

Reunião anual **SPH** 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO

HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

LIVRO DE RESUMOS

Congresso acreditado por:

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Carneiro (*ULS São João*)
Ana Isabel Marques (*ULS São João*)
Ana Luísa Pinto (*ULS São João*)
Eliana Aguiar (*ULS São João*)
Fátima Ferreira (*ULS São João*)
Fernanda Trigo (*ULS São João*)
Inês Carvalhais (*ULS São João*)
Joana Lima Araújo (*ULS São João*)
Jorge Cancela Pires (*ULS São João*)
Juliana Bastos (*ULS São João*)
Lucília Marques (*ULS São João*)
Manuel Sobrinho Simões (*ULS São João*)
Margarida Badior (*ULS São João*)
Patrícia Silva (*ULS São João*)
Pedro Medeiros (*ULS São João*)
Ricardo Pinto (*ULS São João*)
Rita Damas (*ULS São João*)
Rita Duarte (*ULS São João*)
Rui Bergantim (*ULS São João*)

COMISSÃO CIENTÍFICA

António Almeida (*Hospital da Luz - Lisboa*)
Carolina Viveiros (*Hospital Divino Espirito Santo - Ponta Delgada*)
Cristina João (*Fundação Champalimaud*)
Daniela Alves (*ULS Santa Maria*)
Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça - Funchal*)
Filipa Moita (*IPO Porto*)
Inês Carvalhais (*ULS São João*)
Joana Azevedo (*ULS Coimbra*)
Luísa Regadas (*ULS Santo António*)
Luís Pedro Monteiro (*ULS São José*)
Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*)
Rui Bergantim (*ULS São João*)
Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*)



Reunião anual
SPH 2024



ÍNDICE POR TEMAS

COMUNICAÇÕES ORAIS - MÉDICOS

Sala 2 - 8 de Novembro de 2024 às 10:10

CO 1 - EFFECTIVENESS OF BLINATUMOMAB IN ADULTS WITH MRD+ OR R/R PH- B-CELL ALL IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE ACROSS EUROPEAN COUNTRIES, INCLUDING PORTUGAL

CO 2 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA COM MUTAÇÃO NPM1: RESULTADOS CLÍNICOS E DESAFIOS MOLECULARES EM 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Sala 2 - 8 de Novembro de 2024 às 12:00

CO 3 - ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: CARACTERIZAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES MACRO E MICROVASCULARES

CO 4 - ESTUDO-PILOTO PARA O RASTREIO NEONATAL DA DREPANOCITOSE EM 100 000 RECÉM-NASCIDOS

Sala 2 - 8 de Novembro de 2024 às 17:00

CO 5 - INCLUSÃO DE BRENTUXIMAB VEDOTINA NOS REGIMES DE RESGATE PRÉ-AUTOTRANSPLANTE É BENÉFICA NO LINFOMA DE HODGKIN RECAÍDO/REFRATÁRIO – ESTUDO MULTICÊNTRICO

CO 6 - DOENTES COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (LLC) TRATADOS COM R-VENETOCLAX EM PORTUGAL: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO, ANÁLISE DE EFICÁCIA E TOXICIDADE

Sala 2 - 9 de Novembro de 2024 às 10:10

CO 7 - OUTCOMES OF ALLOGENEIC TRANSPLANTATION IN MYELOFIBROSIS: INSIGHTS FROM A PORTUGUESE TRANSPLANTATION CENTER

CO 8 - RETHINKING ANTI-THYMOCYTE GLOBULIN DOSING STRATEGY IN ALLOGENEIC STEM CELL TRANSPLANTATION

Sala 2 - 9 de Novembro de 2024 às 13:30 (Sessão Paralela)

CO 9 - RECAPITULATION OF CLINICAL FEATURES IN A PATIENT-DERIVED XENOGRAFT MOUSE MODEL OF VEXAS SYNDROME

CO 10 - LOSS OF NURSE CELLS AND ERYTHROBLASTIC ISLANDS CONTRIBUTES TO THE FAILURE OF BONE MARROW ERYTHROPOIESIS IN ACUTE MYELOID LEUKEMIA

CO 11 - THE PROTECTIVE ROLE OF HOST NRF2 IN HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION WITH IRON OVERLOAD

CO 12 - INCREASED BONE MARROW CD16+ MONOCYTES ARE ASSOCIATED WITH IMPROVED OVERALL SURVIVAL IN PATIENTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA

CO 13 - CARACTERIZAÇÃO DO MICROAMBIENTE DA MEDULA ÓSSEA EM ANÁLISE DE “SINGLE CELL” NO MIELOMA MÚLTIPLO NUM MODELO PRÉ-CLÍNICO

CO 14 - MIGRAÇÃO DE CÉLULAS B E MOLÉCULAS DE ADESÃO CXCR4, CXCR5 E CD49D NA MW E SUA CORRELAÇÃO COM AS MUTAÇÕES MYD88L265P E CXCR4

CO 15 - CRONOTERAPIA E REPARAÇÃO DO DNA NA LEUCEMIA MIELOIDE - ESTUDO PRELIMINAR IN VITRO

CO 16 - THE COST-EFFECTIVENESS OF AXICABTAGENE CILOLEUCEL VERSUS STANDARD OF CARE AS SECOND-LINE THERAPY IN PATIENTS WITH LARGE B-CELL LYMPHOMA IN PORTUGAL

Sala 3 - 9 de Novembro de 2024 às 13:30 (Sessão Paralela)

CO 17 - EXPERIÊNCIA DE VIDA REAL PORTUGUESA COM DARATUMUMAB EM MIELOMA MÚLTIPLO EM PRIMEIRA LINHA E RECAÍDA/PROGRESSÃO - DARMMA

CO 18 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NOS DOENTES PORTUGUESES COM MIELOMA MÚLTIPLO E SUA RELAÇÃO COM OS CUIDADORES – SUB-ANÁLISE DO ESTUDO CARMMA

CO 19 - PREVISÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO COM MODELOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL – ANÁLISE DO ESTUDO MULTICÊNTRICO CARMMA

CO 20 - IMPACTO DO DARATUMUMAB NA MOBILIZAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOÉTICOS DE SANGUE PERIFÉRICO NO MIELOMA MÚLTIPLO

CO 21 - VALIDAÇÃO DO R2-ISS NUMA POPULAÇÃO DE VIDA REAL DE DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO RECÉM-DIAGNOSTICADO TRATADOS COM REGIMES BASEADOS EM BORTEZOMIB

CO 22 - LINFOMA DE HODGKIN: ESTAREMOS A PÔR OS DOENTES EM “CHECK”?

CO 23 - ANÁLISE DAS FREQUÊNCIAS DOS ESTEREÓTIPOS DE RECEPTORES DE CÉLULAS B EM DOENTES PORTUGUESES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM LLC: PAIS

CO 24 - MUTAÇÃO FLT3-ITD NA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. QUAL O IMPACTO NO PROGNÓSTICO?

COMUNICAÇÕES ORAIS - ENFERMAGEM

Sala 5 - 9 de Novembro de 2024 às 13:30

CO 25 - PROJETO-PILOTO: VIA VERDE NEUTROPENIA FEBRIL

CO 26 - AVALIAR O IMPACTO DA IDADE EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO COMO FACTOR DE MAU PROGNÓSTICO

CO 27 - PRÁTICAS E NORMAS INSTITUÍDAS POR DIFERENTES CENTROS DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EUROPEUS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

CO 28 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA ESTUDO DE CASO.

CO 29 - A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA CONSULTA EXTERNA.

POSTERS MÉDICOS

Sala Posters - 8 de Novembro de 2024 às 17:30

PO 1 - ZANUBRUTINIB (ZANU) + VENETOCLAX (VEN) FOR TREATMENT-NAIVE (TN) CLL/SLL WITH DEL(17P) AND/OR TP53: PRELIMINARY RESULTS FROM SEQUOIA ARM D

PO 2 - HEMATOLOGY IS NOT DONE WITH SPECTRIN - A NOVEL SPTA1 VARIANT

PO 3 - IMMUNOLOGIC PREDICTIVE FACTORS FOR CMV REACTIVATION IN CGVHD PATIENTS TREATED WITH RUXOLITINIB

PO 4 - NOVA VARIANTE PATOGENICA NO GENE MYH9 ASSOCIADA A MACROTROMBOCITOPÉNIA HEREDITÁRIA: ESTUDO FAMILIAR

PO 5 - ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERCURSO DOS DOENTES COM LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EM PORTUGAL.

PO 6 - SPANISH IMCD REGISTRY. EPIDEMIOLOGY OF IDIOPATHIC MULTICENTRIC CASTLEMAN DISEASE IN SPAIN

PO 7 - SUPERAR ADVERSIDADES: RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA GRUPAL

PO 8 - CONSENSO PORTUGUÊS SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E MONITORIZAÇÃO DE DOENTES COM PORFIRIAS AGUDAS

PO 9 - ESPLENOMEGALIA, UM CASO INCOMUM

PO 10 - OUTCOMES AND TOXICITIES OF THE MINE PROTOCOL IN B-CELL AND T-CELL MALIGNANCIES: A RETROSPECTIVE STUDY

PO 11 - INCIDENCE OF CYTOGENETIC ABNORMALITIES IN NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA: INSIGHTS FROM A CENTRALIZED PORTUGUESE HEALTHCARE INSTITUTION

PO 12 - REPROGRAMAÇÃO METABÓLICA NA RESISTÊNCIA A FÁRMACOS- ESTUDOS EM MODELOS IN VITRO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA E MIELOMA MÚLTIPLO

PO 13 - PLAQUETAS EDUCADAS PELO TUMOR (TEP): UMA NOVA ASSINATURA DE RNA NO MIELOMA MÚLTIPLO (ESTUDO PRELIMINAR)

PO 14 - M-EASIX COMO SCORE PREDITOR DE SLC E ICANS NA POPULAÇÃO TRATADA COM CÉLULAS CAR-T

PO 15 - BELANTAMAB MAFODOTIN – UMA ALTERNATIVA EM DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO EM RECAÍDA/REFRATÁRIO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PO 16 - RAYBLOOD - CARTÃO INDIVIDUAL DE IRRADIAÇÃO

PO 17 - TOXICIDADE RELACIONADA COM O DFCI: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PO 18 - HYPERCVAD/MA VS DFCI NOS ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

PO 19 - CARATERÍSTICAS, GESTÃO CLÍNICA E RESULTADOS DE DOENTES COM LEUCEMIA, LINFOMA E MIELOMA MÚLTIPLO HOSPITALIZADOS COM O DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO DE COVID-19

PO 20 - REMDESIVIR REDUZ A MORTALIDADE EM DOENTES IMUNOCOMPROMETIDOS HOSPITALIZADOS COM COVID-19 NA ERA PANDÊMICA E ENDÊMICA DA DOENÇA

PO 21 - LUSPATERCEPT EM SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS DE NÃO ALTO-RISCO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

PO 22 - OS SCORES EASIX E DERIVAÇÕES PREDIZEM OUTCOMES EM DOENTES COM LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS – ESTUDO DE VIDA REAL

PO 23 - MUTAÇÕES NOS GENES SAMD9/SAMD9L E A SUA HETEROGENEIDADE FENOTÍPICA

PO 24 - TRATAMENTO DE MIELOFIBROSE COM ANEMIA E TROMBOCITOPENIA: A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

PO 25 - MANIFESTAÇÕES HEMATOLÓGICAS DA MACROTROMBOCITOPENIA CONGÊNITA RELACIONADA AO MYH9: NEM SEMPRÉ É PTI (2 CASOS CLÍNICOS)

PO 26 - SÍNDROME DE HIPER-HEMÓLISE EM PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

PO 27 - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO – TERAPÊUTICAS COM VENETOCLAX NA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÔNICA

PO 28 - CHOQUE EM DOENTES COM LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA: AVALIAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO NUMA UNIDADE HOSPITALAR DE REFERENCIAÇÃO TERCIÁRIA

PO 29 - A RARE COMBO OF SPTA1 VARIANTS DEFYING NGS

PO 30 - SÍNDROME SHWACHMAN-DIAMOND: DA VARIABILIDADE FENOTÍPICA À PROGRESSÃO PARA SMD – ESTUDO DE UMA FAMÍLIA

PO 31 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS EM DOENÇAS AUTOIMUNES COM ATINGIMENTO SISTÊMICO

PO 32 - MIELOMA MÚLTIPLO DE ULTRA ALTO RISCO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO COM O PROTOCOLO DARATUMUMAB, CICLOFOSFAMIDA, BORTEZOMIB, LENALIDOMIDA E DEXAMETASONA

PO 33 - AMILOIDOSE AL - MAIS VALIAS DE REFERENCIAÇÃO PRECOCE A EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS DA ÁREA DE RESIDÊNCIA

PO 34 - GEMTUZUMAB OZOGAMICINA EM TERAPÊUTICA DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA DE BOM PROGNÓSTICO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

PO 35 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ETIOLÓGICAS DAS NEUTROPENIAS FEBRIS NOS ADULTOS: ANÁLISE DE 526 CASOS

PO 36 - DREPANOCITOSE: QUANDO A HOMOZIGOTIA DE HEMOGLOBINA S É APENAS O INÍCIO

PO 37 - ANOMALIA DE MAY HEGGLIN E SAAF: ANTICOAGULAR OU NÃO?

PO 38 - EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CHRONIC MYELOID LEUKEMIA PATIENTS AT A REFERENCE CENTER: A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

PO 39 - IMPACT OF PERSONALIZED FLUDARABINE DOSING IN HSCT: A COMPARISON OF ADMINISTERED VS. PHARMACOKINETIC MODEL-BASED DOSES

PO 40 - SINDROME PLUMMER VINSON - CASO CLINICO

POSTERS ENFERMAGEM

Sala Posters - 8 de Novembro de 2024 às 17:00

PO 41 - GESTÃO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE COM MM, SOB TRATAMENTO COM BORTEZOMIB: EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DE DIA

PO 42 - GESTÃO DOS DOENTES COM LLC, SOB TRATAMENTO COM VENETOCLAX-OBINUTUZUMAB: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO, EM HOSPITAL DE DIA

PO 43 - PERTINÊNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA SUBMETIDA A TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

PO 44 - BARREIRAS E ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS MELHORES PRÁTICAS NA PREVENÇÃO E GESTÃO DA MUCOSITE ORAL NOS DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS

PO 45 - VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR EM HEMATOLOGIA

PO 46 - HIGIENE DAS MÃOS DOS DOENTES HEMATO - ONCOLÓGICOS - UMA PRÁTICA SEGURA

PO 47 - ENVELHESER: A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA SC E EV - RELEVÂNCIA DOS PATIENT REPORTED OUTCOMES

PO 48 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM PESSOAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA: UMA REALIDADE EMERGENTE.

PO 49 - MEDOS NO DIA DO ENXERTO

PO 50 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL EM DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA E TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

PO 51 - NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS): IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESCALA DE ALERTA PRECOCE NO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA

9 de Novembro de 2024 às 15:00

PUB 1 - TROMBOCITOPENIA IMUNE EM IDADE PEDIÁTRICA

PUB 2 - INFILTRAÇÃO LINFOBLÁSTICA ISOLADA DO SNC NA PROGRESSÃO DE LMC – A PROPÓSITO DE UM CASO PEDIÁTRICO

PUB 4 - A IMPORTÂNCIA DA CITOGNÉTICA MOLECULAR NO DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA DOS NEOPLASMAS MIELOPROLIFERATIVOS

PUB 5 - MULTIPLE MYELOMA PRESENTING WITH HEPATIC INVOLVEMENT: A CASE REPORT

PUB 6 - GAMOPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL: A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE DE UMA PATOLOGIA RARA

PUB 7 - MIELOMA MÚLTIPLO RECIDIVADO COM DOENÇA EXTRAMEDULAR - RELATO DE UM CASO COM RESPOSTA FAVORÁVEL AO TECLISTAMAB

PUB 8 - AZAR OU MAUS GENES? A HISTÓRIA DE DOIS PAIS COM LINFOMA DE HODGKIN E UM FILHO COM LINFOMA LINFOBLÁSTICO

PUB 10 - SÍNDROME DE SÉZARY: UM CASO RARO DE LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T

PUB 11 - UM LINFOMA COM SINTOMATOLOGIA ENGANADORA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

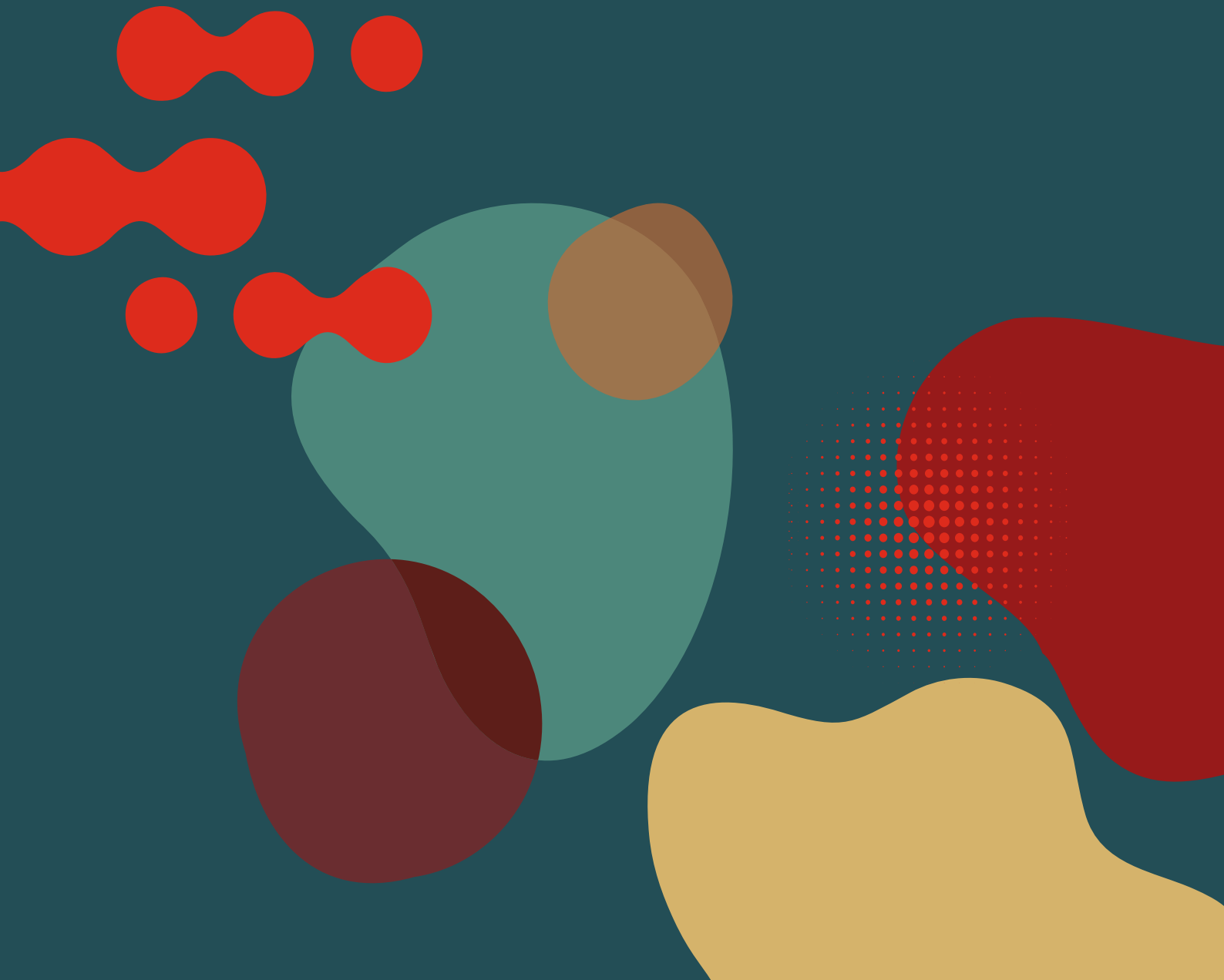
PUB 12 - EXCISÃO CIRÚRGICA DE LINFOMA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

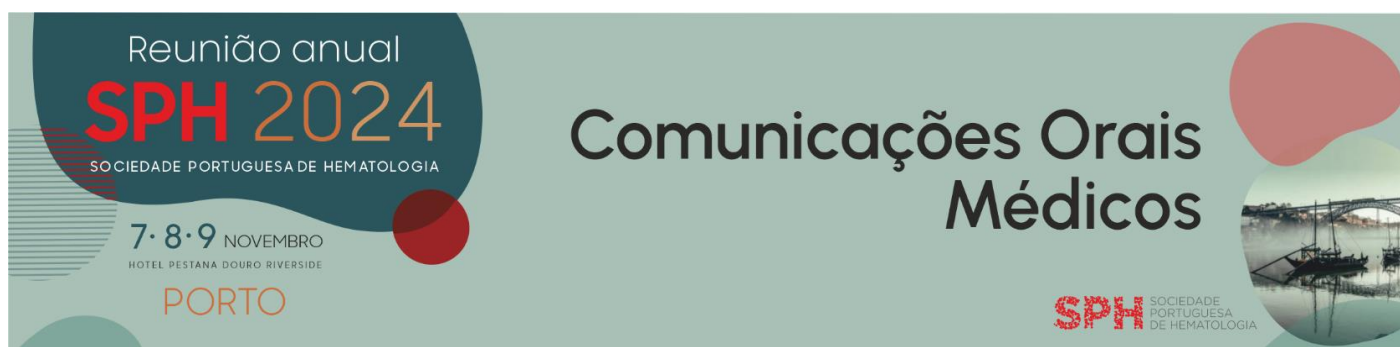
PUB 13 - LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DA SUPRARRENAL – UMA APRESENTAÇÃO RARA



COMUNICAÇÕES ORAIS

MÉDICOS





Comunicações Oraís 1

8 de Novembro | Sexta-Feira | 10h10 – 10h30

Moderação: Manuel Sobrinho Simões (ULS São João), Patrícia Ribeiro (ULS São José)

Sala 2

CO 1 - EFFECTIVENESS OF BLINATUMOMAB IN ADULTS WITH MRD+ OR R/R PH- B-CELL ALL IN ROUTINE CLINICAL PRACTICE ACROSS EUROPEAN COUNTRIES, INCLUDING PORTUGAL

Emília Cortesão¹, Patrícia Ribeiro², Cláudia Casais³, Júlia Medeiros⁴, Sabine Blum⁵, Alexandros Spyridonidis⁶, Andreas Ochs⁷, Patrícia Cruz⁸, Sofia Ganzha⁷, Ravikanth Maraboina⁹, Albertina Nunes¹⁰

¹Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal, ²Centro Hospitalar de Lisboa Central, Lisboa, Portugal, ³Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal, ⁴Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Lisboa, Portugal, ⁵University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ⁶University Hospital of Patras, Patra, Greece, ⁷Amgen Ltd, Uxbridge, UK, ⁸Amgen Biofarmacêutica Lda, Lisboa, Portugal, ⁹IQVIA, Bangalore, India, ¹⁰Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introduction: Interim results from the prospective observational study (NCT03117621) were previously reported for adult patients (pts) who received blinatumomab for treatment of minimal residual disease-positive (MRD+) or relapsed/refractory (R/R) Philadelphia chromosome-negative (Ph-) B-cell ALL (Chiaretti et al. Hemasphere. 2023 Aug; 7(Suppl): e323310a).

