

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)

tem sido o tratamento padrão para o linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) há mais de 20 anos. Apesar de seu uso disseminado, não há um padrão aceito na dose de prednisona nesse cenário. Há duas estratégias, a primeira com dose fixa (100 mg diários por cinco dias) e a segunda com a dose ajustada pela área de superfície corpórea (ASC), que varia de 40-100 mg/m² diários por cinco dias. **Objetivos:** Foi feita uma revisão sistemática e metanálise para determinar se a prednisona em dose fixa durante o tratamento com R-CHOP resultaria em desfechos equivalentes em comparação com a dose ajustada pela ASC. **Material e métodos:** Uma busca abrangente em várias bases de dados, na língua inglesa foi feita em junho de 2022 e atualizada em abril de 2024. Os resultados da busca foram revisados por dois membros da equipe, de forma independente para seleção e inclusão final. Discrepâncias foram resolvidas por um terceiro membro e revisadas pelo autor sênior. **Discussão e conclusão:** O resultado desta sistemática e metanálise, combinando 30 estudos prospectivos e um total de 3573 pacientes diagnosticados com LDGCB tratados com R-CHOP em primeira linha, não encontrou diferença nos desfechos clínicos entre pacientes tratados com prednisona em dose fixa e dose ajustada pela ASC. Essa revisão sistemática e metanálise fornecem evidências científicas para a prática disseminada de limitar a prednisona à dose máxima de 100 mg diários por cinco dias, potencialmente evitando efeitos adversos desnecessários da dose ajustada pela ASC.

Referências:

Greer JP, Arber DA, Glader B, List AF, Means RT Jr, Rodgers GM, et al. *Wintrobe's clinical hematology*. 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2024. p. 6968.

Coiffier B, Lepage E, Brière J, Herbrecht R, Tilly H, Bouabdallah R, et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2002;346(4):235-42. doi:10.1056/NEJMoa011795.

Tilly H, Morschhauser F, Sehn LH, Friedberg JW, Trnéný M, Sharman JP, et al. Polatuzumab vedotin in previously untreated diffuse large B-cell lymphoma. *N Engl J Med*. 2022;386(4):351-63. doi:10.1056/NEJMoa2115304.

Cho HJ, Eom HS, Kim HJ, Kim IS, Lee GW, Kong SY. Glutathione-S-transferase genotypes influence the risk of chemotherapy-related toxicities and prognosis in Korean patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Cancer Genet Cytogenet*. 2010;198(1):40-6. doi:10.1016/j.cancergencyto.2009.12.004.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104717>

ID - 1948

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF THE INCIDENCE OF EARLY-ONSET NON-HODGKIN LYMPHOMA STRATIFIED BY COUNTRY AND CONTINENT

MG Menezes Filho

Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, Brazil

Introduction: Non-Hodgkin lymphoma (NHL) comprises a heterogeneous group of lymphoid malignancies with diverse

clinical behaviors and histological subtypes. Although more commonly diagnosed in older adults, a considerable number of cases occur in individuals under 50 years, herein defined as early-onset non-Hodgkin lymphoma (EO-NHL). These early-onset cases may differ biologically and epidemiologically from those diagnosed later in life and can significantly affect quality of life, productivity, and long-term outcomes. Identifying global epidemiological trends in EO-NHL may clarify underlying genetic predispositions, infectious exposures (such as HIV or EBV), and environmental and socioeconomic factors contributing to disparities in incidence and diagnosis. **Objectives:** To analyze the global incidence of EO-NHL (ages 0-49) in 2022, stratified by country, continent, United Nations (UN) region, Human Development Index (HDI), and World Bank income classification, and to explore potential genetic, environmental, and socioeconomic factors in specific populations. **Material and methods:** This is a descriptive epidemiological study based on data extracted from the Cancer Today platform of the International Agency for Research on Cancer (IARC), part of the World Health Organization (WHO). Incidence estimates for NHL in individuals aged 0-49 years in 2022 were analyzed. The age-standardized rate (ASR, per 100,000 inhabitants) was used for comparisons. Stratifications were made by geographic (country, continent, and UN region), socioeconomic (HDI), and economic (World Bank income classification) parameters to identify patterns and disparities. **Results:** A total of 120,037 new cases were identified globally in 2022, with an ASR of 1.9 per 100,000. The highest ASRs were observed in Malawi (6.3), Zimbabwe (6.1), Trinidad and Tobago (5.4), and other sub-Saharan African and small island countries. Bhutan and São Tomé and Príncipe reported zero cases. North America had the highest continental ASR (3.7), followed by Oceania (3.3), Europe (2.7), Africa (2.5), Latin America (2.1), and Asia (1.4). UN regional analysis revealed the highest rates in Southern Europe (3.5), Australia-New Zealand (3.4), and Melanesia (3.3); the lowest occurred in Eastern Asia (1.4), Polynesia (1.4), South-Central Asia (1.1), and Micronesia (0.8). HDI stratification showed very high HDI countries with an ASR of 2.8, compared to 2.0 in low, 1.7 in high, and 1.4 in medium HDI nations. Regarding income level, high-income countries had the highest ASR (3.0), followed by low- (2.2), upper-middle- (1.8), and lower-middle-income nations (1.5). Brazil reported 3,153 cases, with an ASR of 1.7, below both the global and South American (2.0) averages. **Discussion and conclusion:** The global burden of EO-NHL is unevenly distributed, reflecting complex interactions between environmental exposures, infections, genetics, and health system capacity. Some of the highest ASRs are found in African nations, possibly linked to HIV prevalence and endemic infections, whereas developed countries exhibit higher incidence rates, likely due to better diagnostic access and registry systems. Conversely, underreporting and limited diagnostic capabilities may underestimate incidence in low-resource settings. The findings highlight the necessity of strengthening cancer surveillance, improving access to early diagnosis and care, and investing in research on EO-NHL etiology, particularly in high-incidence and underserved regions.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104718>