

ensaio. A reprodutibilidade apresentou coeficientes de variação compatíveis com os valores esperados para cada faixa de frequência alélica, utilizando DNA sintético como matriz. Os resultados das amostras biológicas analisadas foram concordantes com aqueles obtidos por metodologia ortogonal, demonstrando alta sensibilidade do método. **Discussão e conclusão:** A detecção de variantes em baixas frequências alélicas é essencial para o diagnóstico preciso e para o monitoramento da resposta terapêutica, especialmente em pacientes tratados com inibidores de BTK. A dPCR oferece maior sensibilidade que a PCR quantitativa (qPCR) e representa uma alternativa mais custo-efetiva e acessível do que o sequenciamento de nova geração (NGS) para esta aplicação. Além de permitir a identificação precoce de mutações "drivers", a técnica viabiliza a detecção da carga tumoral com alta acurácia. O teste desenvolvido e validado apresenta desempenho adequado para detecção da variante S338X no CXCR4, podendo ser incorporado à rotina diagnóstica da MW, tanto para estratificação molecular quanto para o monitoramento de pacientes em tratamento com inibidores de BTK.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104713>

ID - 1964

DESFECHO DE UMA COORTE DE PACIENTES IDOSOS COM LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B TRATADOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO (HUPE)

HM Candreva, MLN Manhães, ACR de Oliveira, CdP Eccard, SIL Kilgore, LLdSP Domingues, CG Pessanha, LS de Souza, AR Soares, RLR Baptista

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) é o tipo de linfoma mais comum e apesar de agressivo é potencialmente curável com quimioterapia a base de R-CHOP. Pacientes com mais de 70 anos são considerados idosos e muitos podem ser frágeis pela presença de comorbidades o que pode exigir mudança do tratamento, impactando no prognóstico. **Objetivos:** Analisar características epidemiológicas, clínicas e o prognóstico de pacientes idosos com LDGCB do serviço de Hematologia do HUPE. **Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo de pacientes idosos com LDGCB acompanhados no HUPE de 2010 a 2024. Coleta de dados de prontuários. Analisadas características demográficas, clínicas e de tratamento por estatística descritiva. Sobrevida Global (SG) e Sobrevida Livre de Evento (SLE) foram estimadas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas pelo método de log rank. **Resultados:** Coorte com 110 pacientes com LDGCB. 36 (32%) pacientes idosos com mais de 70 anos, sendo 28 (25%) pacientes com 70 anos ou mais e 8 (7%) pacientes com 80 anos ou mais. 22 (55,5%) pacientes do sexo feminino. 20 pacientes (55,5%) estágio III e IV, 12 pacientes (37,5%) com massa Bulky e 22 pacientes (61,1%) com sintomas B. 26 (72,2%) pacientes foram tratados com RCHOP e 7 (19,4%) mini-RCHOP. 21 (61,7%) pacientes obtiveram RC, 5 (14,7%)

remissão parcial, 5 (14,7%) progressão da doença, 6 (22,2%) recaída. A SLE mediana foi de 132 meses para a população geral, 20,1 meses para pacientes com 70 anos ou mais e de 10,8 meses para aqueles com 80 anos ou mais. A SG mediana foi de 131, 21,5 e 10,8 meses, respectivamente (p 0,01). **Discussão e conclusão:** Os pacientes idosos foram tratados em sua grande maioria com R-CHOP ou mini R-CHOP conforme descrito e recomendado na literatura. O desfecho clínico dos pacientes idosos (mais de 70 anos) foi pior do que o da população geral, o que é condizente com os dados da literatura internacional. Porém, chama atenção, uma SG mediana desses pacientes idosos da nossa coorte muito inferior ao descrito na literatura internacional que é de 42 meses de SG mediana. Pacientes idosos com LDGCB apresentam um prognóstico pior em comparação aos pacientes mais jovens, devido à presença de mais comorbidades e menor tolerância ao tratamento. O desfecho clínico dos nossos pacientes idosos foi bastante inferior ao descrito na literatura e pode estar associado ao idadismo e a falta de políticas públicas efetivas que permitam acesso precoce e cuidado efetivo para o idoso.