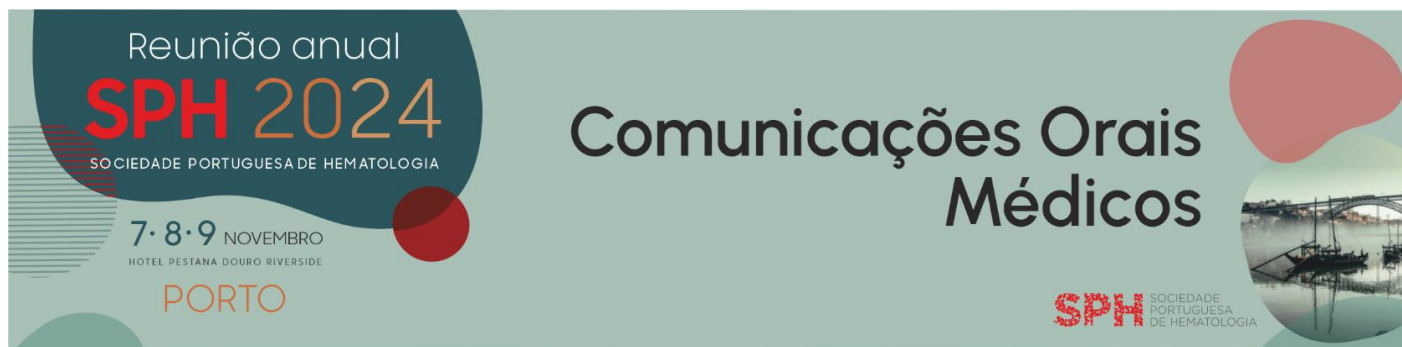
Objectives: To describe 5-year effectiveness and safety data of MRD+ and R/R pts treated with blinatumomab, and the characteristics of pts in Portugal (PT) in this cohort.

Material and methods: Adults who initiated blinatumomab in routine clinical practice between 28 Dec 2015 and 22 Mar 2022 were included. Pts were followed-up until data cut-off (24 May 2022), death, loss-to-follow-up or withdrawal, whichever came first.

Results: The cohort included 41 MRD+ and 158 R/R pts across 11 European countries, of whom 3 MRD+ and 5 R/R pts were from PT. Each group received a median of 2 cycles of blinatumomab. Compared with the overall MRD+ group (N=41), MRD+ pts in PT (n=3) were younger (median age: 26 vs 41 years) and all PT pts vs 70.7% were in first complete remission (CR1) at blinatumomab initiation. No PT pt had a prior haematopoietic stem-cell transplantation (HSCT) vs 7% in the MRD+ group. Within 2 blinatumomab cycles, 67.7% (n=21/31) of MRD+ pts achieved a MRD response (MRD level $<10^{-4}$). Kaplan-Meier (KM) estimates for disease-free survival and overall survival (OS) at 24 months were 58% (95% confidence interval [CI]: 40-72) and 65% (95%CI: 44-80), respectively, for the MRD+ group. Compared with the R/R group (N=158), R/R pts in PT (n=5) were younger (median age: 37 vs 48 years) at blinatumomab initiation. Prior HSCT was reported for 20% of pts in PT (n=1/5) and in the R/R group (n=31/158). Within 2 blinatumomab cycles, 75.3% (n=119/158) of pts in the R/R group achieved a complete response and 61.3% of them (n=73/119) achieved a MRD response. KM estimates for relapse-free survival and OS among all R/R pts at 24 months were 48% (95%CI: 38-57) and 51% (95%CI: 42-59), respectively. The most common serious adverse events (SAEs) reported in the entire study were cytokine release syndrome (8.4%) and neutropenia (5.4%). Six SAEs occurred in 4 pts in PT: 2 bacterial infections, 1 pneumonia, 1 neutropenia, 1 neurotoxicity, and 1 disease progression.

Conclusion: In real-world clinical practice across 11 countries, including Portugal, blinatumomab was an effective therapy in pts with MRD+ and R/R Ph- B-cell ALL.

Palavras-Chave: Real-world data, relapsed acute lymphoblastic leukemia, minimal residual disease, survival, safety



Comunicações Oraais 1

8 de Novembro | Sexta-Feira | 10h10 – 10h30

Moderação: Manuel Sobrinho Simões (ULS São João), Patrícia Ribeiro (ULS São José)

Sala 2

CO 2 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO EM LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA COM MUTAÇÃO NPM1: RESULTADOS CLÍNICOS E DESAFIOS MOLECULARES EM 15 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Pedro Baptista¹, Clara Afonso Sanches¹, Inês Salazar Graça¹, Marta Henriques¹, Maria Luís Amorim², Mariana Lopes², Joana Oliveira², Ana Luísa Pinto¹, Eliana Aguiar¹, Margarida Badior Ferreira¹, Inês Carvalhais¹, Ana Carneiro¹, Rui Bergantim¹, Juliana Bastos¹, Ricardo Pinto¹, Fernanda Trigo¹

¹Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João, ²Laboratório de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João

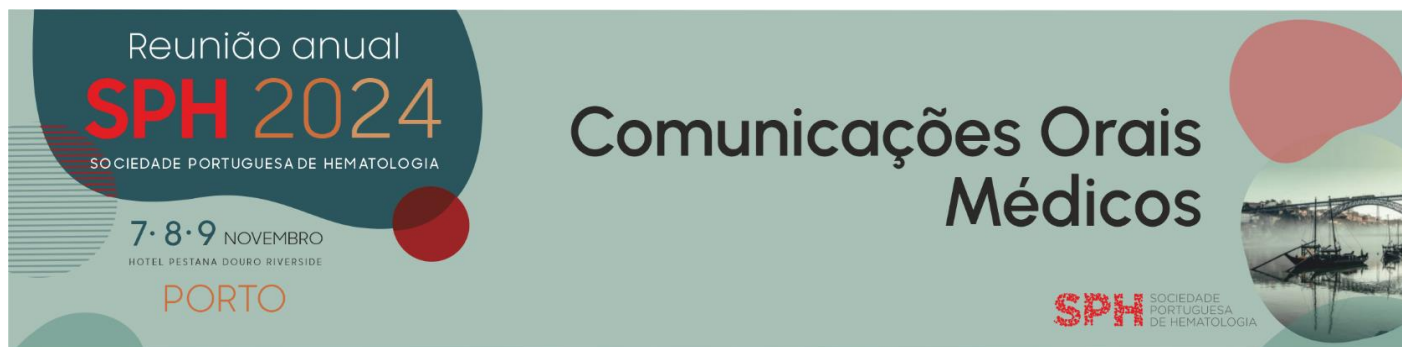
Introdução: O transplante autólogo de precursores hematopoiéticos (TAPH) tem um papel pouco consensual no tratamento da leucemia mielóide aguda *NPM1* mutada (LMA-*NPM1*). A posição intermédia entre a quimioterapia intensiva e o transplante alogénico colocam o TAPH como uma opção alternativa de intensificação terapêutica sem o excesso de mortalidade do alotransplante, idealmente guiado por informação de doença residual mensurável (DRM). O objetivo deste estudo foi descrever os resultados clínicos e de DRM dos doentes com LMA-*NPM1* submetidos a TAPH num centro de transplante.

Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com LMA-*NPM1* submetidos a TAPH entre 2009 e 2024 após quimioterapia intensiva. Foram aplicados os critérios ELN para as definições de “LMA risco favorável”, DRM (quantificação de transcritos *NPM1*) e recidiva molecular.

Resultados: Analisados 38 doentes com idade mediana de 52 [31-68] anos, sendo 27 do sexo feminino. O cariótipo foi normal em 33 casos e foram detectadas mutações em *FLT3*-ITD (*ratio* alélico <0.5) em 5 casos. Foi obtida informação genética adicional nos seguintes doentes: mutações *FLT3*-ITD/TKD (36/33), NGS (8), DRM pré-mobilização (25), DRM pré/pós-TAPH (29). O número de ciclos de quimioterapia pré-TAPH foi de 2 em 26 (68.4%) doentes e de 3 nos restantes. A avaliação de DRM pré-mobilização foi negativa em 12 doentes (48.0%) e positiva *low level* (LL; $\leq 2\%$) em 13 doentes (52.0%). O *NPM1* pré-TAPH foi indetectável em 20 doentes (69.0%), LL em 7 (24.1%) e positivo $>2\%$ em 2 (6.9%; com cinética de DRM crescente). Não houve mortalidade precoce relacionada com o TAPH. A sobrevida global (SG) mediana foi de 47.5 [1-171] meses e a SG aos 1 e 5 anos foi de 78.2% e 63.3%. A sobrevida livre de progressão (SLP) aos 1 e 5 anos foi de 75.3% e 54.6%. Ocorreram 16 casos de recidivas. A SG foi inferior ($p=0.014$) em doentes com >60 anos e as SG e SLP inferiores ($p=0.002$) nos doentes com *NPM1* $>2\%$ pré-TAPH; sem diferença estatisticamente significativa entre *NPM1* negativos e LL pré-TAPH.

Conclusão: O TAPH pode constituir uma alternativa de consolidação na LMA-*NPM1* em primeira remissão, considerando a evolução da DRM, e uma opção viável em doentes com *NPM1* LL pré-transplante. Trata-se de uma amostra pequena, retrospectiva, com resultados concordantes com o descrito na literatura. A caracterização molecular adicional em estudos futuros com integração de informação de NGS e DRM pode ser relevante na seleção de potenciais candidatos a intensificação com TAPH.

Palavras-Chave: leucemia mielóide aguda, transplante autólogo, doença residual mensurável, *NPM1*



Comunicações Oraís 2

8 de Novembro | Sexta-Feira | 12h00 – 12h20

Moderação: Fátima Ferreira (ULS São João), Joana Azevedo (ULS Coimbra)

Sala 2

CO 3 - ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: CARACTERIZAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES MACRO E MICROVASCULARES

Ana Rebelo¹, Inês Vieira¹, Francisca Soares¹, Ana Raquel Santos², Christopher Saunders¹, Jessica Fidalgo¹, Filipa Saraiva¹, Madalena Silva¹, Patricia Ribeiro¹

¹Serviço de Hematologia, Hospital Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa,

²Serviço de Cardiologia, Hospital de Santa Marta, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa

Introdução: A anemia de células falciformes (ACF) é uma doença multissistémica, com elevada morbimortalidade e impacto na qualidade de vida, exigindo acompanhamento multidisciplinar seriado.

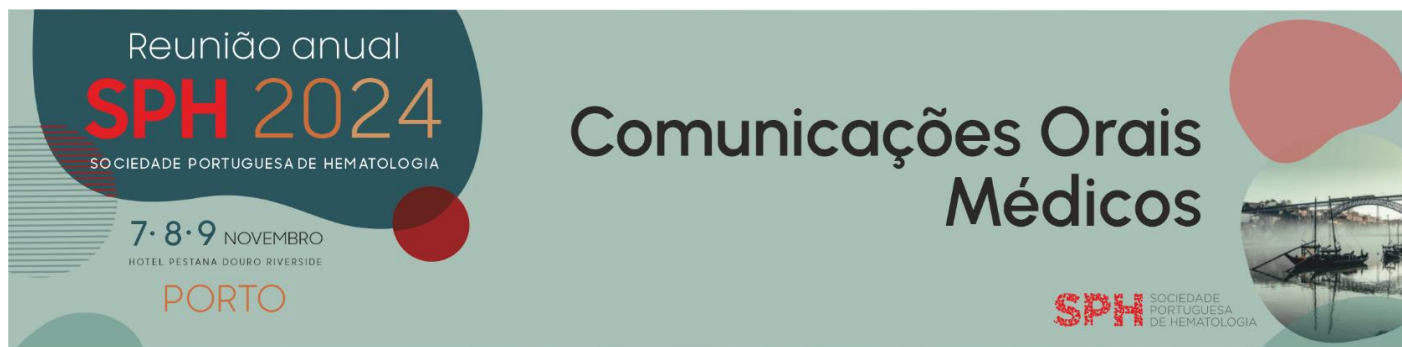
Objetivo: Descrição da população com ACF e complicações de órgão-alvo: retinopatia (RF), nefropatia (NF), vasculopatia cerebral (VC) e cardiopatia (CF).

Métodos: Dos doentes com ACF seguidos na consulta de hemoglobinopatias de Jan/18 a Ago/24, incluíram-se aqueles com avaliação de todos os parâmetros: angiografia fluoresceínica, rácio albuminúria/creatinúria (RAC), imagiologia cerebral e vasos do pescoço, ecocardiograma e NT-proBNP, para avaliar RF, NF, VC e CF. Fatores de risco cardiovasculares (FRCV) também avaliados: hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. Analisou-se a associação das variáveis com as complicações descritas por regressão logística univariada.

Resultados: Foram incluídos 101 doentes com idade mediana de 36 anos (18-69), predominância feminina (57,4%) e genótipo SS (93% SS, 7% SC). A hemoglobina média (Hb) foi de 9.2 g/dl, HbF 9,3%, com 79,2% dos doentes sob HUR. A bilirrubina total média foi 2.2g/dl e LDH 446 UI/L. 8 doentes sob regime transfusional regular, 50% por profilaxia primária e secundária de acidentes vasculares cerebrais (AVC), e 3 por úlceras crónicas refratárias à terapêutica médica. 55 doentes (54%) apresentavam RF. Relativamente à VC, 21% tiveram AVC, a maioria silenciosos (66%) e isquémicos (76%). Entre a vasculopatia estrutural (47,5%): coiling (33%), aneurisma (11%), estenose (9%) e padrão Moya-Moya (6%). Microalbuminúria estava presente em 51,5% dos doentes, 11 (21%) com NF estadio A3. Na CF, 27,8% com dilatação do ventrículo esquerdo, 5.9% do ventrículo direito, 11 com sinais de HTP e 23% com NT-proBNP anormal. Níveis mais baixos de Hg foram preditores de VC e NF e a LDH de VC. Idade mais avançada, Hb e HbF mais baixas e LDH associaram-se a maior probabilidade de CF. Não houve associação entre complicações de órgão-alvo. 14,9% dos doentes apresentavam 1 FRCV, 2% mais do que um.

Conclusão: A maior parte dos doentes tem complicação de órgão alvo, sendo as mais prevalentes a NF e VC. O padrão de hemólise parece correlacionar-se com atingimento cardíaco e cerebrovascular. No futuro, será importante analisar cronologicamente as lesões macro e microvasculares e a sua interação com os FRCV na idade adulta, objetivando a otimização do seguimento dos doentes, afetado pela adesão subótima e complexidade das avaliações.

Palavras-Chave: drepanocitose, anemia células falciformes, vasculopatia, nefropatia falciforme, retinopatia falciforme



Comunicações Oraais 2

8 de Novembro | Sexta-Feira | 12h00 – 12h20

Moderação: Fátima Ferreira (ULS São João), Joana Azevedo (ULS Coimbra)

Sala 2

CO 4 - ESTUDO-PILOTO PARA O RASTREIO NEONATAL DA DREPANOCITOSE EM 100 000 RECÉM-NASCIDOS

Diogo Rodrigues¹, Ana Marcão¹, Lurdes Lopes¹, Laura Vilarinho¹

¹Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Introdução: A drepanocitose é uma das mais comuns e graves patologias monogénicas no mundo, sendo atualmente considerada um problema de saúde pública também na Europa. Trata-se de uma doença hereditária com transmissão autossómica recessiva em que os doentes apresentam uma variante estrutural anormal de hemoglobina - HbS.

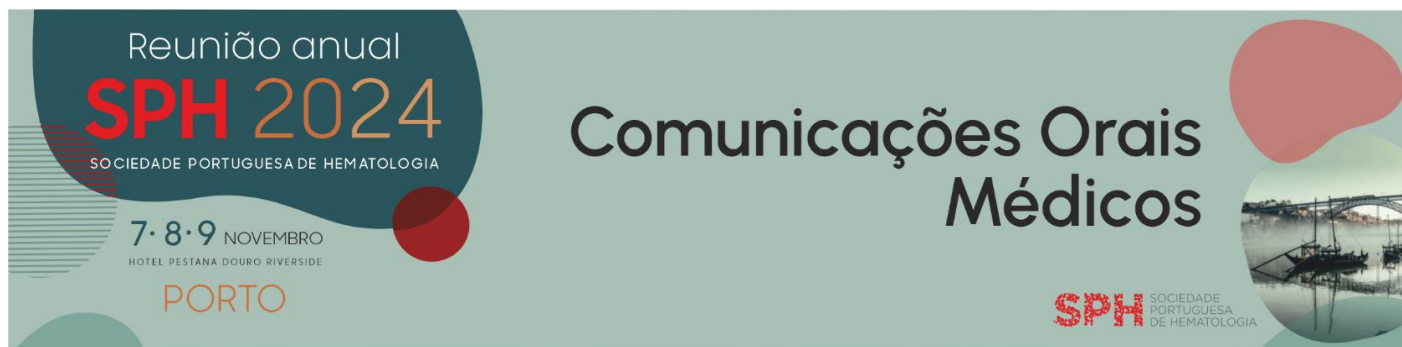
Objetivo: Com este trabalho pretende-se apresentar os resultados do estudo-piloto para o rastreio neonatal da drepanocitose, assim como a prevalência ao nascimento da doença em Portugal.

Material e métodos: Foram rastreados para a drepanocitose 100 000 recém-nascidos (RN), em duas fases distintas: Fase I (05/2021 – 01/2022) 24 130 RN exclusivamente dos distritos de Lisboa e Setúbal; Fase II (02/2022 – 12/2022) 75 870 RN de todo o território Português, dos quais 28 705 RN de Lisboa e Setúbal e 47 165 RN do restante território nacional. O perfil de hemoglobinas dos RN rastreados foi obtido, por eletroforese capilar, a partir de amostras de sangue seco em cartão de Guthrie, colhidas entre o 3º e o 6º dia de vida.

Resultados: Foram identificados 59 casos de doentes com drepanocitose (55 homozigóticos – HbSS; 4 heterozigóticos compostos – HbSC) e 1 646 casos de portadores de traço falciforme (HbAS). Relativamente aos doentes, durante a fase I foram reportados para centro de tratamento, para se proceder à confirmação e avaliação clínica, 26 casos (24HbSS; 2HbSC), e durante a fase II foram reportados mais 33 casos (31 HbSS; 2 HbSC). Finalizado o estudo-piloto obtivemos uma prevalência ao nascimento de 1:2 299 em Portugal, determinada com base nos dados obtidos ao longo da fase II, que é efetivamente a fase representativa da realidade portuguesa. A influência dos distritos de Lisboa e Setúbal é significativa e neste caso em particular obtivemos uma prevalência ao nascimento de 1:978 (54 doentes identificados), tendo em conta o total de RN rastreados nesses distritos ao longo do estudo. Fora do âmbito do rastreio da drepanocitose identificámos outros casos com variantes anormais de hemoglobina: 2 HbEE (2 casos também reportados para centro de tratamento), 121 HbAC, 55 HbAE e 101 HbAD/G/K.

Conclusão: Com estes resultados concluímos que a drepanocitose, já considerada um problema de saúde pública a nível europeu, também tem vindo a ganhar cada vez mais significado em Portugal. Assim, comprova-se a importância da integração do rastreio neonatal da drepanocitose no painel de doenças rastreadas no âmbito do Programa Nacional de Rastreio Neonatal.

Palavras-Chave: Drepanocitose, Rastreio Neonatal, Estudo-piloto



Comunicações Oraís 3

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Moderação: José Carda (*Hospital da Luz Lisboa*), Filipa Moita (*IPO Porto*)

Sala 2

CO 5 - INCLUSÃO DE BRENTUXIMAB VEDOTINA NOS REGIMES DE RESGATE PRÉ-AUTOTRANSPLANTE É BENÉFICA NO LINFOMA DE HODGKIN RECAÍDO/REFRATÁRIO – ESTUDO MULTICÊNTRICO

Pedro Rodrigues Santos¹, Sara Tavares¹, Catarina Costa², Miguel Neto³, Isabel Paulos Mesquita⁴, Catarina Silva⁴, Filipe R. Pinto⁵, Ana Tomé⁶, Rita Gerivaz⁶, Alexandra Monteiro⁶, Rita Coutinho², Adriana Roque⁷, Marília Gomes⁷, Ana Luísa Pinto³, Margarida Badior³, Teresa Ribeiro⁸, Marco Dias⁸, Ana Vagos Mata⁴, Tatiana Mendes⁹, Francisca Miranda⁹, Filipa Mousinho⁹, Renata Cabral¹⁰, Sofia Ramalheira¹¹, Mafalda Alpoim¹¹, Bruno Mesquita¹², Francesca Pierdomenico¹, Maria Gomes da Silva¹

¹Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, ²Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, ³Unidade Local de Saúde de São João, ⁴Hospital Universitário Santa Maria, Unidade Local de Saúde Santa Maria, ⁵Unidade Local de Saúde de Santo António, ⁶Hospital de Santo António dos Capuchos, ⁷Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ⁸Hospital de Braga, ⁹Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, ¹⁰Unidade Local de Saúde de Santo António, ¹¹Centro Hospitalar De Vila Nova De Gaia/Espinho, ¹²Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) é curável em 70-90% dos doentes (dts) com a terapêutica inicial. Contudo, nos que recidivam ou são refratários (PrR), o melhor regime de resgate para permitir o transplante autólogo de progenitores hematopoéticos (TAPH) na era dos inibidores de checkpoint imunológico (ICP) e brentuximab vedotina (BV) ainda não é consensual.

Métodos: Realizámos um estudo retrospectivo multicêntrico numa coorte de doentes com LH recaído/refratário (LH r/r), que receberam terapêutica de resgate entre 2019 e 2022, com a intenção de realizar TAPH em 11 centros portugueses. O *endpoint* primário foi a sobrevivência livre de eventos (SLE) desde o início de cada resgate: SLE1 para o 1º e SLE2 para o 2º. Os objetivos secundários incluíram a taxa de dts transplantados, taxa de resposta (de acordo com os critérios de Lugano) e sobrevivência global (SG). Os resultados foram comparados entre os diferentes grupos: quimioterapia (QT), regimes baseados em BV [em monoterapia, BV+quimioterapia (BV-QT)] e baseados em ICP. As curvas de sobrevivência foram estimadas por Kaplan-Meier, os grupos comparados usando o *log-rank*, e a análise multivariada por regressão de Cox.

Resultados: Incluímos 149 dts, com mediana de idades de 36 anos (20-68), 59% sexo masculino e 53% PrR (Tabela1). No 1º resgate, 118 dts receberam QT e 31 regimes com BV (90% com QT). Ajustando para PrR, sintomas B, doença extra-nodal e TAPH, a mediana de SLE1 foi significativamente maior para os regimes com BV em comparação com QT (12 vs 8 meses, respetivamente; HR 0,47, IC95% 0,288-0,814, p=0,007). Metade dos dts de cada grupo realizou TAPH. Os dts PrR tiveram um benefício significativo com regimes baseados em BV em comparação com QT (mediana de SLE1 12 meses vs 5 meses, p=0,045). Foi necessário 2º resgate em 69 dts: 20 receberam BV, 34 BV-QT e 15 regimes com ICP. Não houve diferença na SLE2 entre estes grupos. Contudo, a utilização de BV-QT duplicou a proporção de dts que prosseguiram para TAPH, comparando com BV isolado e regimes contendo ICP (67% vs 35% vs 33%, respetivamente, p=0,021). Houve 1 morte tóxica no grupo BV-QT (infecção) e 1 no grupo ICP (miocardite).

Conclusão: Nesta coorte de dts de vida real com LH r/r, os regimes baseados em BV como 1º resgate melhoraram significativamente a SLE1 em comparação com QT. Este benefício foi maior nos dts de alto risco PrR. São necessários estudos comparativos para esclarecer qual o regime de resgate mais adequados neste linfoma altamente curável.



