

included—279 with DLBCL and 22 with PMBCL. The overall frequency of CD30 positivity was 19.6%, with 19% in DLBCL and 27.3% in PMBCL. Among CD30+ cases, nodal biopsies were significantly more frequent (62.7%) than extranodal (37.3%), compared to 47.5% and 52.5% respectively in CD30-negative cases ($p = 0.036$). No significant associations were observed between ExpCD30 and NCCN-IPI risk category, or between ExpCD30 and cell of origin. ExpCD30 was not significantly associated with OS ($p = 0.22$) or PFS ($p = 0.42$). In multivariate models, the only independent predictor of worse outcomes was the presence of ≥ 4 NCCN-IPI risk factors, associated with poorer OS (HR 3.15, 95% CI: 1.99–5.01, $p < 0.001$) and PFS (HR 2.90, 95% CI: 1.90–4.42, $p < 0.001$). In the DLBCL subgroup, ExpCD30 was not significantly associated with GC vs. non-GC classification such as NCCN-IPI score. ExpCD30 did not impact OS ($p = 0.35$) or PFS ($p = 0.70$). Once again, having ≥ 4 NCCN-IPI risk factors remained the only significant prognostic factor in the multivariate analysis. Due to the small number of cases ($n = 22$), we were unable to conduct detailed statistical analyses in the PMBCL subgroup. **Discussion and conclusion:** Our cohort represents the third largest sample among previously published studies and is the first in Brazil and Latin America to evaluate CD30 expression in these specific lymphoma subtypes. Our findings are consistent with most of the studies published in the international literature. CD30 positivity was observed in approximately one-fifth of cases, more frequently in nodal biopsies, but showed no significant association with major prognostic factors or survival outcomes.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104708>

ID - 2701

CHARACTERISTICS AND TREATMENT PATTERNS OF PATIENTS WITH MANTLE CELL LYMPHOMA IN BRAZIL: A REAL-WORLD STUDY

R Schaffel^a, LYC Garcia^b, H Kagdi^b,
E Guardalben^b, N Milloy^c, H Burlison^c,
A Simpson^c, MH Jen^b, G Segall^b

^a Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Eli Lilly and Company, Indianapolis, United States

^c Adelphi Real World, Adelphi Mill, Bollington, Macclesfield, United Kingdom

Introduction: Mantle cell lymphoma (MCL) is a non-Hodgkin lymphoma with an adverse prognosis, caused by an accumulation of malignant B-cells originating from the mantle zone of lymph nodes. There is limited evidence exploring patients (pts) with MCL and their treatment in Brazil. **Objectives:** This study aimed to describe the demographics, clinical characteristics and treatment patterns of pts with MCL across Brazil. **Material and methods:** Data were drawn from the Adelphi MCL Disease Specific Programme™, a cross-sectional survey with retrospective data collection from March–October 2022 in 8 countries including Brazil. Hematologists/hem-oncologists provided demographics, clinical characteristics and

