JRd Assunção, STd Oliveira, IZ Gonçalves, IAd Siqueira, IAS Plentz, MB Carneiro

Hospital de Câncer de Barretos, Barretos, SP, Brasil

Introdução: Pacientes com leucemia mieloide crônica (LMC) que alcançam resposta molecular profunda (RMP) podem sustentar remissão livre de tratamento (RLT) com a parada de inibidor de tirosina-quinase (ITK). Quando há recaída, a reintrodução da medicação costuma restaurar a resposta. **Objetivos:** Quantificar a RLT em marcos fixos e descrever desfechos após recaída molecular em pacientes acompanhados desde 2019. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo (jan 2019–dez 2024). Inclusão: fase crônica, ≥ 5 anos de ITK contínuo e RMP ≥ 2 anos (BCR-ABL $< 0,01\%$ IS), consentimento do paciente. Exclusão: parada não clínica, gestação, monitoramento inadequado, baixa adesão, perda de seguimento, eventos grau 3–4 ou crise blástica. Monitoramento molecular: PCR quantitativo em tempo real (QuantideX® qPCR BCR-ABL IS Kit, Asuragen®) no laboratório institucional: mensal 0–6 meses, trimestral 7–24 meses, semestral em diante. Recaída: perda de resposta molecular maior (RMM, BCR-ABL $\geq 0,1\%$). Kaplan–Meier para tempo livre de ITK (intervalo de confiança de 95%). **Desfechos:** Primário: RLT em 6 meses (proporção sem ITK e em RMM, janela 5–7 meses). Secundários: RLT em 12 meses; mediana livre de ITK; resistência com troca de ITK; percentual de paciente que reiniciou ITK por perda de RMM. Avaliações em 24 e 36 meses serão adicionadas quando toda a coorte atingir esses marcos de seguimento, o que permitirá comparação ampliada com o EURO-SKI. **Resultados:** Trinta e um pacientes iniciaram RLT. RLT-6 meses: 58,1% (18/31; IC 39,1–75,5); 12 meses: 50,0% (15/30; IC 31,3–68,7). Mediana livre de ITK: 14,3 meses. Reinício por perda de RMM: 58,1%. Troca após reinício: 5,6%. Resistência declarada: 5,6%. **Discussão:** A RLT-6 meses (58,1%) espelha o EURO-SKI ($\sim 61\%$), indicando que nossos critérios de parada e monitoramento inicial são seguros. Aos 12 meses, metade da coorte segue sem ITK; o declínio reflete a zona de maior risco descrita na literatura. O reinício por perda de RMM (58,1%) confirma a necessidade de vigilância estreita, mas a baixa taxa de troca (5,6%) mostra recuperação rápida com o mesmo fármaco e resistência clínica rara. A mediana livre de ITK de 14,3 meses posiciona nosso serviço em linha com séries de mundo real, reforçando que, mesmo em centro público, a estratégia de RLT é factível quando há adesão ao calendário de PCR e reintrodução precoce. **Conclusão:** Em curto prazo, nossos resultados reproduzem experiências internacionais, confirmando a segurança da suspensão em nosso cenário público. A maioria dos que recaem recupera rapidamente a resposta com o mesmo ITK e raramente exige troca. Seguimento mais longo e coorte

ampliada permitirão refinar estimativas e identificar fatores que sustentem a RLT a longo prazo

Referência:

Saussele S, Richter J, Guilhot J, Gruber FX, Hjorth-Hansen H, Almeida A, et al. Discontinuation of tyrosine kinase inhibitor therapy in chronic myeloid leukaemia (EURO-SKI). *Lancet Oncol.* 2018;19(11):1512–21. doi:10.1016/S1470-2045(18)30426-8.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104415>

ID - 1452

DESFECHOS DE LONGO PRAZO EM PACIENTES COM LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA TRATADOS COM DASATINIBE EM SEGUNDA OU TERCEIRA LINHA

JdR Canedo^a, V Dias de Carvalho^a, C Cralcev^b, GO Duarte^b, GBD Amarante^b, E Miranda^b, CAd Souza^b, KBB Pagnano^{a,b}

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Campinas, SP, Brasil

^b Centro de Hematologia e Hemoterapia (Hemocentro), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil

Introdução: O dasatinibe (DASA) é um inibidor de tirosina quinase (TKI) de segunda geração, aprovado no Sistema Único de Saúde para pacientes com leucemia mieloide crônica (LMC) resistentes ou intolerantes ao imatinibe. Dados reais do DASA em LMC são limitados, especialmente em países de renda média. **Objetivos:** Descrever dados clínicos, resposta, eventos adversos e sobrevida de pacientes com LMC tratados com DASA e redução de dose em FC na 2ª linha. **Material e métodos:** Estudo retrospectivo, observacional. Inclusão: pacientes tratados com DASA em segunda ou terceira linha (2005–2025) em centro único. Dados clínicos e laboratoriais, terapias prévias, resposta e eventos adversos foram coletados. Eventos adversos foram classificados pelo CTCAE v5.0. Sobrevida global (SG), livre de progressão (SLP) e livre de eventos (SLE) foram estimadas por Kaplan–Meier, a partir da data de início do dasatinibe. **Resultados:** Entre maio de 2005 e janeiro de 2025, 159 pacientes com LMC foram tratados com DASA, sendo 142 em segunda linha e 17 em terceira linha. A mediana de idade ao diagnóstico foi 48 anos (18–83), e 53 (18–83), no início do DASA; 55% homens, diagnóstico da LMC na FC (82%). No início do tratamento com DASA, 112 pacientes estavam em FC (70%) e 42 (26%) em fases avançadas. Todos receberam imatinibe em primeira linha, um paciente recebeu nilotinibe. A troca da 1ª linha para DASA ocorreu por intolerância ($n = 108$; 76%) ou resistência ($n = 34$; 24%). Entre pacientes com uso de DASA em 3ª linha, 47% ($n = 8$) trocaram a 2ª linha por intolerância, 24% ($n = 4$) por resistência e 29% ($n = 5$) por outros motivos. A dose inicial foi 100 mg/dia para FC e 140 mg/dia para fases avançadas. No grupo total tratado com DASA em segunda linha, 120 pacientes (84%) alcançaram resposta hematológica completa (RHC), 65 (88%) resposta citogenética maior, e 52 (70%) resposta citogenética completa