Comunicações Oraís 3

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Moderação: José Carda (*Hospital da Luz Lisboa*), Filipa Moita (*IPO Porto*)

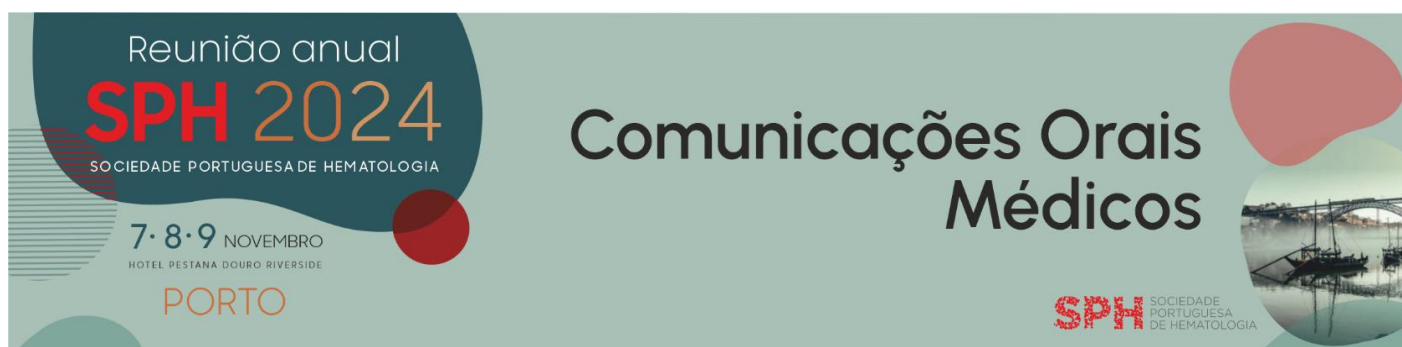
Sala 2

Tabela 1. Características dos doentes e características da recaída por terapêutica de resgate

Ao Diagnóstico	Todos (n=149)	QT 1º Resgate (n=118)	BV±QT 1º Resgate (n=31)	BV 2º Resgate (n=20)	BV+QT 2º Resgate (n=34)	ICP±QT 2º Resgate (n=15)	p value
Idade - Mediana Min-Max	36 20-68	38 20-68	32 23-62	33 24-67	32 20-67	34 22-61	NS
Masculino - n %	88 59,1	73 61,9	15 48,4	33 61,0	22 64,7	10 66,7	NS
Síntomas B - n %	84 56,4						
Doença Volumosa - n %	60 40,3						
Envolvimento Extra-Nodal - n %	71 47,7						
GHSG Grupo de Risco							
Precoce - n %	9 6,0						
Precoce favorável - n %	38 25,5						
Avançado - n %	102 68,5						
Recaída/Progressão							
Síntomas B - n %	29 19,5	*27 22,9	*2 6,5	4 21,1	5 14,7	1 6,7	*0,038
Doença Volumosa - n %	19 12,8	16 13,6	3 9,7	2 10,5	5 14,7	3 20,0	NS
Envolvimento Extra-Nodal - n %	68 45,6	51 43,2	17 54,8	11 57,9	*13 38,2	*12 80,0	*0,021
Estádio Avançado - n %	89 59,7	69 58,5	20 64,5	14 70,0	18 59,9	13 86,7	NS
Primário Refratário - n %	79 53,0	60 50,8	19 61,3	18 90,0	22 64,7	9 60,0	NS
Recaída Precoce <12M - n %	27 18,1	17 14,4	9 29,0	1 5,0	5 14,7	4 26,7	NS
Quimioterapia - n %		118 100,0	28 90,3	-	34 100,0	4 26,6	
Com platino		91 77,1	22 70,9	-	2 5,9	1 6,7	
GVD		27 22,9	1 3,2	-	8 23,5	3 20,0	
Bendamustina		-	5 16,1	-	24 70,6	-	
Nenhuma		-	3 9,7	-	-	11 73,3	
TAPH ¹ - n %	125 83,9	59 50,0	15 48,4	*7 35,0	*23 67,0	*5 33,3	*0,021
Respostas Avaliáveis							
Resposta Completa - n %		54 45,8	12 38,7	7 35,0	20 58,8	7 46,7	NS
Resposta Parcial - n %		23 19,5	9 29,0	2 10,0	6 17,6	1 6,7	NS
PD/NR - n %		41 34,7	10 32,3	10 50,0	8 23,5	7 46,7	NS

TAPH - Transplante Autólogo de Progenitores Hematopoéticos. PD/NR - Progressão de Doença /Não Resposta. NS - Não Significativo. BV±QT - Esquema baseado em BV (com ou sem QT). ICP±QT - Esquema baseado em ICP (com ou sem QT)

¹ Refere-se ao número de doentes que não receberam mais esquemas de resgate até serem submetidos a transplante autólogo de progenitores hematopoéticos (TAPH)



Comunicações Oraais 3

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Moderação: José Carda (*Hospital da Luz Lisboa*), Filipa Moita (*IPO Porto*)

Sala 2

CO 6 - DOENTES COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (LLC) TRATADOS COM R-VENETOCLAX EM PORTUGAL: CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO, ANÁLISE DE EFICÁCIA E TOXICIDADE

Isabel Paulos Mesquita¹, Margarida Duarte², Ana Vagos Mata², Ana Amarante³, Sérgio Chacim³, Sara Duarte⁴, André Airosa Pardal⁵, Patrícia Rocha Silva⁵, Ana Rebelo⁶, Inês Vieira⁶, Mariana Trigo Miranda⁷, Inês Damásio⁷, Filipe Pinto⁸, Bruno Mesquita⁹, Cátia Sol dos Reis¹⁰, Teresa Ribeiro¹¹, Sofia Ramalheira¹², João Paulo Fernandes¹³, Renata Cabral⁸, Mónica Santos⁷, Joana Caldas⁶, Ana Luísa Pinto⁵, Rita Coutinho³, Daniela Alves²

¹Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, ²Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, ³Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, ⁴Hospitais da Universidade de Coimbra, ULS de Coimbra, ⁵Hospital de São João, ULS de São João, ⁶Hospital de Santo António dos Capuchos, ULS de São José, ⁷Hospital de S. Teotónio, ULS Viseu Dão-Lafões, ⁸Hospital de Santo António, ULS de Santo António, ⁹Hospital de S. Pedro, ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro, ¹⁰Hospital Infante D. Pedro, ULS Região de Aveiro, ¹¹Hospital de Braga, ULS de Braga, ¹²Hospital Santos Silva, ULS Gaia-Espinho, ¹³Hospital CUF Descobertas

Introdução: Rituximab-Venetoclax (RV) tornou-se o tratamento (tto) padrão na Leucemia Linfocítica Crónica recaída/refratária, após superioridade demonstrada face à quimioimunoterapia (QIT) no ensaio MURANO. Apesar de usado em Portugal desde 2019, não foram analisados resultados de vida real.

Objetivos & métodos: Estudo retrospectivo multicêntrico de avaliação de eficácia e segurança de RV (2019-2023), análise da sobrevivência livre de progressão (SLP) e de sobrevivência global (SG). Avaliação de resposta e toxicidade de acordo com os critérios iwCLL.

Resultados: Incluídos 156 dts (12 centros), 61.5% homens, idade mediana (med) 71 anos (DIQ: 62.3-75); ECOG ≤ 1 93.9%; IgHV mutado(mut) em 43.9%, mutTP53/del(17p) em 30.1%; Binet B em 33.3% e C em 45.9%; CLL-IPI ≥ 6 em 64.1%. Mediana de 1 linha de tto prévia (1-6): QIT em 85.3%, iBTK em 30.1%, 10.2% outros. Critérios de tto: insuficiência medular 48.4%; linfocitose 49.0%; adenopatias 54.2%; esplenomegalia 21.9%; sintomas B 23.1%; citopénias imunes refratárias 7.7%. 10 dts fizeram sobreposição de iBTK com RV (med de 10.5 dias) e 35 dts *debulking* (com corticosteroides ou QIT). *Ramp-up* em ambulatório em 60%. Risco de síndrome de lise tumoral (SLT) intermédio em 46.5% e alto em 24.5% (metade destes fez *ramp-up* em ambulatório); 12.3% com SLT laboratorial e 3.2% clínico. 47 dts concluíram os 24 meses de RV (fig1). Toxicidade gr ≥ 3: hematológica 59%, gastrointestinal 12.9%. Infecções em 54.2%. Mediana de 0.67 internamentos por doente, 7 admitidos em UCI. Suspensão definitiva precoce de RV por tox. em 12.2%. Taxa de resposta global (TRG) de 94.9%, com 70.9% de resposta completa, sem variáveis com impacto na taxas de resposta. À mediana de seguimento de 20.4m, a SLP é de 72.8% e a SG de 77.9% (fig2). Da análise das variáveis à data de início de RV nenhuma teve impacto na SLP/SG. Verificada DP em 32 dts (8 com Transformação de Richter), 24 deles com tto subsequente. No total ocorreram 37 mortes: 35.1% por DP e 13.5% por toxicidade.

Discussão: Numa população de vida real, registou-se elevada TRG e RC, sem que tenha sido demonstrado impacto de conhecidos fatores de mau prognóstico na TRG ou SLP/SG, o que poderá estar influenciado pelo tempo de seguimento deste estudo. Demonstramos a exequibilidade deste esquema em ambulatório, sem compromisso de eficácia ou segurança.

Palavras-Chave: LLC, Venetoclax Rituximab



Comunicações Oraís 3

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Moderação: José Carda (Hospital da Luz Lisboa), Filipa Moita (IPO Porto)

Sala 2

Fig.1

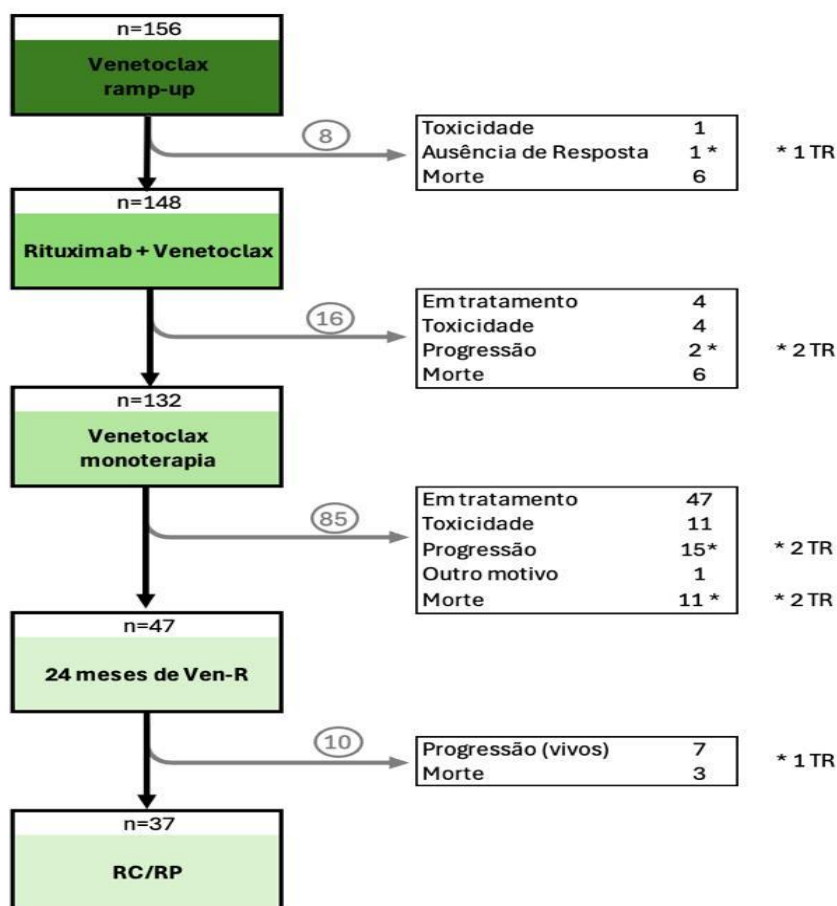
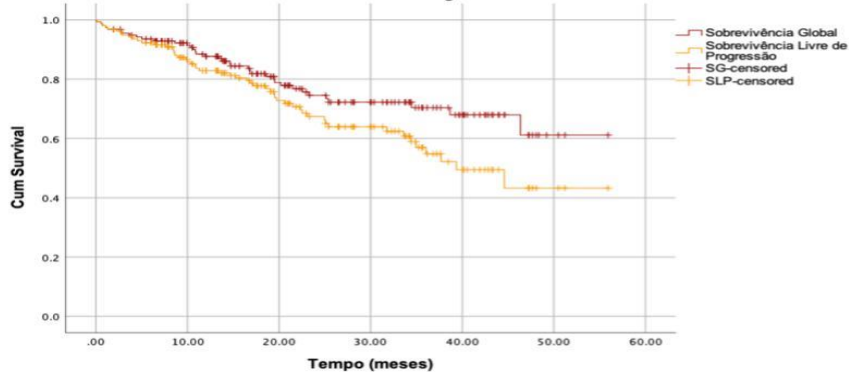
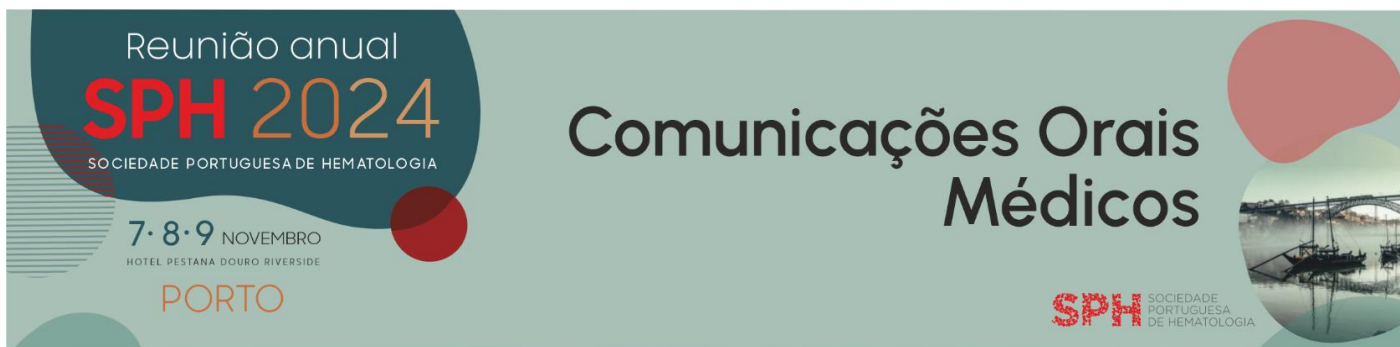


Fig.2





Comunicações Oraís 4

9 de Novembro | Sábado | 10h10 – 10h30

Moderação: Daniela Alves (ULS Santa Maria), Ricardo Pinto (ULS São João)

Sala 2

CO 7 - OUTCOMES OF ALLOGENEIC TRANSPLANTATION IN MYELOFIBROSIS: INSIGHTS FROM A PORTUGUESE TRANSPLANTATION CENTER

Inês Damásio¹, Luís Leite², Mário Pimenta², Rita Coutinho², Filipa Moita², Manuel Guerreiro², Catarina Dantas², Gil Brás², Rosa Branca², Carlos Pinho Vaz², José Mário Mariz²

¹Hematology Department, Local Health Unit Viseu- Dão Lafões, Portugal, ²Hematology Department, Bone Marrow Transplant Unit of IPO Porto, Portugal

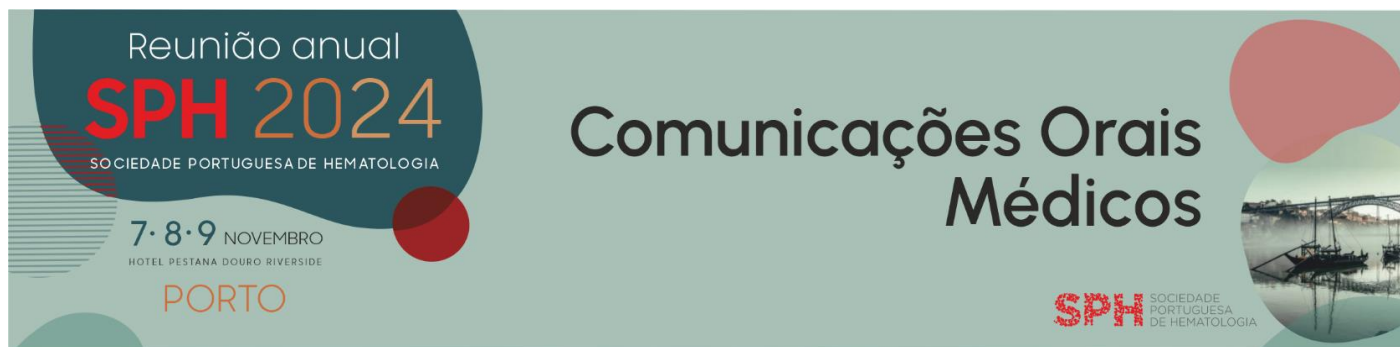
Introduction: Myelofibrosis (MF) is a chronic myeloproliferative disorder with variable, often aggressive progression, with a median survival around of 6 years. Allogeneic hematopoietic cell transplantation (allo-HCT) remains the only curative option, but its use is limited by patient age and high HCT-related mortality. Accurate prognostic tools are essential for evaluating the risk-benefit ratio. The number of MF patients undergoing allo-HCT increased from 515 in 2014 to 748 in 2018, according to EBMT data. Matched related donors (MRD) show better outcomes, with 5-year overall survival (OS) rates of 56%, compared to 48% for matched unrelated donors (MUD) and 34% for mismatched donors (MMUD).

Methods: An observational, retrospective, unicentric study included MF patients who underwent allo-HCT between 1996-2024. Data were analyzed by SPSS software.

Results: Out of 51 patients who underwent allo-HCT, 47 were analyzed, with a mean age of 52.7 years. Most were male (68.1%) and had primary MF (76.2%). The JAK2 driver mutation was identified in 65.5%, with 35.9% received JAK2 inhibitors prior to transplant. Pre-transplant risk stratification using DIPSS and DIPSS-Plus scores indicated a higher cumulative percentage in the intermediate-2 (47.2% and 54.3%, respectively) and high-risk groups (5.6% and 31.4%, respectively). Only 9.8% underwent splenectomy, and none received splenic irradiation. The median time from diagnosis to allo-HCT was 24 months. MRD transplants were the most common, with 70.2% receiving reduced-intensity conditioning. Median OS was around 11 months, with significantly improved survival in patients without aGVHD ($p=0.035$) and those receiving MRD transplants ($p=0.008$). Significant associations were found between pre- and post-transplant transfusion dependency ($p=0.039$), and between spleen size and post-transplant transfusion needs ($p=0.023$). Among patients with splenomegaly, 64.7% died from transplant- or disease-related causes.

Conclusion: Allo-HCT remains a curative option for MF, but outcomes are influenced by donor type, pre-transplant transfusion dependency, and spleen size. Superior results were seen in patients with MRD and without aGVHD. However, high mortality rates, especially in those with splenomegaly, emphasize the need for patient selection and pre-transplant optimization. Despite the increased use of allo-HCT, OS remains limited, underscoring the need of refining prognostic tools to assess the risk-benefit ratio of this approach.

Palavras-Chave: Myelofibrosis, Allogeneic hematopoietic cell transplantation, Splenomegaly



Comunicações Oraís 4

9 de Novembro | Sábado | 10h10 – 10h30

Moderação: Daniela Alves (ULS Santa Maria), Ricardo Pinto (ULS São João)

Sala 2

CO 8 - RETHINKING ANTI-THYMOCYTE GLOBULIN DOSING STRATEGY IN ALLOGENEIC STEM CELL TRANSPLANTATION

Beatriz Mota Catita¹, Ana Amarante², Ana Maria Meireles², Rosa Branca², Catarina Campos Costa², Cláudia Moreira², Luís Leite², Joana Gomes³, Carlos Pinho Vaz², Mário Mariz²

¹Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, IPO-Porto, Portugal., ²Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, Instituto Portugues de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal., ³Department of Pharmaceutical Service, Instituto Portugues de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal.

Introduction: Anti-thymocyte globulin (ATG) is used as part of conditioning to prevent graft-versus-host-disease (GVHD) in unrelated hematopoietic stem cell transplant (HSCT) recipients. However, it is still unclear how to optimize ATG dosing and if this molecule has any impact in clinical outcomes, specially infection and relapse. Recent studies suggest an absolute lymphocyte count (ALC)-based ATG dosing over the standard weight-based approach in order to optimize drug exposure.

Aim: Determine if differences between ATG dose given and ATG dose based on ALC impact clinical outcomes of transplanted patients.

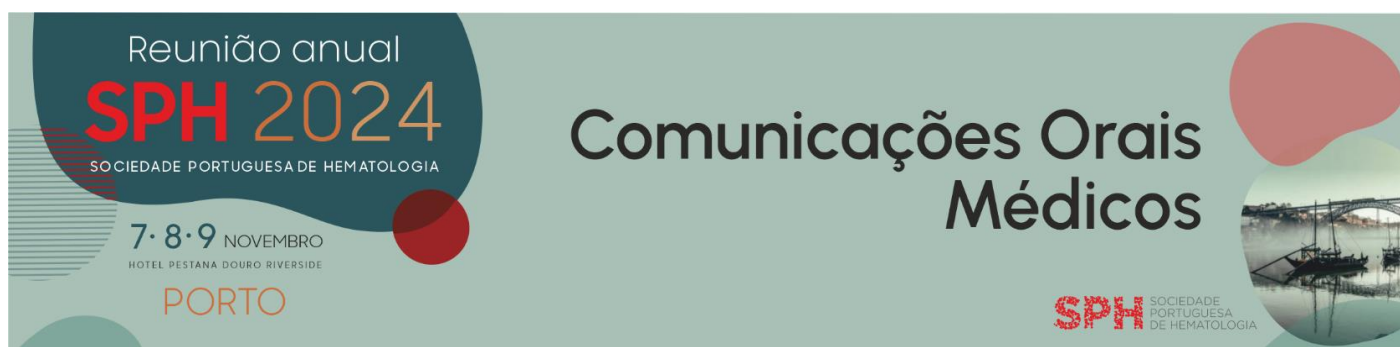
Methods: This unicentric retrospective study analyzed adult patients who underwent an unrelated donor HSCT between 2016 and 2022. Patients received rabbit ATG at 10mg/kg on day -4, -3 and -2. An ideal dose based on ALC previous to ATG administration was calculated using Admiraal et al. equation $[400+(350 \times \text{ALC})]$.

Results: In total, 86 patients met inclusion, with a median age of 56 years and a male-to-female ratio of 1.3. Diagnoses included: 36% acute leukemias, 31,4% lymphomas, 30,3% myelodysplasia/myeloproliferative neoplasms and 2,4% others. A reduced-intensity conditioning was administered to 66 patients (76.7%), while 20 patients (23,3%) received a myeloablative conditioning regimen. The median total dose of ATG received was 2115mg. All but one patient received a higher ATG dose than the one calculated, with a median of difference in doses of 1473mg. After a median follow-up of 8 months, Cox regression analysis showed that higher ATG dose differences were associated with a higher risk of relapse (hazard ratio [HR] 1.001; 95% confidence interval 1.000 to 1.002; $p=0.03$), but not associated with GVHD (HR 1.000; $p=0,21$) or mortality (HR 1.000; $p=0,16$). A Mann-Whitney U test confirmed that ATG dose differences are higher in patients with relapse ($p=0,03$). No relationship was found between dose differences and infection requiring hospitalization ($p=0,89$).