treatment data for six consecutively consulting pts with MCL in a 1:2 ratio of first-line (1L) to pre-treated (2L+), with ≥ 2 of the 2L+ pts having received a Bruton's tyrosine kinase inhibitor (BTKi). All analyses were descriptive. **Results:** 37 physicians provided data on 244 pts with MCL in Brazil. Most physicians (85%, $n = 29/34$, known setting) practiced in a specialist center, and 12% ($n = 4/34$, known setting) in a university setting. Of the pts, 75% ($n = 183/244$) were male with median age (interquartile range) 65.0 (55.0–71.0) years and 19% ($n = 46/244$) had a caregiver. Most were covered by private healthcare plans (72%, $n = 176/244$), with 19% ($n = 47/244$) covered by the public healthcare system. Most pts had classical MCL (61%, $n = 148/244$), 12% ($n = 30/244$) blastoid/pleomorphic disease and one fifth indolent disease (22%, $n = 53/244$) as recorded by the treating physician. At diagnosis, 30%/35%/31% of pts had an ECOG performance status of 0/1/ ≥ 2 . Using a simplified MCL international prognostic index (sMIPI) proxy, 55% ($n = 101/182$) were classed as low risk, 29% ($n = 53/182$) intermediate risk and 15% ($n = 18/182$) high risk at data collection. Overall, 50% received a BTKi, and 98% of 1L and 90% of 2L therapies were initiated post-2014 and post-2020, respectively. Stem cell transplant was received by 9% ($n = 23/244$) at 1L and by 2% ($n = 3/160$) at 2L. At 1L, 62% ($n = 151/244$) received chemoimmunotherapy (CIT), and 17% ($n = 42/244$) received a BTKi (monotherapy or combination), with R-CHOP the most common CIT (37%, $n = 90/244$) and ibrutinib the most common BTKi (12%, $n = 29/244$). Overall response rate (ORR) at 1L was 60% ($n = 25/42$) and 72% ($n = 109/151$) for BTKi-based treatment and CIT respectively, with a complete response rate (CRR) of 40% ($n = 17/42$) and 50% ($n = 75/151$) respectively. At 2L, 58% ($n = 92/160$) received a BTKi-based treatment ($n = 67/92$ ibrutinib, $n = 25/92$ acalabrutinib) and 15% ($n = 24/160$) received CIT with R-CHOP ($n = 7/24$) being the most common CIT. ORR was 53% ($n = 49/92$) for BTKi-based treatment and 75% ($n = 18/24$) for CIT, with 21% ($n = 19/92$) and 46% ($n = 11/24$) CRR, respectively. Unacceptable tolerability was reported as the reason for treatment cessation for one pt ($n = 1/176$) at 1L and 17% ($n = 10/59$) at 2L. **Discussion and conclusion:** Conclusions: Most pts were elderly males and classified as low risk or intermediate risk using a sMIPI proxy. Though one-fifth of pts were reported to have indolent disease at diagnosis, one-third had an ECOG score of ≥ 2 during treatment, indicating functional decline. Although our study set a quota for 2L+ pts treated with BTKi, observation of BTKi use in 1L was unexpected since BTKi was not approved in the 1L setting at data collection in Brazil; this could suggest unmet need for targeted treatment in the first-line setting at data collection.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104709>

ID - 1601

DESAFIO DIAGNÓSTICO EM LINFOMA PLASMABLÁSTICO: RELATO DE CASO EM PACIENTE IMUNOCOMPETENTE

IJ Buzian, D Nos, MS Natalício

Faculdade Estácio IDOMED Jaraguá do Sul, SC, Brasil

Introdução: O linfoma plasmablastico (LPB) é uma neoplasia linfoproliferativa rara e altamente agressiva, derivada de células B em estágio terminal de diferenciação plasmocitária. É marcado por expressão intensa de CD138, CD38 e MUM1, ausência de CD20 e PAX5 e índice proliferativo elevado (Ki-67 >80%). Embora classicamente descrito em pacientes HIV+, também pode acometer indivíduos imunocompetentes, geralmente com curso clínico atípico e apresentação extranodal, como em mucosa gástrica e esqueleto axial e apendicular (BIBAS, 2024). **Descrição do caso:** Paciente feminina, 67 anos, imunocompetente, procurou atendimento por dor intensa em membros inferiores, sendo identificadas fraturas patológicas no platô tibial direito e pilão tibial esquerdo. A hipótese inicial foi de mieloma múltiplo (MM) não secretor, com biópsia óssea CD138+ e ausência de pico monoclonal em EFPS. Iniciou-se tratamento com VCD (bortezomibe, ciclofosfamida e dexametasona), obtendo resposta clínica apenas parcial. Durante seguimento, apresentou piora da anemia e foi detectada massa gástrica, achado incomum para MM. Nova biópsia revelou proliferação plasmablastica CD138+/MUM1+, ausência de CD20 e PAX5, Ki-67 >90%, EBV e HIV negativos, compatível com LPB (RAMIREZ-GAMERO, 2024). PET-SCAN demonstrou captação aumentada no corpo gástrico, linfonodomegalias supra e infradiaphragmáticas e múltiplas lesões ósseas líticas. Frente ao diagnóstico revisado, iniciou-se DARA-EPOCH (daratumumabe associado a etoposídeo, prednisona, vincristina, ciclofosfamida e doxorubicina), regime recomendado em doença agressiva, com base em dados que apontam melhora de sobrevida quando há associação de anticorpos monoclonais (NOY, 2024). Após seis ciclos, PET-SCAN de reavaliação evidenciou resposta metabólica completa, com regressão clínica significativa e melhora funcional. **Conclusão:** Este caso evidencia a complexidade diagnóstica do LPB, que pode mimetizar MM, sobretudo em variantes não secretoras, compartilhando marcadores plasmocitários e padrão de lesões ósseas. A ausência de resposta plena ao tratamento inicial, a localização gástrica e o alto índice proliferativo foram determinantes para a reclassificação diagnóstica. O reconhecimento precoce do LPB em pacientes imunocompetentes e EBV-negativos requer abordagem multidisciplinar e correlação estreita entre dados clínicos, histopatológicos e de imagem (BELTRAN, 2021). O desfecho positivo obtido com DARA-EPOCH reforça a necessidade de terapias intensivas e personalizadas, bem como da reavaliação diagnóstica em casos refratários. A condução integrada entre hematologia, patologia, oncologia e radiologia pode impactar de forma decisiva o prognóstico desse subtipo raro e desafiador de linfoma.