Referências:

Yasodara S, et al. How I treat older patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Blood*, v. 141, n. 21, p. 2566–2575, 2023.

Wang M, et al. Treatment of diffuse large B-cell lymphoma in the elderly: tailoring therapy in an era of novel agents. *Hematology*, v. 3, p. e54, 2018.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104714>

ID – 1142

DISPARITIES IN ACCESS TO BIOLOGICAL MARKERS FOR NHL IN BRAZIL

M Emmerick^a, R Dalfeor^b, F Zattar Piazeria^c, T Fischer^d, AC Lopes^e, T Vanelli^f, CS Chiattonne^g

^a AstraZeneca, Niterói, Brazil

^b Centro de Tratamento Oncológico (CENTRON), DASA, Rio de Janeiro, Brazil

^c Oncoclínicas, Brasília, Brazil

^d A.C.Camargo Câncer Center, São Paulo, Brazil

^e Real Hospital Português, Recife, Brazil

^f Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, Brazil

^g Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSp), São Paulo, Brazil

Introduction: Non-Hodgkin lymphoma (NHL) is a group of heterogeneous diseases with diverse mechanisms, biological markers, and clinical presentations. About 85% of NHL cases are B-cell-derived, predominantly diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and follicular lymphoma (FL). NHL subtypes are classified using clinical findings, morphology, immunohistochemistry (IHC), immunophenotyping, and genetics. FL shows BCL-2 overexpression, mantle cell lymphoma (MCL) involves the t(11;14) leading to cyclin D1 overexpression, and DLBCL can be further divided into GCB-like and ABC-like using IHC markers CD10, BCL6, and IRF4/MUM1. Although

biological markers play a crucial role in the classification of NHL, access to IHC testing remains uneven across healthcare systems such as Brazil's, largely due to socioeconomic and regional disparities. **Objectives:** This study examines these disparities and their impact on NHL patient care. **Material and methods:** A cross-sectional study using an online form assessed disparities in the NHL patient journey in Brazil's public and private healthcare sectors. Out of 49 questions, 12 focused on accessing common NHL biological markers. **Results:** The survey, completed by 153 hematologists, highlighted disparities in IHC marker access. In public healthcare, 70% reported Ki67 availability and testing; 92% in private care reported consistent testing. For Cyclin D1, 63% in public settings reported testing availability, compared to 93% in private care. Ki67 and Cyclin D1 testing were absent in 6% and 8.5% of public facilities, respectively. Regarding TP53, 30% of public respondents lacked access to IHC, and 36% to molecular tests. Conversely, 43% in private settings used IHC, 22.5% combined it with molecular biology, and 5% lacked IHC access. Over 50% in both settings reported BCL-2 and MYC IHC access; 35% in private care used FISH. Notably, 5% and 14% in public facilities lacked BCL-2 and MYC IHC access. The Hans algorithm was consistently used by 79.5% in private and 64% in public sectors for DLBCL classification. Interestingly, 50% across both sectors sought second opinions on pathology reports due to report accuracy concerns. **Discussion and conclusion:** Significant disparities in IHC marker access exist between Brazil's public and private healthcare systems, impacting NHL classification and treatment. Addressing these inequalities is crucial for improving outcomes and ensuring equitable healthcare access.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104715>

ID - 2230

DISTRIBUIÇÃO DOS LINFOMAS NÃO HODGKIN POR SUBTIPO NA SANTA CASA DA BAHIA

LN dos Anjos, MA Santos Romeo,
VO Santos Junior, LB Passos, SR Simões,
MS Simões, LH dos Santos de Assis,
AC Lima da Cruz Strapasson,
HR Carvalho Silva, RM Leal Borges