Conclusion: According to our results, a higher difference between given and calculated ATG doses is associated with a slightly increase in relapse risk, while not affecting GVHD and mortality rates. Despite the sample size and nature of our study, these results seem to favour the use of Admiraal et al. dosing model. Further studies comparing the two models are necessary to better establish the optimal ATG dosing and assess clinical outcomes resulting from ATG exposure.

No conflicts of interest.

Palavras-Chave: ATG, HSCT, Anti-thymocyte globulin



Comunicações Oraís 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Geraldes (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 9 - RECAPITULATION OF CLINICAL FEATURES IN A PATIENT-DERIVED XENOGRAFT MOUSE MODEL OF VEXAS SYNDROME

Liliana Arede¹, Rita Coutinho^{1,2,3,4,2}, Tiago L Duarte^{1,1}, Marta Lopes^{1,4,3}, Rui V Simões^{1,3}, Susana Silva^{5,4}, Pedro Baptista^{1,6,5}, José Manuel Lopes^{1,4,7,8,6}, Raquel Faria^{2,7}, Delfim Duarte^{1,3,9,10,8}

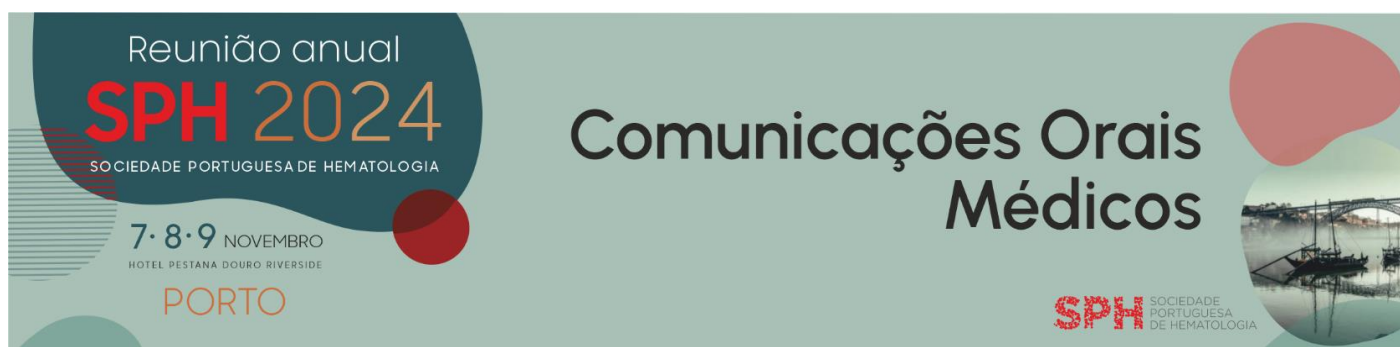
¹Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; ²Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto, Portugal; ³Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, Instituto Português de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal; ⁴ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; ⁵Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; ⁶ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; ⁷Department of Pathology, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal; ⁸Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; ⁹Department of Clinical Hematology, Centro Hospitalar Universitário São João, Porto, Portugal; ¹⁰Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; ¹¹ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto; ¹²Department of Pathology, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; ¹³Institute of Molecular Pathology, and Immunology (IPATIMUP); ¹⁴Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Porto; ¹⁵Instituto de Investigação e Inovação em Saúde; ¹⁶Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, Instituto Português de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal; ¹⁷Department of Biomedicine, Unit of Biochemistry, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal; ¹⁸Porto Comprehensive Cancer Center (P.CCC) Raquel Seruca, Porto, Portugal

VEXAS Syndrome is a novel disease discovered about four years ago, with a high mortality rate and for which new research models are needed – both to understand its biology and to the development of effective therapies.

It is known that VEXAS arises from mutations in the UBA1 gene on the X chromosome, therefore affecting mostly men. It is estimated that 1 in 4000 adult men are affected by VEXAS, dying within five years of diagnosis. Amongst the multiple heterogeneous symptoms, patients present frequent fevers, inflammatory manifestations (e.g.: inflammation of the cartilage and joints), skin rashes and pulmonary infiltrations. At the hematological level, VEXAS patients are characterized by cytopenias, especially macrocytic anemia, low platelet levels, and hypercoagulation. In addition, they have high propensity towards malignant development, in particular Myelodysplastic Syndrome and Multiple Myeloma. The confirmation of the diagnosis is made by searching for UBA1 mutations. As for the therapeutic options, there is still no standard treatment for VEXAS. Currently, patients are treated with immunosuppressive compounds, with partial efficacy. In cases of greater hematological involvement, they are proposed for bone marrow transplantation.

In the laboratory, engrafting human cells into immune-compromised mice has proven to be an effective strategy for recapitulating and investigating complex hematological diseases such as Chronic Myelomonocytic Leukemia (CMML). In the present study, we engrafted BM-derived cells from a VEXAS patient into an immuno-compromised mouse expressing human cytokines (SCF, GM-CSF, and IL-3) – the NSGS mouse model. We found that the mouse successfully recapitulated the pathological characteristics of the corresponding patient over a period of eight months. More specifically, we observed anemia, thrombocytopenia, hypercoagulation, cartilage degradation, and pulmonary infiltration. The presence of mutated human patient cells was observed in the mouse bone marrow, spleen and lung.

This is the first report of a preclinical model of VEXAS Syndrome. In future, it will serve to investigate the mechanisms underlying the pathology of the disease, as well as to test therapeutic targets to improve patients' outcomes.



Comunicações Oraais 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Geraldes (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 10 - LOSS OF NURSE CELLS AND ERYTHROBLASTIC ISLANDS CONTRIBUTES TO THE FAILURE OF BONE MARROW ERYTHROPOIESIS IN ACUTE MYELOID LEUKEMIA

Lídia Rocha¹, Laura Mosteo², Carolina Pereira¹, Ana Raquel Maceiras³, Bruno Cavadas⁴, Marta Lopes¹, Sérgio Chacim⁵, Inês Ramos⁵, Edwin Hawkins⁶, José Mário Mariz⁵, Graça Porto⁷, Delfim Duarte⁸

¹i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), Porto, Portugal, ²i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; Centro de Investigación Médica Aplicada (CIMA) - Universidad de Navarra, ³i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; Wellcome Sanger Institute, Cambridge, UK, ⁴i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal, ⁵Dept. of Onco-Hematology, Instituto Português de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal; Porto Comprehensive Cancer Center (P.CCC), Porto, Portugal, ⁶The Walter and Eliza Hall Institute of Medical Research, Melbourne, Australia; Dept. of Medical Biology, The University of Melbourne, Australia, ⁷i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; Dept. of Molecular Pathology and Immunology, ICBAS, Universidade do Porto, Portugal; Dept. of Hematology, Centro Hospitalar Universitário do Porto, Portugal, ⁸i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; Dept. of Onco-Hematology, Instituto Português de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal; Porto Comprehensive Cancer Center (P.CCC), Porto, Portugal; Dept. of Biomedicine, Unit of Biochemistry, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Portugal

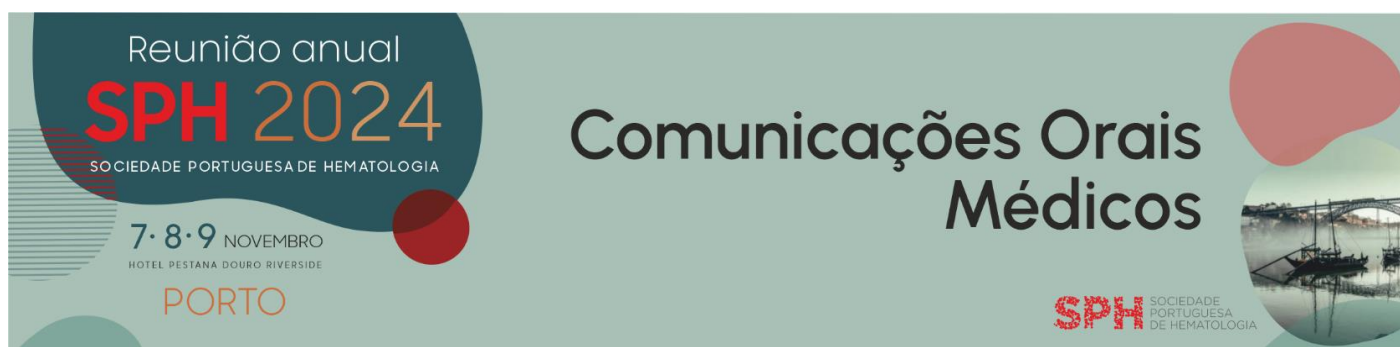
Introduction: Acute myeloid leukemia (AML) is characterized by blood cytopenias at diagnosis. AML patients often present with severe anemia, regardless of the degree of bone marrow (BM) infiltration. However, the mechanisms underlying the loss of erythropoiesis are poorly understood. The present study aimed to explore how erythropoiesis is affected and erythroblasts lost in AML.

Material and Methods: Experiments were performed using the MLL-AF9-driven AML mouse model, a xenograft model of human AML and primary patient samples. Hematopoietic progenitor cells, erythroid populations and central nurse macrophages of erythroblastic islands (EBIs) were evaluated by flow cytometry during the progression of AML. Native EBIs were quantified by imaging flow cytometry. In vivo M-CSF administration was performed to assess the role of this factor in the maintenance of EBI macrophages.

Results: Using an AML mouse model, we found that erythroblasts are lost early on during disease progression and that erythropoiesis is mostly affected at the proerythroblast and later stages. To validate this result, we analyzed BM aspirates of AML patients with low infiltration and confirmed the lower frequencies of late erythroblasts. Late-stage erythropoiesis includes the differentiation of erythroblasts in a niche, called EBI, which comprises a central macrophage surrounded by developing erythroblasts. Thus, we evaluated whether EBIs are affected in AML. Using imaging flow cytometry, we showed that EBIs are depleted in MLL-AF9 mice. The depletion of EBIs was also observed in NSGS mice transplanted with human AML cell lines. Additionally, EBI macrophages are significantly reduced in the BM of mice and humans with AML. Transcriptomic analysis of EBI macrophages isolated from AML mice did not show changes in EBI-related or pro-inflammatory genes. However, survival of nurse cells was impaired. Consistently, we detected a decreased expression of *Csf1* in BM mesenchymal stem cells as well as reduced levels of the pro-survival macrophage factor M-CSF in the BM of AML mice. Treatment of leukemic mice with M-CSF partially rescued EBI macrophages and erythropoiesis.

Conclusion: Our results showed that BM erythropoiesis in AML mouse models and human patient samples is specifically impaired due to loss of EBI macrophages and EBIs. Our study adds EBI niches as an additional BM component that is specifically affected in AML.

Declaration of interests: The authors have no conflict of interest to declare.



Comunicações Oraís 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Gerales (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 11 - THE PROTECTIVE ROLE OF HOST NRF2 IN HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION WITH IRON OVERLOAD

Joana Pereira Reis¹, Carolina Pereira¹, Marta Lopes¹, Maria José Teles², Laura Mosteo Lopez³, Graça Porto⁴, Tiago Duarte⁵, Delfim Duarte⁶

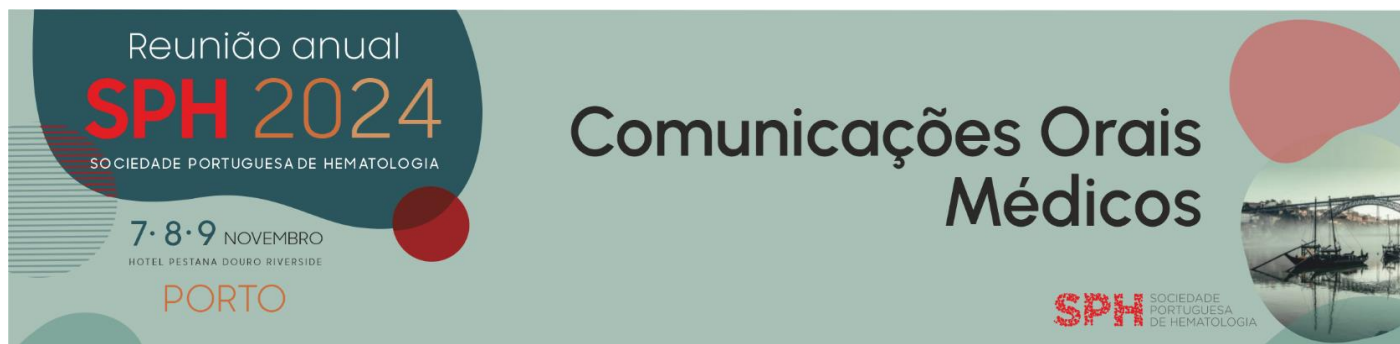
¹i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; ICBAS- Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, ²i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; Departamento de Patologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de São João, ³i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, ⁴i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; IBMC- Instituto de Biologia Molecular e Celular; Departamento de Patologia Molecular e Imunologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto; Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, ⁵i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; IBMC- Instituto de Biologia Molecular e Celular, ⁶i3S – Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; Departamento de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português de Oncologia do Porto; Departamento de Biomedicina, Unidade de Bioquímica, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Porto Comprehensive Cancer Center

Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a procedure with a high morbidity and mortality rate used in particular diseases, such as poor-risk acute myeloid leukemia. HSCT patients often present iron overload (IOL) at the time of transplant and high labile plasma iron correlates with increased non-relapsed mortality. We recently showed that loss of Nrf2, a transcription factor and master cellular anti-oxidant regulator, induces myelodysplasia in an IOL background. Moreover, pharmacological induction of NRF2 enhances HSC regeneration and increases survival following exposure to ionizing radiation in mice. However, the role of the host (recipient) Nrf2 in HSCT is unexplored and we hypothesize it may impact HSCT outcome when IOL is present.

We evaluated the role of non-hematopoietic Nrf2 by generating BM chimeras through the transplantation of WT CD45.1⁺ BM cells into WT, Nrf2^{-/-}, Hamp1^{-/-} and Nrf2^{-/-}Hamp1^{-/-} recipients. We observed that, unlike single knock-out Hamp1^{-/-} or Nrf2^{-/-} recipient mice, Nrf2^{-/-}Hamp1^{-/-} recipients had a short survival, indicative of a failure in HSC engraftment. Timed analysis of the BM after HSC transplantation revealed that lodging and engraftment, but not homing, are affected. To determine the critical cell type involved, we evaluated hepatic Nrf2 expression, since the liver systemically regulates hematopoiesis, and endothelial Nrf2 expression, considering the niche role of endothelial cells in HSCT. Deleting hepatic and endothelial Nrf2 had no impact on the survival or success of BM transplant. Sorted LeptinR⁺ mesenchymal stem cells (MSCs) from iron-dextran treated mice showed a marked increase in the expression of downstream Nrf2 target genes Nqo1, Gclc and Hmox1 while serum CXCL12 levels remained unaltered, suggesting a preserved niche function of MSCs. We next generated chimeras in which only the recipients' hematopoietic cells were Nrf2^{-/-}. Upon transplantation with WT cells, a significant reduction in survival was observed, indicating a possible bystander effect from the host surviving Nrf2^{-/-} hematopoietic cells following irradiation.

Our work demonstrates the key role of the host Nrf2 in HSCT and that resident BM hematopoietic cells rely on Nrf2 to support the engraftment of incoming HSCs but the mechanism is not fully detailed. We propose that Nrf2 and IOL assessment before the transplant may be used as biomarkers to identify high-risk patients. The authors declare no conflict of interest.

Palavras-Chave: Acute myeloid leukemia, Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation, NRF2, iron overload



Comunicações Oraís 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Gerales (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 12 - INCREASED BONE MARROW CD16+ MONOCYTES ARE ASSOCIATED WITH IMPROVED OVERALL SURVIVAL IN PATIENTS WITH ACUTE MYELOID LEUKEMIA

Beatriz Mota Catita¹, Bruno Fernandes², Carlos Palmeira³, Emília Sousa², Inês Godinho², Andreia Pinto², Gabriela Martins², Laura Mosteo⁴, Mário Mariz⁵, Delfim Duarte⁶

¹Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, IPO-Porto, Portugal., ²Department of Clinical Pathology, Instituto Portugues de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal., ³Department of Clinical Pathology, Instituto Portugues de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal. Experimental Pathology and Therapeutics Group, Research Center of IPO-Porto (CI-IPOP), Porto, Portugal. Health School and FP-I3ID of University Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Porto Comprehensive Cancer Center (P.CCC) Raquel Seruca, Porto, Portugal., ⁴Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto, Portugal., ⁵Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, Instituto Portugues de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal., ⁶Department of Hematology and Bone Marrow Transplantation, Instituto Portugues de Oncologia (IPO)-Porto, Portugal. Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S), Universidade do Porto, Portugal. Health School and FP-I3ID of University Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Department of Biomedicine, Unit of Biochemistry, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

Introduction: Acute myeloid leukemia (AML) is a heterogeneous blood cancer with overall poor outcomes. Several studies suggest the role of bone marrow (BM) immune microenvironment in AML pathophysiology and chemoresistance. Monocytes are innate immune cells that participate in tissue remodeling and infectious responses. Monocytes can be divided into classical (CD14++CD16-), intermediate (CD14+CD16+; IM) and non-classical (CD14loCD16+; NCM) subsets. Studies in solid cancers and acute lymphoblastic leukemia demonstrate a protumoral role of NCMs. Work from our group shows that BM Cx3cr1hi NCMs express higher levels of PD-L1 and have an anti-leukemic role in mouse models of AML. Nevertheless, monocyte populations remain poorly studied in human AML.

Aim: We aimed to correlate monocyte frequencies in the BM with clinical and laboratory variables related to AML.

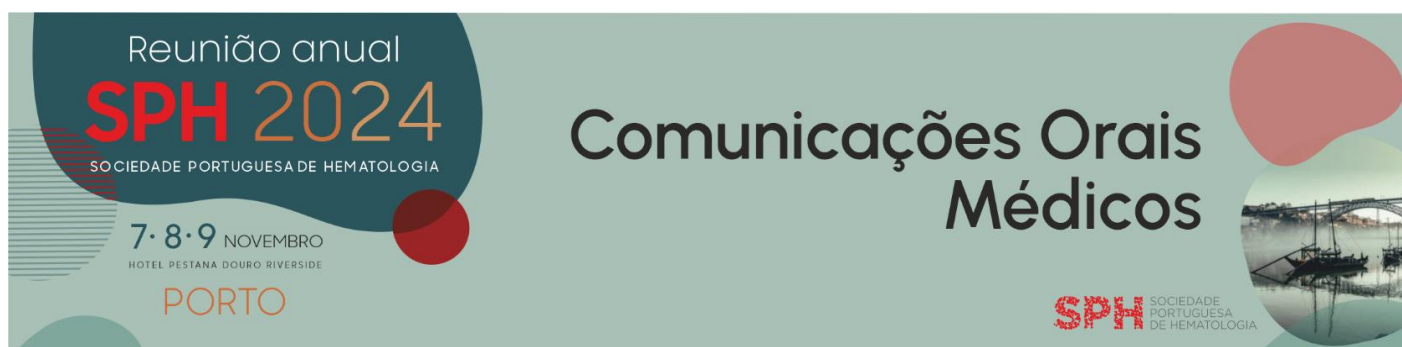
Methods: In this unicentric retrospective cohort study, we collected data from adult patients with AML undergoing treatment in our hospital, evaluated by flow cytometry between 2022 and 2024.

Results: Among 67 patients, the median age at diagnosis was 47,1 years, with a male-to-female ratio of 1.2. Most patients (94,1%) had an ECOG performance status ≤ 1 at diagnosis, and 41,8% were classified as adverse risk according to the ELN risk stratification. At diagnosis, over half of the patients (68,7%) had abnormal karyotypes and 11,9% had IDH 1/2 mutations. 49 patients (73,1%) received intensive chemotherapy, 17 (25,4%) received non-intensive chemotherapy and one (1,5%) was unfit for treatment. After a median follow-up time of 13 months, 14,9% of the patients died. The median frequency of non-malignant (SSChi/CD34-/CD117-/HLA-DR-) CD16+ IMs and NCMs was 9,47%. We found an improved overall survival of patients with higher frequency of CD16+ IMs and NCMs ($p=0,047$). We also found a higher surface expression of PD-L1 (relative mean fluorescence intensity) in NCM, in patients with IDH 1/2 mutations ($p=0,042$).

Conclusion: According to our results, higher frequency of CD16+ IMs and NCMs has a positive prognostic impact on survival outcomes in AML. This result is consistent with our preclinical data. Furthermore, our results suggest that IDH 1/2 mutations may influence monocyte subsets and, therefore, play a role in the immune microenvironment. Limitations of our study include its unicentric and retrospective nature but advance our understanding of how innate immunity changes in AML.

No conflicts of interest.

Palavras-Chave: Acute myeloid leukemia, Monocytes, CD16+ monocytes, IDH 1/2 mutations, immune microenvironment



Comunicações Oraais 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Geraldes (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 13 - CARACTERIZAÇÃO DO MICROAMBIENTE DA MEDULA ÓSSEA EM ANÁLISE DE “SINGLE CELL” NO MIELOMA MÚLTIPLO NUM MODELO PRÉ-CLÍNICO

Raquel Lopes¹, Ana C Queirós², Diana Lourenço², Rita C Acúrcio³, Bjarne Bogen⁴, Karine Serre⁵, Helena F Florindo⁶, Cristina João⁷

¹Myeloma Lymphoma Research Group, Champalimaud Experimental Clinical Research Programme, Champalimaud Foundation, Lisbon, Portugal; Faculty of Medicine, University of Lisbon, Portugal,, ²Myeloma Lymphoma Research Group, Champalimaud Experimental Clinical Research Programme, Fundação Champalimaud, Lisboa, ³Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Research Institute for Medicines (iMed), Lisboa, ⁴Institute of Immunology, University of Oslo and Oslo University Hospital, Oslo, Noruega, ⁵Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Lisboa, ⁶Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa, Research Institute for Medicines (iMed) Lisboa, Portugal, ⁷Myeloma Lymphoma Research Group, Champalimaud Experimental Clinical Research Programme, Fundação Champalimaud, Lisboa; Faculdade de Ciências Médicas, NOVA Medical School, Lisboa, Portugal, Serviço de Hemato-Oncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa, Portugal

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma doença hematológica com proliferação de células plasmáticas na medula óssea (MO), facilitada por um microambiente que promove o crescimento e sobrevivência do tumor. O estudo visa aprofundar a compreensão da heterogeneidade celular imune no microambiente tumoral usando sequenciação de RNA de células individuais (scRNA), o que permite a identificação de novos alvos terapêuticos.