Referências:

- Beltran BE, et al. Plasmablastic lymphoma: a review of current knowledge and future directions. *Cancer*, v.127, n.14, p.2301-2309, 2021.
- Bibas M. Plasmablastic lymphoma. A state-of-the-art review: part 1 – epidemiology, pathogenesis, clinicopathologic characteristics, differential diagnosis, prognostic factors, and special populations. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2024;16(1):e2024007.
- Noy A, Barta SK, Kwon D, Baiocchi R, Ramos JC, Rubinstein P, et al. Daratumumab with dose-adjusted EPOCH is feasible

in newly diagnosed plasmablastic lymphoma: AIDS Malignancy Consortium 105. *Blood*. 2024;144(Suppl 1):870. doi:10.1182/blood-2024-211388

Ramirez-Gamero A, Martínez-Cordero H, Beltrán BE, Florindez J, Malpica L, Castillo JJ. Plasmablastic lymphoma: 2024 update on diagnosis, risk stratification and management. *Am J Hematol*. 2024;99(8):1586-94. doi:10.1002/ajh.27376.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104710>

ID – 421

DESAFIOS OCULTOS DO LINFOMA DO MANTO: RELATOS E REALIDADES DOS PACIENTES

FCS Simão, I Gorayb, N Melo, F Fedozzi, C Moura, JR Gioseffi

Abrale, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O linfoma de células do manto (LCM) é um subtipo raro de linfoma não-Hodgkin, caracterizado pela superexpressão da ciclina D1 e frequentemente diagnosticado em estágios avançados. Apesar dos avanços com inibidores da tirosina quinase de Bruton (BTK), como o Ibrutinibe, o LCM ainda é considerado de difícil controle e baixa taxa de cura. Diante disso, compreender a vivência dos pacientes é essencial para orientar políticas públicas, melhorar o acesso e qualificar o cuidado oncológico. **Objetivos:** Compreender os impactos do LCM na vida dos pacientes, seus desafios no diagnóstico, tratamento e acesso à informação, visando subsidiar ações de comunicação, advocacy e melhoria da atenção integral. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, baseado em grupo focal com sete pacientes diagnosticados com LCM. A seleção foi feita por amostra por conveniência, a partir do banco de dados da ABRALE, incluindo participantes de diversas regiões do Brasil. As entrevistas, realizadas virtualmente, seguiram roteiro pré-estruturado e foram analisadas com base em análise de discurso. **Resultados:** Os pacientes relataram um processo de diagnóstico longo e, por vezes, equivocado, com sintomas pouco específicos como dores no corpo, nódulos, cansaço e sudorese. Muitos profissionais inicialmente não associaram os sinais ao LCM, atrasando a confirmação diagnóstica. Apenas dois dos sete participantes não enfrentaram barreiras para iniciar o tratamento. A maioria relatou dificuldades com a cobertura de medicamentos pelos planos de saúde ou ausência de protocolos atualizados no SUS, sendo necessária judicialização. Sobre o suporte emocional e social, todos relataram apoio familiar e das equipes médicas, mas evidenciaram carência de acesso a psicólogos e especialistas. Houve destaque para o impacto da doença na rotina, no trabalho e nas relações sociais. Alguns pacientes relataram perda de vínculos por estigmas associados à doença. Porém, muitos reforçaram o fortalecimento de laços e o aprendizado com a experiência. As expectativas em relação ao futuro são majoritariamente positivas, com confiança nos avanços da medicina. Também foi destacada a importância da informação qualificada sobre os direitos dos pacientes. **Discussão e**