Hospital Santa Izabel, Oncoclínicas, Santa Casa da Bahia, Salvador, BA, Brasil

Introdução: A classificação WHO dividiu os LNH em vários subtipos, cada um com características clínicas, moleculares e prognósticas distintas. Haematolymphoid Tumors (WHO-HAEM5), publicada em 2022–2023. Esta edição incorpora avanços recentes em genética, biologia molecular e critérios diagnósticos, trazendo mudanças importantes na definição e subtipagem dos linfomas. Conhecemos a classificação WHO com os principais subtipos, sendo que a frequência de alguns subtipos varia de acordo com a região geográfica. Acredita-se que influências genéticas e ambientais possam ser responsáveis por essa variabilidade. Temos poucos estudos com estatísticas epidemiológicas dos linfomas não Hodgkin por subtipo no Brasil. **Objetivos:** Objetivo: No presente estudo

temos o objetivo de avaliar a frequência dos principais subtipos de linfoma não Hodgkin diagnosticados e tratados na nossa instituição nos últimos 5 anos. **Material e métodos:** Levantamos o banco de dados do Hospital Santa Izabel, buscando pelo CID, código APAC e documentos de comunicação da equipe médica, todos os casos de linfoma não Hodgkin diagnosticados no Hospital Santa Izabel de 2019 a 2024. Revisamos todos os casos e classificamos de acordo com o resultado do AP/IH, ou da Imunofenotipagem nos casos de leucemia linfóide crônica. **Resultados:** A distribuição de 229 casos de Linfoma Não Hodgkin no Hospital Santa Izabel-Bahia neste período foram de 18 (7,9%) do subtipo Folicular, 82 (35,8%) dos Linfomas Difusos de Grandes Células B, 19 (8,3%) dos Zona T/NK, 20 (8,7%) do Manto, 23 (10%) do Marginal, 5 (2,2%) do Plasm Waldes, 57 (24,9%) do LLC, 4 (1,75%) Tricoleucemia, e 1 (0,45%) de Burkitt. **Discussão e conclusão:** O linfoma não-Hodgkin (LNH) é um grupo diverso de cânceres que se originam nas células do sistema imunológico, principalmente nos linfócitos. A classificação do LNH é complexa, com mais de 50 subtipos reconhecidos, cada um com características clínicas, biológicas e prognósticas distintas. Entender os subtipos é fundamental para o diagnóstico, tratamento e prognóstico. A distribuição dos subtipos varia conforme a região geográfica, idade e fatores demográficos. O reconhecimento dos subtipos é essencial para o manejo clínico e para o desenvolvimento de terapias direcionadas, refletindo avanços significativos na sobrevida e qualidade de vida dos pacientes. Temos poucas publicações no Brasil com a porcentagem de cada subtipo de linfoma não Hodgkin. Observamos pequenas diferenças, com uma porcentagem menor de linfomas foliculares e, talvez, um discreto aumento de linfoma do manto. Como nossos números são pequenos, e representam apenas um hospital e uma região, será interessante conhecer a epidemiologia de outros locais para comparar e entender se existem realmente diferenças no Brasil ou na região Nordeste.

Referências:

- Al-Naeeb A, Ajithkumar T, Behan S, Hodson D. Non-Hodgkin lymphoma. *BMJ*. 2018;362:k3204. doi:10.1136/bmj.k3204.
Singh R, Shaik S, Negi B, Rajguru J, Patil P, Parihar A, et al. Non-Hodgkin lymphoma: A review. *J Family Med Prim Care*. 2020;9:1834-40. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1037_19.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104716>

ID - 817

DOSE DE PREDNISONA USADA NO TRATAMENTO DE LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B, UMA REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

LVd Oliveira ^a, JAd Santos ^a, JCV Bisneto ^b

^a Hospital Universitário Professor Edgar Santos (HUPES), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, BA, Brasil

^b Mayo Clinic, Rochester, Estados Unidos

Introdução: A imunoquimioterapia utilizando rituximabe, ciclofosfamida, cloridrato de doxorubicina (hidroxidaunomicina), sulfato de vincristina (Oncovin) e prednisona (R- CHOP)