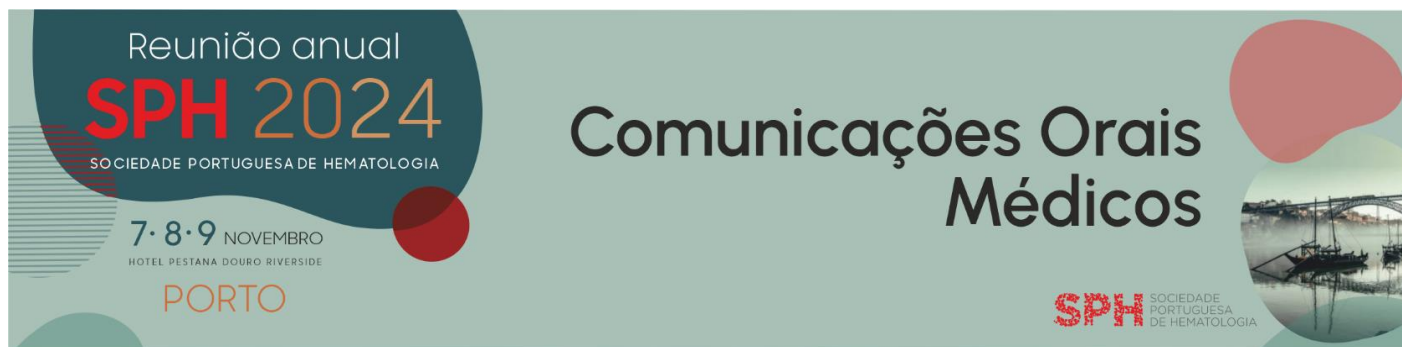
Métodos: Utilizamos ratinhos BALB/cByJ imunocompetentes injetados com a linha celular murina MM MOPC315.BM, replicando as características do MM. Realizamos scRNA-seq em populações imunes da MO, comparando ratinhos controlo e injetados com MOPC315.BM (MM). Analisámos macrófagos e células T CD4+ e CD8+, identificando diferenças no número de subpopulações e na expressão génica. Validámos funcionalmente novos alvos in vivo, com nanopartículas de siRNA contra genes de interesse, avaliando a modulação do microambiente por citometria de fluxo.

Resultados: Identificámos oito subpopulações de macrófagos, incluindo duas novas subpopulações pró-tumorais: macrófagos associados ao mieloma Vcan+ e osteomacs Spon1+, específicos de MM. A imunofluorescência confirmou maior expressão de Vcan a nível proteico em ratinhos MM comparado com controlos e mostrou altos níveis de Vcan em pessoas recém-diagnosticados com MM. Nas células T CD8+, foram encontradas diferenças no número de células imunossupressoras Pdcd1+, que estavam em maior número em ratinhos MM comparado com controlos, sugerindo um papel no ambiente imunossupressor. Nas células T CD4+, foram observadas diferenças em populações de células migratórias, células de memória central e células citotóxicas.

Por fim, realizámos experiências in vivo utilizando moléculas anti-Vcan, que induziram alterações nas células do sistema imune, confirmando a importância do Vcan no microambiente do MM e como potencial alvo terapêutico. Curiosamente, a modulação dos níveis de Vcan levou a uma diminuição na expressão das moléculas de checkpoint imune PD-L1 em macrófagos e PD-1 em células T CD8+ e CD4+.

Conclusões: Vcan surge como um alvo promissor para a terapia em MM devido aos seus padrões de expressão e impacto indireto na expressão de PD-L1 e PD-1. Estas descobertas destacam a complexa interação entre as células MM e o seu microambiente, sublinhando o potencial de atingir populações específicas para melhorar os resultados terapêuticos e abrir caminho para tratamentos mais eficazes, inovadores e personalizados.

Palavras-Chave: Mieloma Múltiplo, Modelos pré-clínicos, Terapêuticas inovadoras, Single-cell, Transcriptómica



Comunicações Oraís 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Geraldes (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 14 - MIGRAÇÃO DE CÉLULAS B E MOLÉCULAS DE ADESAO CXCR4, CXCR5 E CD49D NA MW E SUA CORRELAÇÃO COM AS MUTAÇÕES MYD88L265P E CXCR4

Mariana Baptista Ferreira^{*1}, Mafalda Urbano^{*1}, Isabel Silva², Margarida Coucelo³, Ana Teresa Simões⁴, Susana Santos⁵, Madalena Martins⁶, Ana Margarida Rebelo⁶, Dino Luís⁷, Patrícia Ribeiro⁶, Fernando Silva⁷, Catarina Geraldes⁸, Adriana Roque¹, Artur Paiva⁵, Sara Duarte¹

¹Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ²Unidade de Gestão Operacional de Citometria (UGOC), Serviço de Patologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ³Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC); Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ⁴Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ⁵UGOC, Serviço de Patologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ⁶Serviço de Hematologia Clínica, Hospital Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde de São José, ⁷Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local da Região de Aveiro, ⁸Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC); Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Grupo de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Cancro (CIMAGO), FMUC; Centre for Innovative Biomedicine and Biotechnology, Coimbra, Portugal; Centro Académico Clínico de Coimbra

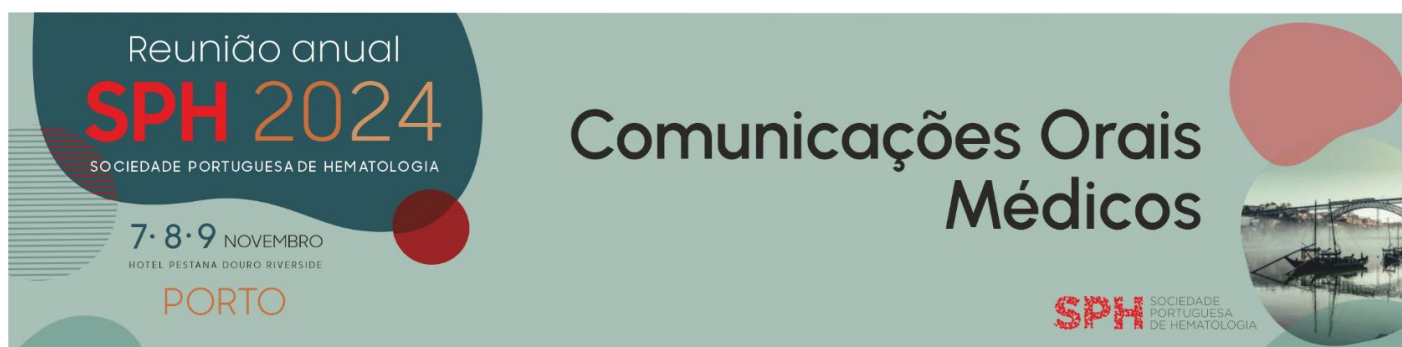
Estudos sugerem um papel das citocinas e seus recetores, como CXCR4 e CXCR5, e moléculas de adesão, como CD49d, na proliferação das células neoplásicas (céls) na MW. No entanto, os mecanismos subjacentes à sua capacidade migratória e correlação com características genéticas são pouco compreendidos. Avaliámos a expressão de CXCR5, CXCR4 e CD49d em linfócitos (LB) normais (nr) e patológicos (ab) e o seu papel como marcadores do estado mutacional na MW.

Estudo prospetivo de 45 dts com MW em 3 centros portugueses. Pesquisa de MYD88L265P (39/45) por RT ASO-PCR e mutações CXCR4 por Sanger (30/45) em céls CD19+. Expressão fenotípica por citometria de fluxo de CXCR5, CXCR4 e CD49d em LB nr (k/l normal) e ab (monoclonais). Determinação de intensidade mediana de fluorescência (IFM) e transformação log2. Análise estatística por teste Mann-Whitney. Regressão logística univariada. $p < 0,05$ significativo.

45 dts, idade mediana 76a, 57.8% H. 77% MYD88L265P positivos (pos) e mutação CXCR4 negativos (neg), 10% ambos pos e 13% duplamente neg. Mediana(min-max) IFM 11.8(8.8-14.2) CXCR5nr, 11.4(8.7-14.2) CXCR5ab, 10.5(6.8-13.1) CXCR4nr, 10.4(7.5-13.6) CXCR4ab, 9.9 (5.5-12.7) CD49dnr e 9.8 (7.5-11.6) CD49dab. IFM entre LB nr e ab CXCR5($p=0.23$), CXCR4($p=0.99$) ou CD49d($p=0.71$) sem diferenças. CXCR5nr/CXCR4nr($r=-0.09$; $p=0.66$), CXCR5ab/CXCR4ab($r=0.12$; $p=0.51$), CXCR5nr/CD49dnr($r=0.001$; $p=0.99$), CXCR5ab/CD49dab($r=0.21$; $p=0.19$), CXCR4nr/CD49dnr($r=0.03$; $p=0.89$) e CXCR4ab/CD49dab($r=0.28$; $p=0.12$) sem correlação. Considerando variáveis normalizadas, CXCR5/CXCR4 ($r=0.32$; $p=0.09$) e CXCR4/CD49d ($r=-0.006$; $p=0.98$) sem correlação, mas correlação pos CXCR5/CD49d ($r=0.35$; $p=0.04$). CXCR5 ($p=0.71$ e 0.34), CXCR4 ($p=0.92$ e 0.60) e CD49d ($p=0.23$ e 0.06) sem associação significativa com estado mutacional do MYD88 quando usado IFM nos LB ab ou valor normalizado, respetivamente. Sem associação significativa entre CXCR5 ($p=0.11$ e 0.33), CXCR4 ($p=0.70$ e 0.11) e CD49d ($p=0.41$ e 0.11) com o estado mutacional do CXCR4, para IFM em LB ab ou o valor normalizado, respetivamente.

Correlação pos entre os valores normalizados de CXCR5 e CD49d, sugerindo relação funcional entre estes 2 marcadores. Ausência de associação significativa entre CXCR5, CXCR4 e CD49d com o estado mutacional de MYD88 e CXCR4. Os achados sugerem que o comportamento das céls pode ser influenciado por fatores de adesão e quimiotaxia, com impacto na sua sobrevivência e proliferação, migrando para locais específicos no microambiente tumoral.

Palavras-Chave: Macroglobulinemia de Waldenström (MW)



Comunicações Oraís 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Geraldes (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

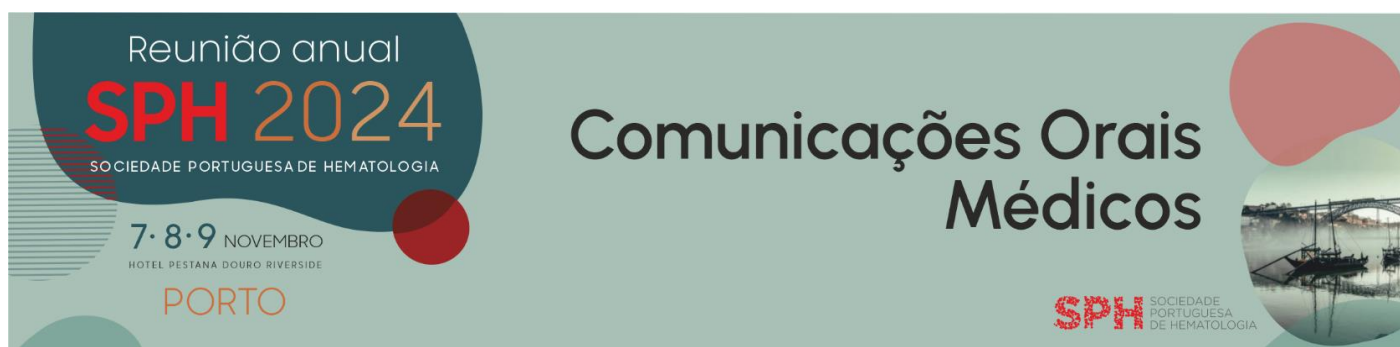
Sala 2

CO 15 - CRONOTERAPIA E REPARAÇÃO DO DNA NA LEUCEMIA MIELOIDE - ESTUDO PRELIMINAR IN VITRO

Ana Raquel Monteiro¹, Beatriz Santos Lapa², Maria Inês Costa², Joana Jorge², Raquel Alves², Ana Bela Sarmiento Ribeiro³, Ana Cristina Gonçalves²

¹Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ²Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ²Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ³Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ⁴Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ³Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ²Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ³Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ⁴Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ⁵Serviço de Hematologia, Unidade Local de Saúde Coimbra - CHUC, Coimbra, Portugal

O ritmo circadiano regula vários processos fisiológicos, incluindo o metabolismo, a reparação do DNA, entre outros. A desregulação deste ciclo pode ter um impacto significativo no desenvolvimento tumoral e na resposta à terapêutica. As células leucémicas frequentemente exibem alterações no padrão de expressão dos genes do ciclo circadiano, o que torna fundamental a melhor compreensão da influência dos ritmos circadianos nestas patologias e no seu tratamento. Neste contexto, pretendeu-se avaliar *in vitro* a influência do ritmo circadiano na capacidade de reparação da lesão do DNA e o impacto da cronoterapia no tratamento da leucemia mieloide. Para tal, utilizaram-se duas linhas celulares de leucemia mieloide, as células HL-60 e K562, e uma linha celular de linfócitos normais, as células IMC. Caracterizou-se os níveis basais de expressão de genes do ritmo circadiano, *CLOCK*, *BMAL1*, *BMAL2*, *PER1*, *PER2*, *PER3*, *CRY1*, *CRY2* e *RORα*, por qPCR. A capacidade de reparação do DNA (crDNA) em células com sincronização circadiana (sinC), foi determinada ao longo do dia através da quantificação dos níveis de lesão cromossómica (ensaio de micronúcleo; microscopia) e de quebras de cadeia dupla (γH2AX; citometria de fluxo). A sensibilidade ao imatinib (IMA) e à citarabina (ARA-C), no período de maior e menor reparação do DNA, foi avaliada pelo teste azul de tripano. Realizou-se a análise estatística adequada e foi considerado um valor de $p < 0.05$. Os nossos resultados mostraram que as células HL-60 e K562 apresentam alteração no ritmo circadiano em comparação com as células normais. A crDNA apresentou oscilações ao longo do dia nas duas linhas celulares. Assim, as células HL-60 repararam 35% da lesão do DNA induzida 4h após a sinC (maior crDNA), enquanto logo após sinC apenas 21% das lesões foram reparadas (menor crDNA). Nas células K562, a reparação foi mais eficaz às 4h (29%) e menos eficaz às 16h (12%). Além disso, o tratamento com IMA nas células K562 e ARA-C nas células HL-60, apresentou maior eficácia quando administrado no tempo de menor crDNA (IMA=30%; ARA-C=51%) e menor eficácia quando administrado no tempo de maior crDNA (IMA=50%; ARA-C=65%), comparativamente à administração convencional sem sinC (IMA=40%; ARA-C=60%). Em conclusão, a utilização da cronoterapia mostrou resultados promissores em ambas as linhas celulares, permitindo melhor resposta terapêutica quando os fármacos foram administrados na altura em que as células apresentavam menor capacidade de reparação do DNA.



Comunicações Oraís 5

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Rui Bergantim (ULS São João), Catarina Geraldes (ULS Coimbra)

Sessão Paralela

Sala 2

CO 16 - THE COST-EFFECTIVENESS OF AXICABTAGENE CILOLEUCEL VERSUS STANDARD OF CARE AS SECOND-LINE THERAPY IN PATIENTS WITH LARGE B-CELL LYMPHOMA IN PORTUGAL

Sónia Pereira¹, Sérgio Chacim², João Paulo Cruz³, Yael A Rodriguez-Guadarrama⁴, Frank van Hees⁴, Nate J Smith⁴, Rob Blissett⁴, Sachin Vadgama⁵, Brett Doble⁵

¹Gilead Sciences Portugal, ²Instituto Português de Oncologia Porto, ³Unidade Local de Saúde Santa Maria, ⁴Maple Health Group LLC, ⁵Kite, a Gilead Company

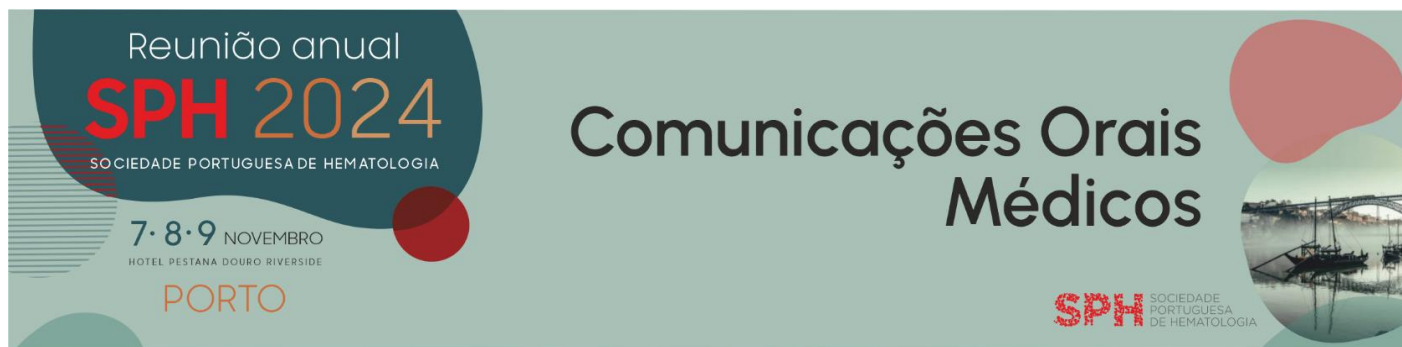
Background: Axicabtagene ciloleucel (axi-cel) is indicated for the treatment of adult patients with diffuse large B-cell lymphoma (LBCL) and high-grade B-cell lymphoma that relapses within 12 months from completion of, or is refractory to, first-line chemoimmunotherapy (i.e., in second line [2L]). Axi-cel has demonstrated superior overall survival versus standard of care (SOC; salvage chemoimmunotherapy followed by high-dose chemotherapy with autologous stem-cell transplantation for responders) in the treatment of 2L LBCL in adults in the ZUMA-7 trial (NCT03391466). This study aimed to estimate the cost-effectiveness of axi-cel versus SOC in 2L LBCL from a Portuguese National Health System perspective.

Methods: Using a partitioned survival model, we estimated costs, life-years (LY), and quality-adjusted life-years (QALY) over a lifetime time horizon. The model was populated with efficacy, safety, and utility inputs based on patient level data from ZUMA-7. Time-to-event data were extrapolated beyond the trial period using mixture cure models validated by clinical experts. Medical resource use data and 2022-year unit costs in Euros (€) were obtained from an expert panel, and Portuguese databases. Outcomes and costs were discounted at 4% annually. Sensitivity analyses were conducted to assess robustness of model results. Scenario analyses were conducted, including a scenario testing the difference between ZUMA-7-based subsequent treatment patterns and clinical expert opinion.

Results: 2L axi-cel treatment was associated with LY and QALY gains of 1.58 and 1.37 versus SOC, respectively, and incremental costs of €95,978, resulting in an incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of €69,900 per QALY gained. Results were driven by improved survival and quality of life associated with axi-cel, despite substantial utilization of chimeric antigen receptor-T cell therapy in third line in the SOC arm. Model results were robust in sensitivity and scenario analyses. Key result drivers included the standardized mortality ratio applied to the general population mortality for long-term axi-cel survivors and the utility values of pre- and post-progression health states.

Conclusion: Axi-cel treatment results in meaningful increases in LYs and QALYs compared to SOC in adult patients with 2L LBCL. Based on its ICER and a historical willingness-to-pay threshold, axi-cel can be considered a cost-effective treatment for 2L DLBCL in Portugal.

Palavras-Chave: Cost-effectiveness, Axicabtagene ciloleucel, LBCL



Comunicações Oraís 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 17 - EXPERIÊNCIA DE VIDA REAL PORTUGUESA COM DARATUMUMAB EM MIELOMA MÚLTIPLO EM PRIMEIRA LINHA E RECAÍDA/PROGRESSÃO - DARMMA

Manuel Neves¹, José Freitas², Adriana Roque³, Leonor Sarmiento⁴, Joana Vieira⁵, Clara Sanchez⁶, Cátia Monteiro⁵, Isabel Paulos Mesquita⁵, Inês Graça⁶, Helena Martins⁵, Fernanda Trigo⁶, Ana Bela Sarmiento-Ribeiro⁷, Paulo Lúcio¹, Cristina João⁸, Rui Bergantim⁹, Catarina Geraldès⁷

¹Serviço de Hemato-Oncologia, Fundação Champalimaud, ²Serviço de Hematologia Clínica, ULS Braga, ³Serviço de Hematologia Clínica, ULS de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra; Instituto de Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, ⁴CUF Oncologia, Lisboa; Laboratório de Imunologia Básica, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, ⁵Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, ULS Santa Maria, ⁶Serviço de Hematologia, ULS São João, ⁷Serviço de Hematologia Clínica, ULS de Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia e Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra, Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; Centro Académico Clínico de Coimbra, ⁸Serviço Hemato-Oncologia, Fundação Champalimaud; Myeloma Lymphoma Research Group, Champalimaud Experimental Clinical Research Programme, Fundação Champalimaud; Nova medical School, Universidade Nova de Lisboa., ⁹Serviço de Hematologia, ULS São João; i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto; Cancer Drug Resistance Group, IPATIMUP – Instituto de Patologia Molecular e Imunologia, Universidade do Porto

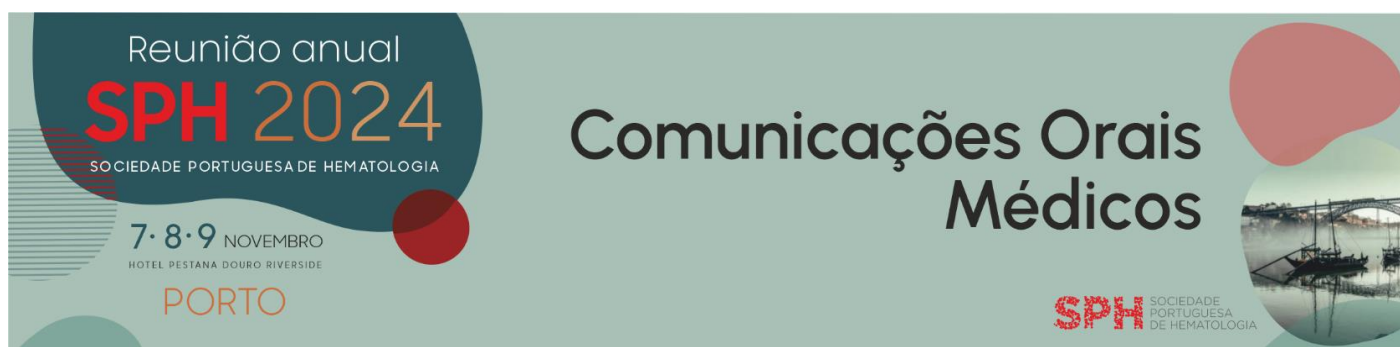
Introdução: A eficácia e a segurança do daratumumab (Dara) em doentes com Mieloma Múltiplo (MM) foram demonstradas em ensaios clínicos (EC) quer em 1ª linha quer em recidiva/refratários(rrMM). Os dados de vida real permitem a caracterização da população tratada e a comparação desses dados com os dos EC.

Métodos: Estudo multicêntrico (DarMMA) realizado em 5 hospitais portugueses, retrospectivo, para avaliação de doentes com MM tratados com Dara, em monoterapia ou em combinação, de Novembro de 2017 a Dezembro de 2022. Avaliação de resposta segundo critérios International Myeloma Working Group. Citogenética de alto risco (CAR) se del17p, t(4;14) ou t(14;16). Utilizou-se o método de Kaplan-Meier para análise de sobrevivência livre de progressão (SLP) e sobrevivência global (SG) e comparações com log-rank. Análises multivariadas pelo modelo de Cox.

Resultados: Tratados 210 doentes (dts): 64,8% sexo masculino, 35,2% sexo feminino. Mediana idade: 67 anos (35-89). ISS 1: 29,5% ISS 2: 31% ISS 3: 34,3%. Citogenética disponível em 64,3% dts, com 32,5% dts com CAR. 78,5% dts com lesões líticas, 30,5% com doença extramedular (DEM). Esquemas terapêuticos utilizados: DRd – 55,2%, DVd – 12,9%, DPd – 11,4%; Dara em monoterapia - 9%, DKd – 7,6%. Mediana de linha de uso de Dara: 2 (1-7). Dara em 1L: 7,1%, 2ªL: 43,3%; 3L: 24,3%, 4L: 16,2%; 5L ou posterior: 8,6%. Com mediana de follow-up de 15 meses, a resposta global foi 77,1%, com 17,6% com RC, 37,1% MBRP, 22,4% RP. Efeitos adversos hematológicos em 48,1% (21,4% g3-4) e infecciosos em 61,9%, (15,2%>g3). 7,6% dts suspenderam Dara por toxicidade e 11% fizeram transplante autólogo depois de Dara. 32,8% fizeram terapêutica após regime terapêutico com Dara. A SLP mediana 12 meses, e a SG mediana 28 meses. A mediana SLP dos doentes que fizeram Dara em 1ª ou 2ª foi superior à dos dts que fizeram em 3L ou posterior (28 vs 9 meses, p=0,001). A análise multivariada mostrou melhor SLP para Dara em 1L ou 2L (p=0,001, HR 0,63) e pior SLP se DEM (p=0,031, HR: 0,37). A análise multivariada mostrou pior SG se CAR (p=0,008, HR = 0,5), DEM (p=0,008, HR =0,50) e o uso de Dara em 3ªL ou posterior (p=0,002, HR = 0,59).

Conclusão: DarMMA é o primeiro estudo multicêntrico para caracterização do uso de Dara em Portugal. Dara provou ser uma terapêutica eficaz e segura, sendo utilizado sobretudo em rrMM. A análise multivariada mostrou que o uso precoce de daratumumab é fator preditivo positivo de SLP e SG. Doentes com DEM ou CAR têm pior SG.

Palavras-Chave: Mieloma Múltiplo, Daratumumab



Comunicações Oraais 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 18 - AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA NOS DOENTES PORTUGUESES COM MIELOMA MÚLTIPLO E SUA RELAÇÃO COM OS CUIDADORES – SUB-ANÁLISE DO ESTUDO CARMMA

Adriana Roque¹, Carlos Costa², Manuel Neves³, Ana Bela Sarmiento-Ribeiro⁴, Rita Gerivaz⁵, Ana Luisa Tomé⁶, Helena Martins⁷, Joana Ramos Vieira⁷, Miguel Neto⁸, André Pardal⁸, Sofia Afonso⁹, Joana Saraiva Santos⁶, Celina Afonso¹⁰, Ana Jorge¹⁰, José Freitas¹¹, Inês Ramos¹², Patrícia Sousa¹³, Paula César¹⁴, Teresa Garrido¹⁴, Dina Rochate¹⁵, Maria Pedro Valadão-Silveira¹⁶, Fernanda Trigo¹⁷, Rui Bergantim¹⁸, Catarina Geraldes⁴, Cristina João¹⁹

¹Serviço de Hematologia Clínica, ULS Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra; Instituto de Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, ²Hematologia Clínica, Instituto CUF Oncologia, Lisboa, ³Serviço de Hemato-Oncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa, ⁴Serviço de Hematologia Clínica, ULS Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínica Universitária de Hematologia e Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra, Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra; Centro Académico Clínico de Coimbra, Coimbra, ⁵Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde São José - Hospital Santo António dos Capuchos, Lisboa, ⁶Serviço de Hematologia Clínica, Hospital Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, ⁷Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, ULS de Santa Maria - Hospital de Santa Maria, Lisboa, ⁸Serviço de Hematologia Clínica, ULS São João - Hospital de São João, Porto, ⁹Serviço de Hematologia Clínica, ULS da Cova da Beira - Hospital Pêro da Covilhã, Covilhã; Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, ¹⁰Serviço de Hematologia Clínica, ULS de Lisboa Ocidental - Hospital de São Francisco Xavier, Lisboa, ¹¹Serviço de Hematologia, ULS de Braga - Hospital de Braga, Braga, ¹²Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, ¹³Serviço de Hematologia Clínica, Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra; Serviço de Hematologia Clínica, ULS da Cova da Beira - Hospital Pêro da Covilhã, Covilhã, ¹⁴Serviço de Hematologia Clínica, Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, ¹⁵Serviço de Hematologia, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada; actualmente na ULS do Algarve, ¹⁶Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, Serviço de Imuno-Hemoterapia, Amadora; Serviço de Hematologia Clínica, Clínica de Oncologia e Radioterapia, Clínico SAMS, Lisboa, ¹⁷Serviço de Hematologia Clínica, ULS São João - Hospital de São João, Porto; Faculdade de Medicina, Universidade de Porto, Porto, ¹⁸Serviço de Hematologia Clínica, ULS São João - Hospital de São João, Porto; Faculdade de Medicina, Universidade de Porto, Porto; i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto; Cancer Drug Resistance Group, IPATIMUP – Instituto de Patologia Molecular e Imunologia, Universidade do Porto, Porto, ¹⁹Serviço de Hemato-Oncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa; NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa

Introdução: O mieloma múltiplo (MM) é uma doença crónica com impacto na qualidade de vida (QoL) dos doentes (dts) e na sobrecarga dos cuidadores (SdC), pelo que a caracterização destas variáveis é vital.

Objetivo: Avaliar a QoL em dts com MM e a sua relação com a SdC numa coorte de vida real.

Métodos: Estudo transversal multicêntrico CarMMA que incluiu dts com MM tratados em 11 hospitais portugueses e seus cuidadores, entre 07/2022 e 06/2024. Utilizaram-se os questionários QLQ-C30 e QLQ-MY20 para avaliar a QoL dos dts e o QASCI para a SdC. Variáveis com $p < 0,1$ na análise univariada foram incluídas em modelos de regressão linear multivariada. A correlação entre QoL e SdC foi avaliada pelo teste de Pearson.

Resultados: Foram incluídos 448 dts, com idade mediana 68 (39-89) anos, 54,8% homens, 64,0% em 1ª linha de tratamento e em 89,7% incluindo fármacos administrados por via parentérica. Todos os dts obtiveram resposta à última linha (47,5% ≥ resposta completa).

Os questionários foram preenchidos por 75,2% ($n=337$) dos dts. Identificou-se um cuidador em 41,3% ($n=185$) dos dts, com idade mediana 61 anos (24-86), 74,3% mulheres.

Comunicações Oraís 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

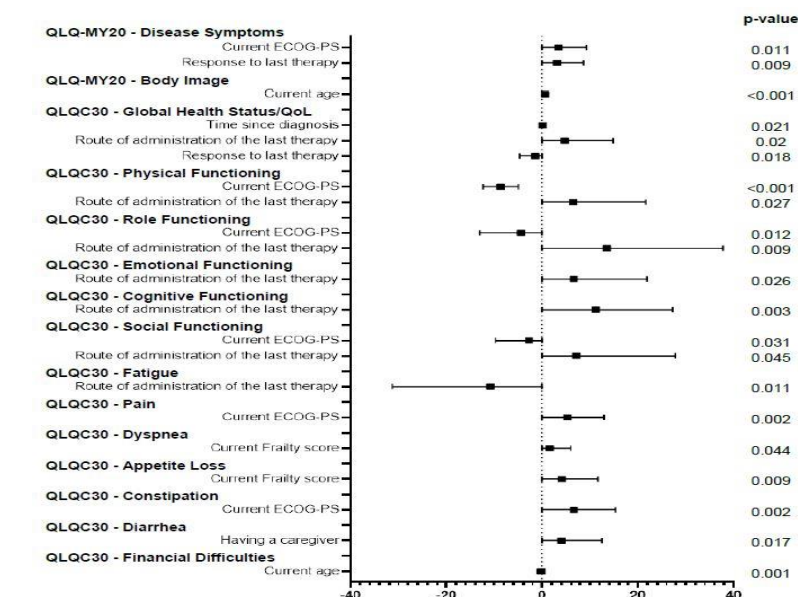
Sessão Paralela

Sala 3

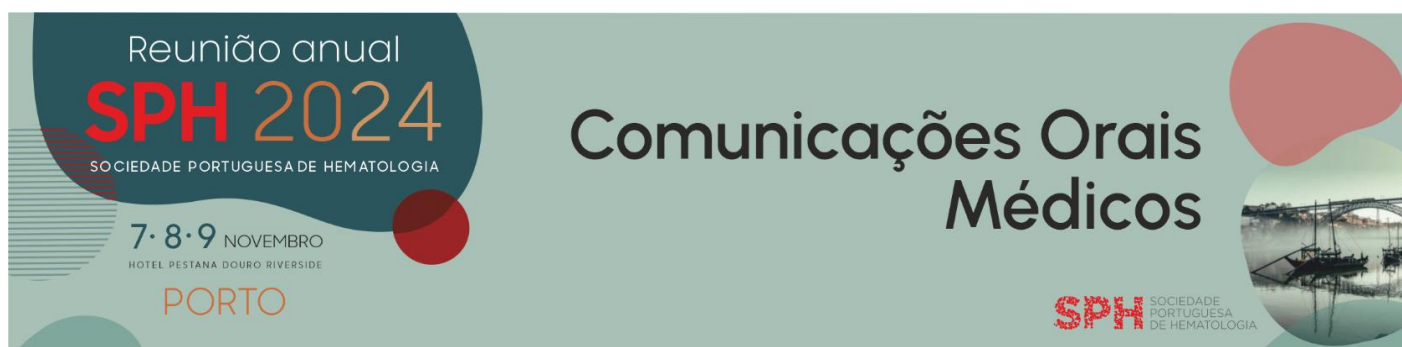
Na análise multivariada (Fig. 1), destacaram-se associações entre o ECOG-PS e os sintomas da doença ($\beta=5,5$; $p=0,011$), a funcionalidade física ($\beta=-8,6$; $p<0,001$) e social ($\beta=-5,1$; $p=0,031$). A profundidade da resposta impactou os sintomas da doença ($\beta=4,9$; $p=0,009$) e a QoL global ($\beta=-2,5$; $p=0,018$). A via de administração da última linha afetou a QoL global ($\beta=8,0$; $p=0,02$), funcionalidade física ($\beta=11,5$; $p=0,03$), emocional (EF) ($\beta=11,7$; $p=0,03$), cognitiva ($\beta=16,5$; $p=0,003$) e social ($\beta=14,1$; $p=0,03$) assim como o desempenho de papéis ($\beta=21,6$; $p=0,009$). Considerando a correlação entre QoL dos dts e SdC (Fig. 2), destaca-se a EF do dt e SdC emocional ($r=-0,37$; $p<0,001$), dificuldades financeiras dos dts e SdC financeira ($r=0,51$; $p<0,001$), e efeitos secundários da terapêutica ($r=0,22$; $p=0,005$); e perspetiva do futuro do dt ($r=-0,24$; $p=0,002$) e SdC global.

Discussão/Conclusão: Nesta coorte de dts com MM em resposta, o ECOG-PS, a profundidade da resposta e a via de administração da terapêutica foram as variáveis que mais impactaram as diferentes componentes da QoL. Observou-se uma correlação negativa entre múltiplas dimensões de funcionalidade dos dts e SdC, mesmo de diferentes dimensões, o que realça a importância de uma abordagem holística bio-psico-social dos dts com MM e dos seus cuidadores.

Palavras-Chave: mieloma múltiplo, qualidade de vida, cuidadores



	Overall QASCI Burden	Emotional Burden	Personal Life Implications	Financial Overload	Reactions to Demands	Mechanisms of Efficacy and Control	Familiar Support	Satisfaction with the Role
QLQC30 - Global Health Status/QoL	-0.073	-0.085	-0.155	-0.244	-0.077	0.121	0.060	0.066
QLQC30 - Physical Functioning	-0.302	-0.360	-0.427	-0.172	-0.174	-0.136	-0.160	-0.016
QLQC30 - Role Functioning	-0.331	-0.419	-0.429	-0.167	-0.200	-0.188	-0.124	-0.027
QLQC30 - Emotional Functioning	-0.341	-0.364	-0.296	-0.229	-0.261	-0.178	-0.099	-0.152
QLQC30 - Cognitive Functioning	-0.178	-0.233	-0.205	-0.104	-0.138	-0.155	-0.058	-0.008
QLQC30 - Social Functioning	-0.477	-0.571	-0.500	-0.310	-0.358	-0.191	-0.125	-0.177
QLQC30 - Fatigue	0.265	0.382	0.399	0.240	0.254	0.027	0.015	-0.003
QLQC30 - Nausea/Vomiting	0.168	0.106	0.185	0.157	0.240	0.081	0.019	0.039
QLQC30 - Pain	0.208	0.237	0.289	0.255	0.277	0.064	-0.014	-0.034
QLQC30 - Dyspnea	0.147	0.213	0.147	0.067	0.130	0.113	0.058	0.011
QLQC30 - Insomnia	0.113	0.060	0.023	0.138	0.162	0.089	0.062	0.013
QLQC30 - Appetite Loss	0.140	0.214	0.213	0.162	0.171	0.042	-0.051	-0.019
QLQC30 - Constipation	0.058	0.181	0.163	0.115	0.222	-0.113	-0.157	-0.010
QLQC30 - Diarrhea	0.131	0.101	0.156	0.115	0.147	-0.023	0.143	0.018
QLQC30 - Financial Difficulties	0.386	0.363	0.322	0.426	0.352	0.233	-0.002	0.020
QLQ-MY20 - Disease Symptoms	0.162	0.140	0.157	0.098	0.184	0.142	0.060	0.085
QLQ-MY20 - Side Effects of Treatment	0.158	0.192	0.218	0.192	0.167	0.039	-0.045	0.037
QLQ-MY20 - Body Image	-0.204	-0.121	-0.253	-0.257	-0.158	-0.103	0.012	0.001
QLQ-MY20 - Future Perspective	-0.206	-0.263	-0.343	-0.219	-0.211	-0.090	0.077	0.033



Comunicações Oraais 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 19 - PREVISÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO DOENTE COM MIELOMA MÚLTIPLO COM MODELOS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL – ANÁLISE DO ESTUDO MULTICÊNTRICO CARMMA

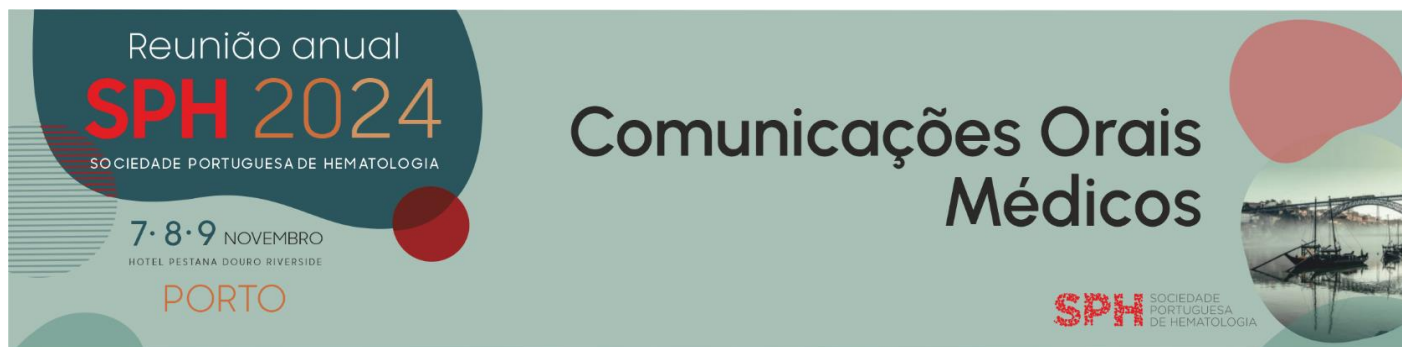
Carlos Costa¹, Adriana Roque², João Santinha³, Manuel Neves⁴, Ana Bela Sarmiento-Ribeiro⁵, Rita Gerivaz⁶, Ana Luísa Tomé⁷, Helena Martins⁸, Joana Ramos Vieira⁸, Miguel Neto⁹, André Pardal¹⁰, Sofia Afonso¹¹, Joana Saraiva Santos¹², Celina Afonso¹³, Ana Jorge¹³, José Freitas¹⁴, Inês Ramos¹⁵, Patrícia Sousa¹¹, Paula César¹⁶, Teresa Garrido¹⁶, Dina Rochate¹⁷, Maria Pedro Silveira¹⁸, Fernanda Trigo¹⁹, Rui Bergantim²⁰, Catarina Geraldes⁵, Cristina João²¹

¹Unidade de Hematologia, Hospital CUF Tejo, Lisboa, ²Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; Instituto de Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, ³Digital Surgery Lab, Fundação Champalimaud, Lisboa, ⁴Serviço de HematoOncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa, ⁵Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia e Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra, Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra; Centro Académico Clínico de Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁶Unidade de Hematologia Clínica, Hospital Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, ⁷Unidade de Hematologia Clínica, Hospital Garcia da Orta, Unidade Local de Saúde de Almada-Seixal, Almada, ⁸Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, Hospital de Santa Maria, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, ⁹Unidade de Hematologia Clínica, Hospital de São João, Unidade Local de Saúde São João, Porto, ¹⁰Unidade de Hematologia Clínica, Hospital de São João, Unidade Local de Saúde São João, Porto, ¹¹Serviço de Hematologia Clínica, Hospital Pêro da Covilhã, Unidade Local de Saúde da Cova da Beira, Covilhã, ¹²Unidade de Hematologia Clínica, Hospital Santo António dos Capuchos, Unidade Local de Saúde São José, Lisboa, ¹³Unidade de Hematologia Clínica, Hospital de São Francisco Xavier, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, ¹⁴Serviço de Hematologia, Hospital de Braga, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, ¹⁵Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil, Porto, ¹⁶Departamento de Hematologia, Instituto Português Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, Coimbra, ¹⁷Hospital de Faro, Unidade Local de Saúde Algarve, Faro (previamente Serviço de Hematologia, Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, Ponta Delgada), ¹⁸Serviço de Imuno-Hemoterapia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra, Amadora, ¹⁹Unidade de Hematologia Clínica, Hospital de São João, Unidade Local de Saúde São João, Porto; Departamento de Hematologia Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, ²⁰Serviço de Hematologia, Centro Hospitalar São João, Porto; Hematologia Clínica, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Porto; Cancer Drug Resistance Group, IPATIMUP – Instituto de Patologia Molecular e Imunologia, Universidade do Porto, Porto, ²¹Serviço de HematoOncologia, Fundação Champalimaud, Lisboa; NOVA Medical School, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa

Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) tem impacto negativo na qualidade de vida (QoL) dos doentes e está associado a sobrecarga psicológica, física, social e financeira dos cuidadores.

Objetivo: Desenvolver um modelo de predição da necessidade de cuidador (NdC) e da sobrecarga do cuidador (SdC) em doentes com MM.

Métodos: O estudo multicêntrico CarMMA incluiu doentes com MM de 11 hospitais nacionais e seus cuidadores entre 07/2022 e 06/2024. Utilizaram-se os questionários QLQ-C30 e QLQ-MY20 para avaliar QoL, e o QASCI para SdC. O Coeficiente de Correlação de Matthews foi utilizado para selecionar o melhor modelo para previsão da NdC e SdC no conjunto de treino (60% da amostra), cujo desempenho foi avaliado no conjunto teste. O impacto das características nos modelos foi determinado com a análise SHAP.



Comunicações Oraais 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (*ULS Santo António*), Inês Carvalhais (*ULS São João*)

Sessão Paralela

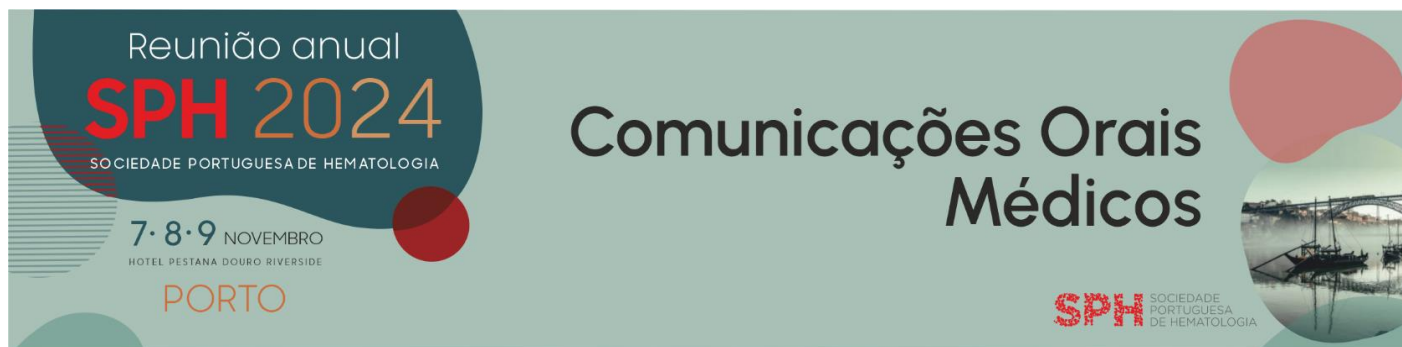
Sala 3

Resultados: Foram recrutados 448 doentes com idade mediana de 68 anos; 54,8% do sexo masculino e 63,6% com diagnóstico de novo. O ECOG-PS era 0-1 em 77,3% e o estágio ISS era 2-3 em 70,9%. Foi identificado cuidador em 41,3% dos doentes, 74,1% do sexo feminino e idade mediana de 61,5 anos.

O melhor modelo preditivo para a NdC mostrou uma exatidão de 78%, sensibilidade 73%, valor preditivo positivo (VPP) 76% e área sob a curva (ROC-AUC) 0,84. As características dos doentes com maior impacto foram idade, PS e ISS. Para a SdC total, o modelo alcançou uma exatidão de 71%, sensibilidade 60%, VPP 71% e ROC-AUC 0,67. A pontuação mediana para a SdC total foi baixa (21,8%), mas quatro das dimensões apresentaram maior proporção de cuidadores com SdC elevada ou extrema: Implicações na Vida Pessoal (IVP, em 19,9% dos cuidadores), Mecanismos de Eficácia e Controlo (MEC, 12,6%), Suporte Familiar (12,3%) e Sobrecarga Financeira (SF, 11,4%). Relativamente a IVP, SF e MEC, os melhores modelos apresentaram exatidões de 64%, 69%, 63%, sensibilidades 72%, 75%, 71%, VPPs 64%, 70%, 67% e ROC-AUCs 0,65, 0,71 e 0,56, respetivamente. Para o modelo de SdC total, a característica com maior impacto foi o ISS, enquanto nos modelos de IVP, SF e MEC foram o sexo, a fragilidade e dimensões de QoL relacionadas com depressão e dor.

Discussão e Conclusões: A análise de dados do estudo CarMMA por métodos de inteligência artificial permite gerar modelos preditivos de NdC e SdC em doentes com MM e fornece informação sobre os fatores com maior impacto. A implementação desta ferramenta em contexto de vida real pode estabelecer um novo padrão no planeamento do apoio social a doentes e cuidadores.

Palavras-Chave: Mieloma, Sobrecarga, Cuidador, Social



Comunicações Oraais 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 20 - IMPACTO DO DARATUMUMAB NA MOBILIZAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOÉTICOS DE SANGUE PERIFÉRICO NO MIELOMA MÚLTIPLO

Clara Afonso Sanches¹, Inês Salazar Graça¹, Miguel Ângelo Neto¹, Rita Queirós Pereira¹, Eliana Aguiar¹, Jorge Cancela Pires¹, Rui Bergantim¹, Fernanda Trigo¹

¹Centro Hospitalar Universitário de São João

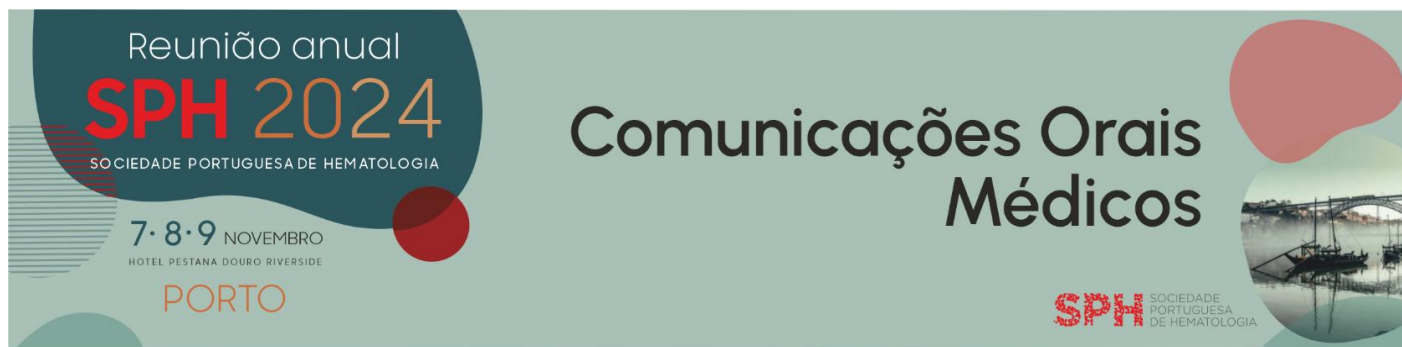
Introdução: O condicionamento com melfalano seguido de transplante autólogo de precursores hematopoiéticos (TAPH) constitui o tratamento *gold standard* de 1ª linha em doentes com mieloma múltiplo (MM) elegíveis. A adição de daratumumab aos esquemas terapêuticos de indução pré-TAPH, demonstrou um incremento nas respostas pré-TAPH e sobrevivência, porém parece ser prejudicial na mobilização de progenitores hematopoiéticos de sangue periférico (PHSP), apesar do mecanismo específico não ser conhecido.

Objetivo: Avaliar o impacto do daratumumab na mobilização e colheita de PHSP, assim como no desfecho pós-TAPH.

Métodos: Estudo coorte retrospectivo em doentes recém diagnosticados com MM submetidos a TAPH entre Julho/2022 e Junho/2024. Comparados doentes tratados com daratumumab (grupo1) com aqueles tratados anteriormente, sem anticorpo anti-CD38 (grupo2) avaliando, na mobilização e colheita de PHSP, número de células colhidas, dias de aférese e necessidade do uso de plerixafor; no desfecho pós-TAPH, comparou-se a resposta terapêutica ao 100º dia pós-TAPH e tempo de recuperação hematológica de neutrófilos e plaquetas. Usados os testes Mann-Whitney e Fisher com significância estatística $p \leq 0.05$ (software IBM SPSS Statistics).

Resultados: Dos 89 doentes incluídos, 30 tratados com e 59 sem daratumumab. Idade mediana ao diagnóstico de 60 anos [40;72], 53.9% do sexo feminino. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no estadiamento (ISS), risco citogenético, cadeias envolvidas, nem na resposta ao tratamento pré-mobilização. Os doentes do grupo 1 realizaram aférese mais precocemente, mediana ao fim do 4º ciclo, do que o grupo de 2, ao 6º ciclo ($p < 0.01$). Os doentes tratados com daratumumab necessitaram de mais dias de colheita (IQR[2;2] vs [1;2], $p = 0.01$), de processamento de mais volémias (IQR[4;4] vs [2;4], $p = 0.02$) e maior necessidade de uso de plerixafor (23,3% vs 6,8%, $p = 0.04$), mas não houve colheita de menor número de células (mediana 5.84 vs 5.78×10^6 CD34+/kg, $p = 0.86$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no desfecho pós-transplante, quer no tempo até recuperação hematológica, quer na avaliação precoce de resposta ao 100º dia.

Conclusão: Apesar da associação de daratumumab na 1ª linha terapêutica de MM parecer dificultar a colheita PHSP, com maior necessidade do uso de plerixafor e mais dias de colheita, não compromete a eficácia global da mobilização, nomeadamente no número de células colhidas, nem desfecho pós-transplante.



Comunicações Oraís 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 21 - VALIDAÇÃO DO R2-ISS NUMA POPULAÇÃO DE VIDA REAL DE DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO RECÉM-DIAGNOSTICADO TRATADOS COM REGIMES BASEADOS EM BORTEZOMIB

Isabel Paulos Mesquita¹, Joana Vieira², Helena Martins², João Forjaz Lacerda³, Graça Esteves²

¹Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria, ²Hospital de Santa Maria, ULS de Santa Maria, ³Hospital de Santa Maria, ULS Santa Maria; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; Gulbenkian Institute for Molecular Medicine (GIMM), Lisboa, Portugal

Introdução: a avaliação prognóstica de doentes (dts) com MM recém-diagnosticado foi recentemente atualizada com o score R2-ISS, que combina o ISS com a LDH e alterações citogenéticas de alto risco (HRCA) incluindo a 1q21+ como marcador de risco e excluindo a t(14;16).

Objetivos & métodos: estudo retrospectivo unicêntrico de dts com MM recém-diagnosticado elegíveis para transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos (TAPH), tratados em 1ª linha com tripletos baseados em bortezomib (B) entre 2007 e 2024, com o objetivo de validação do score R2-ISS numa população de vida real, comparação com o score R-ISS e avaliação do impacto da re-estratificação dos dts com o score mais recente na sobrevivência global (SG).

Resultados: 306 dts, 56.2% do sexo masculino, com idade mediana ao diagnóstico de 61 anos (37-73). Características clínicas basais: anemia 42.8%, insuficiência renal 25.2%, hipercalcémia 12.5%, lesões líticas 77.2% e doença extra-medular 42.5%. 22.7% com ≥ 1 HRCA, 1q21+ em 29.0%. R-ISS I 24.8%, II 61.9% e III 13.3%. R2-ISS I 16.0%, II 21.6%, III 48.4% e IV 13.9%. Todos receberam regimes baseados em B, 44.1% em associação com IMiD. 90.5% receberam TAPH. A mediana de follow-up (mFU) foi de 100 meses(m). A SG mediana (SGm) para os 4 estádios R2-ISS foi não atingida (NA), 159m, 86m e 26m, respetivamente ($p < 0.001$), com uma taxa de SG aos 8 anos de 69.6%, 73.6%, 44.9% e 13.6%, respetivamente. Verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os estádios II vs III e III vs IV ($p < 0.001$). Não houve diferenças na SLP/SG de acordo com o regime de tratamento em nenhum estádio R2-ISS. Quando aplicado o R2-ISS houve redistribuição de 118 dts (41.1%) face ao estádio inicial no R-ISS. Especificamente, no estádio R-ISS II ($n=166$), 106 dts (63.9%) foram reclassificados para estádio R2-ISS III e 18 dts (10.8%) para estádio IV. Esta reclassificação resultou em diferentes taxas de SG ($p < 0.001$), 159m, 85m e 33m para os estádios II, III e IV, respetivamente. Uma análise ROC demonstrou que o R2-ISS tem um melhor valor preditivo para o evento "morte" face ao R-ISS (AUC 0.72 vs 0.645).

Discussão: esta análise permitiu validar o score R2-ISS numa população de vida real, com uma mFU de 8 anos, permitindo uma melhor estratificação de risco da população. Demonstrámos a sua utilidade no refinamento do prognóstico em relação ao score R-ISS, permitindo uma melhor divisão dos dts com R-ISS II, demonstrando a heterogeneidade existente neste subgrupo.

Palavras-Chave: MIELOMA MÚLTIPLO, R2ISS, R-ISS

Comunicações Oraís 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

Fig.1 – Restratificação da SG de doentes R-ISS estadio II

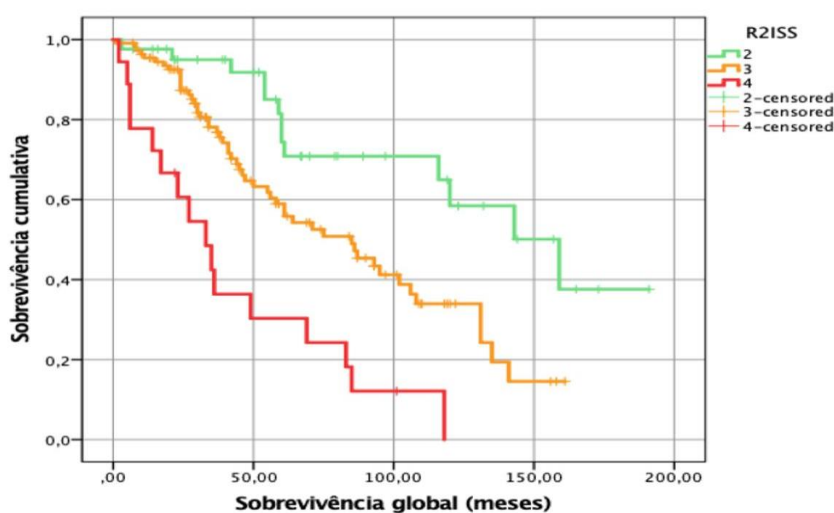
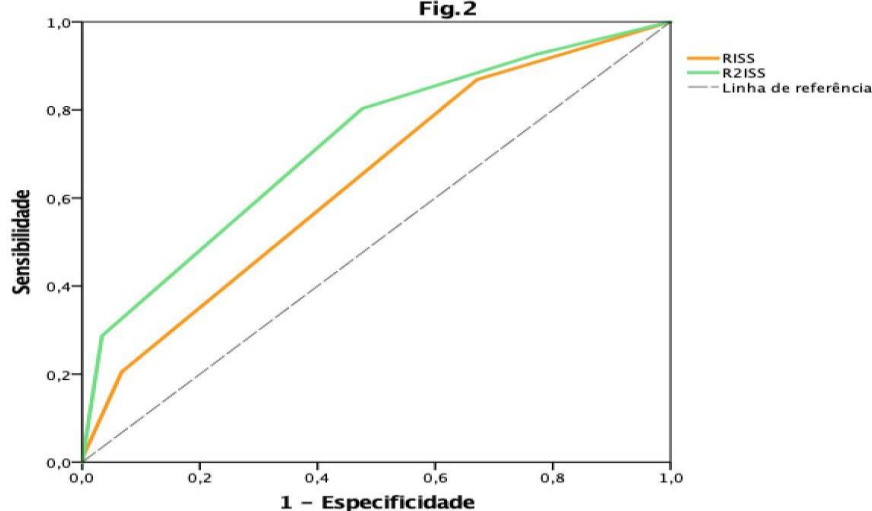
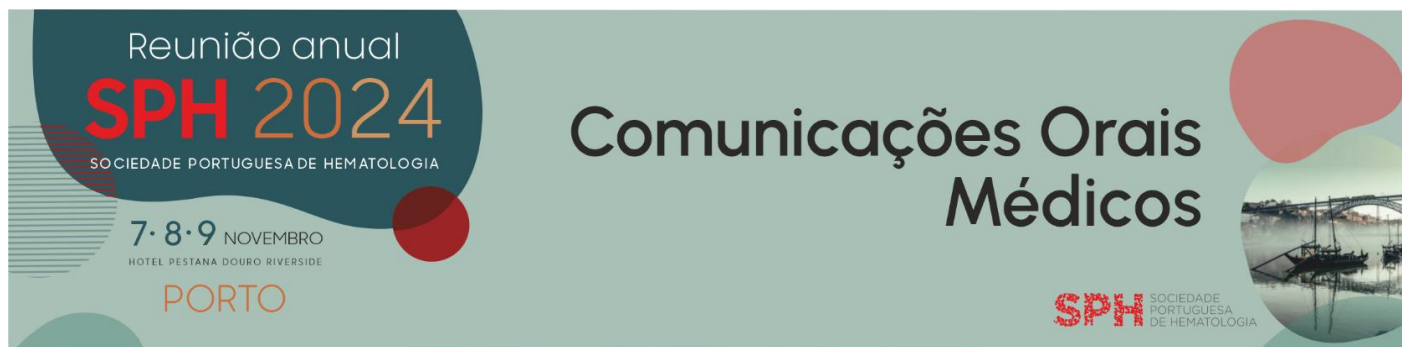


Fig.2





Comunicações Oraís 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 22 - LINFOMA DE HODGKIN: ESTAREMOS A PÔR OS DOENTES EM “CHECK”?

Inês Oliveira Ramos¹, Luís Leite¹, Leonardo Moço¹, Mário Sousa-Pimenta¹, Rita Coutinho¹, Filipa Moita¹, Manuel Guerreiro¹, Catarina Dantas¹, Gil Brás¹, Rosa Branca¹, Dulcineia Pereira¹, Carlos Pinho Vaz¹, José Mário Mariz¹

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

Introdução: O Linfoma de Hodgkin (LH) é uma doença potencialmente curável, mas em casos refratários, o transplante alogénico de progenitores hematopoiéticos (aloTPH) e a utilização de inibidores de checkpoint imunológico (iCP) emergem como opções terapêuticas importantes. Contudo, devido à ativação imune induzida pelos iCP, a sua administração antes do aloTPH tem sido associada a um risco acrescido de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH).

Objetivo: Análise do impacto da terapêutica prévia com iCP nos resultados do aloTPH em doentes com LH num centro de transplantação português.

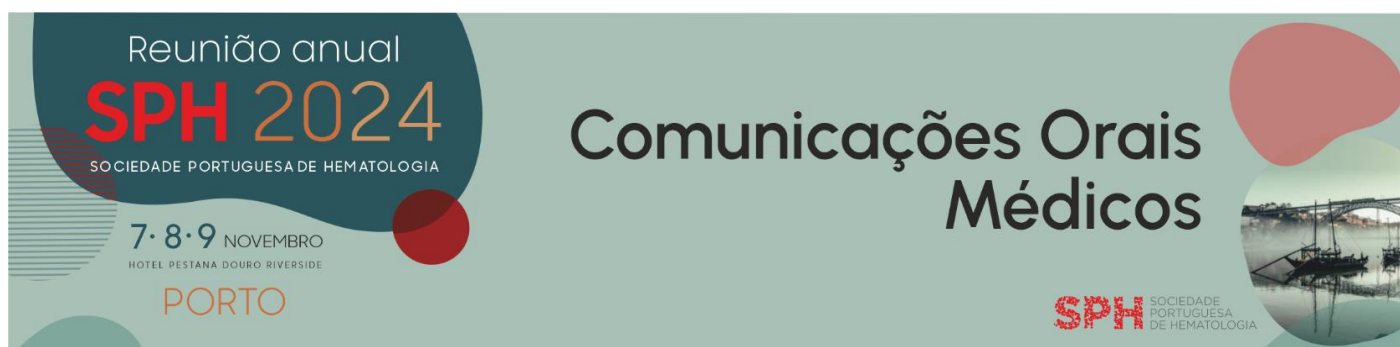
Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com LH submetidos a aloTPH entre Março de 2014 e Agosto de 2024. Os dados clínicos foram colhidos através da consulta do processo clínico eletrónico dos doentes. A análise estatística foi realizada no software SPSS, versão 28.0.1.0.

Resultados: Dos 30 doentes incluídos, 16 (53%) receberam iCP previamente ao aloTPH. A mediana de semanas decorridas entre a última administração de iCP e a realização do aloTPH foi de 7 semanas (IQR 16, min 2 e max 56). 83% dos doentes desenvolveram DECH aguda. A exposição prévia a iCP não teve impacto estatisticamente significativo na incidência ou gravidade da DECH aguda, mesmo nos casos com intervalo iCP-aloTPH inferior a 20 semanas. Quanto à DECH crónica, presente em 59% dos doentes, o tratamento com iCP não resultou num aumento da sua incidência, associando-se, contudo, a maior gravidade ($p=0.032$). O intervalo entre iCP-aloTPH ($<$ ou $>$ 20 semanas), não teve impacto na ocorrência nem na gravidade da DECH crónica.

Adicionalmente, observou-se uma maior necessidade de internamento prolongado ou reinternamento por DECH em doentes que realizaram iCP ($p=0.028$). Contudo não foram encontradas diferenças na mortalidade, precoce ou tardia. Nos doentes que realizaram iCP, o tipo de aloTPH, bem como de profilaxia de DECH, incluindo depleção de células T, não mostrou diferenças significativas no desenvolvimento nem na gravidade de DECH aguda ou crónica. Contudo os 2 transplantes haploidênticos desenvolveram DECH crónica com critérios de severidade apesar da realização de ciclofosfamida pós-transplante.

Conclusão: Apesar das limitações inerentes ao tamanho e heterogeneidade da amostra, a exposição prévia a iCP associou-se a um aumento da gravidade de DECH crónica e maior necessidade de internamento por DECH, sublinhando a importância de desenvolver estratégias para mitigar estes efeitos.

Palavras-Chave: Linfoma de Hodgkin, Inibidores de Checkpoint, Transplante Alogénico de Progenitores Hematopoiéticos, Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro



Comunicações Oraís 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 23 - ANÁLISE DAS FREQUÊNCIAS DOS ESTEREÓTIPOS DE RECEPTORES DE CÉLULAS B EM DOENTES PORTUGUESES RECÉM-DIAGNOSTICADOS COM LLC: PAIS

Daniela Alves¹, Gisela Ferreira², Joana Caldas³, Mariana Leal Fernandes⁴, Cátia Gaspar⁵, Mafalda Alpoim⁶, Maria Inês Gonçalves⁷, Sara Duarte⁸, Helena Vitória⁹, Ana Montalvão¹⁰, Fernanda Vargas¹¹, Teresa Ribeiro¹², Ana Santo António¹³, Rita Coutinho¹⁴, Francisca Miranda¹⁵, Tânia Maia¹⁶, Marta Gomes¹⁶, José Pedro Carda¹⁷, Evidenze¹⁸, Rita Jaime¹⁹, João Raposo¹

¹Unidade Local de Saúde Santa Maria, E.P.E, 1649-035 Lisboa, Portugal, ²Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E, 3810-501, Aveiro, Portugal, ³Hospital Santo António dos Capuchos Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E, 1169-050, Lisboa, Portugal, ⁴Hospital Santo António dos Capuchos - Centro Hospitalar Lisboa Central, E.P.E, 1169-050, Lisboa, Portugal, ⁵CUF Descobertas, 1998-018, Lisboa, Portugal, ⁶Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, E.P.E, 4434-502, Vila Nova de Gaia, Portugal, ⁷Unidade Local de Saúde de São João, E.P.E, 4200-319, Porto, Portugal, ⁸Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, E.P.E, 3004-561 Coimbra, Portugal, ⁹Hospital São Teotónio de Viseu, Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, E.P.E, 3504-509 Viseu, Portugal, ¹⁰ULS do Baixo Alentejo, 7801-849 Beja, ¹¹Hospital Garcia de Orta, Unidade Local Saúde de Almada-Seixal, E.P.E, 2805-267 Almada, Portugal, ¹²Hospital de Braga, Unidade Local de Saúde de Braga, E.P.E, 4710-243 Braga, Portugal, ¹³Hospital de São Bernardo, Unidade Local de Saúde da Arrábida, E.P.E, 4400-346 Vila Nova de Gaia, Portugal, ¹⁴Hospital de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António, E.P.E, 4050-342 Porto, Portugal, ¹⁵Hospital de São Francisco Xavier, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, E.P.E, 1449-005 Lisboa, Portugal, ¹⁶Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos, E.P.E, 4464-513 Senhora da Hora, Portugal, ¹⁷Hospital da Luz de Lisboa, 1500-650 Lisboa, Portugal, ¹⁸Evidenze Portugal, 1495-190 Algés, Portugal, ¹⁹Johnson&Johnson Innovative Medicine, 2740-262 Porto Salvo, Portugal

A leucemia linfocítica crónica (LLC) exhibe um curso clínico heterogéneo, influenciado por fatores celulares e genéticos, como o estado mutacional das regiões variáveis da imunoglobulina (IGHV). Recentemente, os estereótipos de receptores de células B (BCR) demonstraram um valor prognóstico promissor, potencialmente superior ao estado mutacional do IGHV. O estudo PAIS teve como objetivo analisar a frequência de estereótipos de BCR entre os doentes portugueses recentemente diagnosticados com LLC e o perfil mutacional do IGHV, oferecendo uma visão integrada das características de prognóstico e progressão da doença.

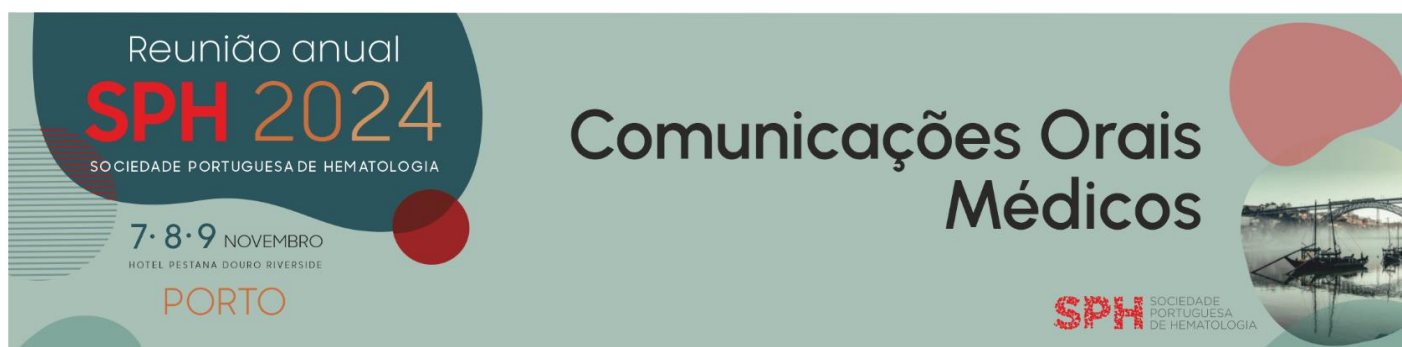
Este estudo transversal incluiu 463 doentes adultos (≥ 18 anos) de 15 centros portugueses, nascidos em Portugal, recentemente diagnosticados com LLC e recrutados entre novembro de 2020 e setembro de 2023. A idade média ao diagnóstico foi de 70,4 anos (intervalo 58,9-81,9). Os estádios clínicos mais comuns foram o estadio 0 (54%) e o estadio 1 (32,83%).

Um total de 15 estereótipos de BCR foram identificados na coorte estudada. O subtipo #1, associado a um pior prognóstico, foi o mais prevalente, observado em 3,90% dos doentes portugueses recém-diagnosticados com LLC. Estereótipos menos frequentes incluíram os subtipos #6 e #8, cada um com uma frequência de 0,92%; os subtipos #4 e #77, com uma frequência de 0,69% cada e os subtipos #2 e #59, com uma frequência de 0,46% cada. A maioria dos doentes apresentou um perfil de BCR heterogéneo (90,14%). Relativamente ao estado mutacional do IGHV, 57,24% dos doentes apresentava IGHV mutado.

A concentração de $\beta 2$ -microglobulina foi significativamente menor nos doentes com IGHV mutado (2,6 mg/L vs. 3,6 mg/L, $p < 0,001$). O estadio clínico, avaliado pelo sistema de estadiamento RAI, diferiu entre os subgrupos, com maior frequência do estadio 0 nos doentes com IGHV mutado e do estadio 2 nos doentes não mutados ($p = 0,009$).

O estudo PAIS destacou a predominância de um perfil heterogéneo do BCR entre os doentes portugueses com LLC, superior ao descrito na literatura. Por outro lado, a maior percentagem de doentes com IGHV mutado ao diagnóstico corrobora os resultados previamente publicados. Este estudo contribuiu para uma melhor caracterização dos cerca de 10% de doentes portugueses com LLC que apresentam estereótipos de BCR, permitindo aos hematologistas uma maior capacidade de previsão da progressão da doença com potencial impacto nas suas decisões clínicas.

Palavras-Chave: LLC, Estereótipos de Receptores de Células B, Estudo PAIS, Recém diagnosticados



Comunicações Oraais 6

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 15h00

Moderação: Luísa Regadas (ULS Santo António), Inês Carvalhais (ULS São João)

Sessão Paralela

Sala 3

CO 24 - MUTAÇÃO FLT3-ITD NA LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA. QUAL O IMPACTO NO PROGNÓSTICO?

Francisca Ribeiro Soares¹, Inês Vieira¹, Georgy Alikhanov¹, Filipa Saraiva¹, Luís Monteiro¹, Joana Santos¹, Paula Sousa Santos¹, Alexandra Monteiro¹, Patrícia Ribeiro¹

¹Hospital Santo António dos Capuchos-Unidade Local de Saúde São José

Introdução: A Leucemia Promielocítica Aguda (LPA) é atualmente a leucemia aguda de melhor prognóstico com elevadas taxas de cura. A incidência de mutações do gene FLT3-ITD (mFLT3) está descrita em 20-45% dos casos, mas o seu valor prognóstico não está totalmente estabelecido. Embora seja conhecida a correlação entre a mFLT3 e fatores como a leucocitose e a morfologia variante hipogranular, o seu valor como fator prognóstico independente na sobrevivência não é consensual.

Objetivo: Avaliar o impacto clínico da mFLT3 nos doentes com LPA.

Métodos: Análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de LPA de novo entre Jan/2000 e Ago/2024. Descrevemos as características clínicas ao diagnóstico e sua associação ao status do mFLT3 por regressão logística. Posteriormente avaliou-se o impacto da mFLT3 na sobrevida global (SG) e na sobrevivência livre de progressão (SLP) pelo método de Kaplan-Meier. Adicionalmente efetuou-se uma subanálise dos doentes com LPA de alto risco (AR) tratados com o regime AIDA.

Resultados: Identificaram-se 134 LPAs de novo, com idade mediana de 47 anos (16-83 anos) e maior prevalência do sexo feminino (57,5%). A mFLT3 foi detetada (por biologia molecular) em 40,3% dos doentes [54,7% na população de AR e 45,3% na de baixo/intermédio risco (BIR)]. Comparando as populações com e sem mFLT3, estas diferiram com significado estatístico no nº de leucócitos ao diagnóstico ($p=0,000$), LDH ($p=0,000$) e risco ($p=0,025$), mas não na percentagem de remissão completa ($p=0,419$) ou recaída ($p=0,679$). Na análise exploratória apenas o nº de leucócitos e o risco se correlacionaram com a presença da mFLT3 (OR 2,552 [IC 95% 1,250-5,211], $p=0,01$ e OR 3,433 [IC 95% 1,1-4,549], $p=0,026$, respetivamente). Com uma mediana de follow-up de 60 meses, não houve diferença estatisticamente significativa entre a SG e SLP na população geral ($p=0,141$ e $p=0,320$, respetivamente), nem especificamente na população de AR ($p=0,915$ e $p=0,486$, respetivamente).

Conclusão: A estratificação de risco usada atualmente identifica o grupo de AR com base no nº de leucócitos e plaquetas. A nossa análise, embora retrospectiva, sugere que a mFLT3 não confere impacto prognóstico nos doentes com LPA, pondo em causa a sua utilidade na prática clínica. Na subanálise dos doentes com AR esta conclusão mantém-se. Consideramos que, para confirmação dos resultados, seria útil uma amostra maior e a extensão da subanálise à população de BIR tratada com o regime atual de ATRA+ATO.

Palavras-Chave: LPA, FLT3, prognóstico

COMUNICAÇÕES ORAIS

ENFERMAGEM





Comunicações Orais

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 14h30

Moderação: Marta Felício (ULS São João)

Sala 5

CO 25 - PROJETO-PILOTO: VIA VERDE NEUTROPENIA FEBRIL

Cláudia Sofia Rodrigues Gaspar¹

¹ULSSM

Atualmente assiste-se a um grande investimento, no âmbito da prevenção da Neutropenia Febril (NF), decorrente da avaliação do risco do doente e da educação para a saúde. Apesar disso, a NF mantém-se como uma complicação frequentes decorrentes do tratamento com quimioterapia, opção terapêutica indispensável ao doente hemato-oncológico.

A NF é uma causa importante de mortalidade, morbilidade, de uso de recursos de saúde e compromete a eficácia do tratamento, pela necessidade de alterar o regime terapêutico. É considerada uma emergência oncológica, uma vez que a situação clínica do doente poderá evoluir rapidamente. Assim, o sucesso do seu tratamento requer uma rápida avaliação e reconhecimento do diagnóstico, o que determina o início da administração de antibioterapia empírica e de largo espectro, até uma hora após a triagem.

A abordagem ao doente com suspeita de NF deve sustentar-se em protocolos que garantam a uniformização das práticas, suportem a tomada de decisão e melhorem a qualidade dos cuidados prestados.

Propomos assim, um projeto piloto – Via Verde Neutropenia Febril, com implementação no Hospital de Dia e com as seguintes premissas:

- O doente hemato-oncológico com febre deve ser encaminhado de imediato para o Hospital de Dia – ATIVADA A VIA VERDE E A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
- Intervenções de Enfermagem: monitorizar sinais vitais, colher hemograma e hemoculturas, realizar colheita de dados detalhada, estratificar o risco de desenvolvimento de complicações (MASCC).
- Início de antibioterapia, na *golden hour*.

No nosso Hospital de Dia (HD), 288 doentes hemato-oncológicos, sob tratamento com terapêutica antineoplásica manifestaram febre, como evento adverso. A sua maioria, 97%, necessitou de internamento hospitalar para cumprir antibioterapia. Dada a inexistência de um acesso rápido e atempado, a maioria destes doentes aguardou observação médica, no serviço de urgência (SU). Dos doentes encaminhados para o Hospital de Dia, apenas 5% iniciaram antibioterapia no intervalo da *golden hour*.

Pretende-se assim, com a implementação deste projeto-piloto, garantir que o doente hemato-oncológico com suspeita de febre chegue em tempo oportuno ao hospital, tenha acesso rápido ao diagnóstico definitivo e inicie antibioterapia na 1ª hora após a documentação de febre, otimizando assim o seu processo terapêutico.

Como perspetivas futuras, pretende-se criar uma norma intra-hospitalar, que uniformize a gestão atempada e precoce do doente com suspeita de NF.



Comunicações Orais

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 14h30

Moderação: Marta Felício (ULS São João)

Sala 5

CO 26 - AVALIAR O IMPACTO DA IDADE EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO COMO FACTOR DE MAU PROGNÓSTICO

Lurdes Batoréu¹, João Pedrosa¹, Marta Moreno¹, Helena Guerra¹

¹ULS - Santa Maria

Introdução: O Transplante Autólogo (TA) continua a ser uma das principais terapias curativas para o tratamento de doenças hematológicas malignas, como o LNH (Linfoma Não Hodgkin) e o MM (Mieloma Múltiplo). Historicamente, os adultos com idade ≥ 65 não eram considerados elegíveis, visto a idade ser um indicador de prognóstico fiável no sucesso do transplante. No entanto, dados recentes do Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR) mostra-nos a existência de bons resultados em idosos saudáveis, o que motivou um aumento significativo de TA em doentes idosos nesta última década.

Objetivo: Avaliar as várias repercussões, sejam a nível de intercorrências clínicas ou de tempo de internamento nos doentes submetidos a Transplante Autólogo com idade < 64 anos (Grupo 1) e idade ≥ 65 anos (Grupo 2).

Material/Método: Realizou-se um estudo retrospectivo observacional analítico, com análise e tratamento de dados estatísticos, com recurso ao SPSS® 21, sendo estabelecida a janela temporal de 3 anos (2021-2023). Foram trabalhados os dados mais relevantes na prática de cuidados de enfermagem, dividindo os doentes submetidos a TA em 2 grupos consoante a idade.

Resultados: De janeiro de 2021 até dezembro 2023, foram analisados 111 doentes com idade média de $56,9 \pm 10,7$, sendo 57% do sexo masculino e 43% do sexo feminino.

As patologias mais frequentes nos 2 grupos foram o MM e LNH ($p = 0,572$), apesar da maior parte do LNH pertencer ao GP1.

Em relação às intercorrências clínicas as mais comuns em ambos os grupos foram a Mucosite, Diarreias e a Neutropénia Febril. Nos episódios infecciosos com agente isolados constatamos que não existe diferenciação entre eles ($p = 0,939$), em que no GP1 houve 19,4% de episódios infecciosos e no GP2 20%. No GP1 a demora média foi de $26,1 \pm 7,47$ e no GP2 foi de $28,0 \pm 8,4$ dias, portanto sem significado estatístico ($p = 0,630$).

Conclusão: Corroborando o que vem escrito na literatura, a idade por si só não parece ser um factor de mau prognóstico nos doentes submetidos a Transplante Autólogo. Nem a demora média, nem as complicações pós transplante parecem agravar-se com a idade. O estado prévio do doente tanto do ponto de vista psicossocial como clínico adequados parecem ser os factores determinantes.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Comunicações Orais

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 14h30

Moderação: Marta Felício (ULS São João)

Sala 5

CO 27 - PRÁTICAS E NORMAS INSTITUÍDAS POR DIFERENTES CENTROS DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA EUROPEUS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO

Lurdes Batoréu¹, Marta Oliveira¹, Miriam Nunes¹, João Pedrosa¹

¹ULS - Santa Maria

Introdução: O transplante de células hematopoiéticas requer cuidados especializados e um ambiente controlado. A acreditação JACIE (Joint Accreditation Committee ISCT-EBMT) é um padrão reconhecido internacionalmente que garante a qualidade e segurança destes procedimentos. No entanto, as práticas quotidianas nos centros acreditados podem variar.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo descrever as diversas práticas quotidianas observadas em hospitais acreditados pelo JACIE.

Metodologia: A abordagem adotada foi descritivo-comparativa, mediante a qual foram recolhidos dados referentes às normas estabelecidas por cada instituição em relação: Permissão de visitas, uso e manutenção do vestuário dos doentes, armazenamento e autorização para alimentos não fornecidos pelo hospital, objetos que os doentes podem trazer de casa, bem como as medidas implementadas pelos profissionais de saúde para minimizar o risco de infeção. Essas medidas incluem a desinfeção e lavagem das mãos, uso de máscaras, batas e luvas, entre outros. Foram recolhidos também dados relativamente a construção e configuração dos quartos destinados ao internamento dos doentes, abrangendo aspetos como pressão positiva, filtros HEPA, frequência de renovação do ar e protocolos de limpeza do ambiente.

Os critérios de inclusão utilizados foram: Centros acreditados pelo JACIE há um período mínimo de cinco anos; Centros que realizem transplantes alogénicos e autólogos; Centros localizados na União Europeia; Centros que se dedicam exclusivamente à realização de transplantes em adultos. Utilizando os critérios estabelecidos, foram incluídos no estudo 38 centros de tratamento, nos quais se recolheram as informações necessárias, através de pesquisa online, contacto direto com os centros e através da consulta do "HEMATOPOIÉTIC CELLULAR THERAPY - Accreditation Manual" do JACIE, do "International health facility guidelines- bone marrow transplant unit" e do EBMT Handbook.

Conclusão: Em particular, destacam-se as diretrizes relativas à construção dos quartos e à higienização dos mesmos. É fundamental a utilização de pressão positiva com filtros HEPA, renovação do ar superior ou igual a 12 vezes/hora e a selagem das janelas.

Nenhum benefício sobre a utilização de EPIs foi demonstrada sobre a taxa de infeção, tendo em conta que os procedimentos variam significativamente entre os diferentes centros mesmo os acreditados.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Comunicações Orais

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 14h30

Moderação: Marta Felício (ULS São João)

Sala 5

CO 28 - PROGRAMA DE REABILITAÇÃO FÍSICA NA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA ESTUDO DE CASO

Maria Manuela da Rocha Melo Babo¹

¹IPOPorto

Introdução: A transplantação de medula óssea (TMO) pode causar fadiga (F) severa e perda de massa muscular. Um programa de reabilitação física (PRF) oferece benefícios, como restauração da força muscular, aumento da capacidade cardiorrespiratória e reduz a F. Previne complicações, como perda de massa óssea e sarcopenia, promove a reintegração mais rápida nas atividades diárias, familiares e sociais.

Objetivo: Relatar os benefícios de um PRF na pessoa submetida a TMO.

Metodologia: Este estudo analisou um PRF que incluiu exercícios respiratórios e neuromusculares, alongamentos, técnicas de relaxamento, caminhada e bicicleta, três x/semana sob orientação e, nos demais dias, conforme plano personalizado. A F foi avaliada 1x semana pela Escala de F de Piper (2007), com análise qualitativa focada na evolução da F e bem-estar. O estudo seguiu normas éticas com consentimento informado, sem necessidade de aprovação de comissão de ética, devido ao uso de dados clínicos já disponíveis.

Resultados: O PRF reduziu a F conforme a Escala de F de Piper, além de melhorar o bem-estar geral e a capacidade funcional. As intervenções, como exercícios respiratórios, alongamentos, relaxamento, caminhada e bicicleta, mostraram-se eficazes na qualidade de vida (QdV) da pessoa. Os resultados reforçam a importância de uma abordagem multimodal na reabilitação durante a TMO.

Discussão: Os resultados são consistentes com estudos recentes que destacam os benefícios de exercícios respiratórios e neuromusculares na redução da fadiga e melhoria da função pulmonar (Schulz et al., 2023), além de evidências sobre a eficácia de atividades aeróbicas como caminhada e bicicleta na redução da fadiga e aumento da resistência nas pessoas pós-TMO (Abo et al., 2021). A eficácia de alongamentos e relaxamento também é apoiada por pesquisas que indicam redução da fadiga crónica e melhoria da QdV (Morales-Rodriguez et al., 2022).

Conclusão: O PRF demonstrou eficácia na redução da F e melhoria da QdV da pessoa submetida a TMO. As intervenções, incluindo exercícios respiratórios, alongamentos, relaxamento, caminhada e bicicleta, mostraram benefícios consistentes com a literatura. Embora o estudo seja um caso único, os resultados destacam a importância de uma abordagem personalizada na reabilitação na TMO. A limitação de ser um único caso reforça a necessidade de estudos futuros com amostras maiores para confirmar e aprimorar as estratégias de intervenção nessa população para validação.

Palavras-Chave: Transplante de medula óssea, reabilitação, qualidade de vida e fadiga.



Comunicações Orais

9 de Novembro | Sábado | 13h30 – 14h30

Moderação: Marta Felício (*ULS São João*)

Sala 5

CO 29 - A PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NUMA CONSULTA EXTERNA

Brigitte Macedo¹

¹IPO-Porto

A pessoa com doença hemato-oncológica tem de se adaptar e lidar com as particularidades exigidas pela doença e pelo próprio tratamento. O percurso da doença e do controlo sintomático engloba o impacto do diagnóstico, dos tratamentos, dos períodos de remissão e /ou de recaídas e implicam o follow-up em consultas, exames auxiliares de diagnósticos periódicos e terapêuticas prolongadas. Neste processo, os cuidados de enfermagem são integrados no plano de cuidados do doente, através de intervenções complexas e individualizadas. O papel do enfermeiro revela-se de extrema importância na integração da equipa multidisciplinar, na mobilização de recursos para melhorar a assistência prestada a estas pessoas e familiares.

A procura pela reflexão sobre a prática assume importância no desenvolvimento e na apropriação de conhecimentos. Na prática de enfermagem permite o desenvolvimento de profissionais mais autónomos e críticos ao expandir o seu corpo de conhecimentos.

Com este trabalho pretende-se descrever e partilhar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro numa Consulta de Enfermagem, à pessoa com doença hemato-oncológica, enquanto elemento inserido numa equipa multidisciplinar. O material utilizado é o conhecimento e a prática clínica. O método é baseado no relato de experiência, tratando-se, portanto, de um estudo descritivo.

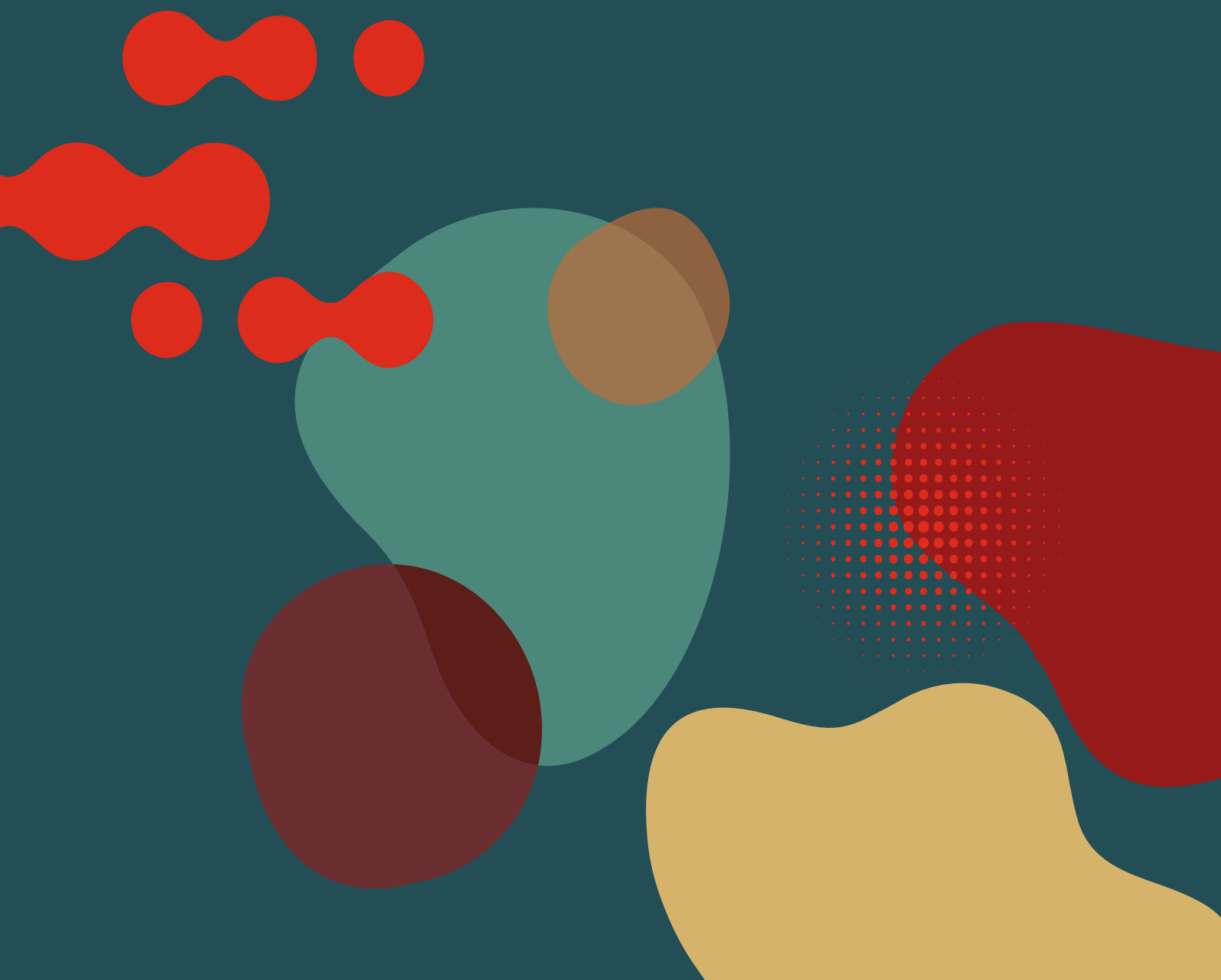
Os cuidados de enfermagem integram-se no complexo trabalho interdisciplinar. As suas intervenções são construídas sobre vários componentes em interação, que podem atuar numa forma independente ou interdependente, e individualizadas na prestação de cuidados à pessoa com doença Onco-Hematológica.

Declaro não existir conflito de interesses na apresentação deste trabalho.

Palavras-Chave: Enfermagem Onco-Hematológica, Onco-Hematologia, Consulta Externa, Doente Onco-Hematológico

POSTERS

MÉDICOS





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 1 - ZANUBRUTINIB (ZANU) + VENETOCLAX (VEN) FOR TREATMENT-NAIVE (TN) CLL/SLL WITH DEL(17P) AND/OR TP53: PRELIMINARY RESULTS FROM SEQUOIA ARM D

Alessandra Tedeschi¹, Shuo Ma², Talha Munir³, Masa Lasica⁴, Mazyar Shadman⁵, Emmanuelle Ferrant⁶, Ian W. Flinn⁷, Wojciech Janowski⁸, Monica Tani⁹, Tadeusz Robak¹⁰, Jennifer R. Brown¹¹, Constantine S. Tam¹², Tian Tian¹³, Emily Mantovani¹³, Stephanie Agresti¹³, Linlin Xu¹³, Aileen Cleary Cohen¹³, Wojciech Jurczak¹⁴, Paolo Ghia¹⁵

¹ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano, Italy, ²Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, IL, USA, ³Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Leeds, UK, ⁴St Vincent's Hospital Melbourne, Fitzroy, VIC, Australia, ⁵Fred Hutchinson Cancer Center, Seattle, WA, USA and University of Washington, Seattle, WA, USA, ⁶CHU de Lyon-Sud, Lyon-Sud, France, ⁷Tennessee Oncology/OneOncology, Nashville, TN, USA, ⁸Calvary Mater Newcastle Hospital, Waratah, NSW, Australia, ⁹Santa Maria delle Croci Hospital, Ravenna, Italy, ¹⁰Copernicus Memorial Hospital, Medical University of Łódź, Łódź, Poland, ¹¹Dana-Farber Cancer Institute, Boston, MA, USA, ¹²Alfred Hospital and Monash University, Melbourne, VIC, Australia, ¹³BeiGene USA, Inc, San Mateo, CA, USA, ¹⁴Maria Skłodowska-Curie National Research Institute of Oncology, Kraków, Poland, ¹⁵Università Vita-Salute San Raffaele, Milano, Italy and IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano, Italy

Introduction: Combination BCL2/BTK inhibitor treatment (tx) has been tolerable and led to durable responses in patients (pts) with CLL/SLL. Here, initial results are presented in pts with TN CLL/SLL with del(17p) and/or TP53 mutation who received zanu+ven in SEQUOIA arm D.

Methods: SEQUOIA (NCT03336333) is an open-label, global, phase 3 study; arm D includes nonrandomized pts aged ≥65 y (or 18-64 y with comorbidities) who met iwCLL 2008 criteria for tx. After a 3-cycle zanu 160 mg BID lead-in, pts had 24 cycles of zanu+ven (ramp-up to 400 mg QD), then zanu monotherapy until PD, unacceptable toxicity, or early dose-stopping rules for zanu or ven were met (simultaneous CR/CRi with incomplete hematopoietic recovery [CRI] and undetectable minimal residual disease [uMRD] $<1 \times 10^{-4}$ by flow cytometry in peripheral blood [PB] and bone marrow [BM] on 2 consecutive tests ≥12 wk apart). Responses were investigator assessed per modified iwCLL and Lugano 2014 criteria (SLL), with PB MRD assessment every 3 cycles for 2 y, then every 6 cycles. Safety per CTCAE and tumor lysis syndrome (TLS) risk per Cairo-Bishop criteria were assessed. Pts with high TLS risk had any lymph node ≥10 cm or ≥5 cm with absolute lymphocyte count $\geq 25 \times 10^9/L$.

Results: From Nov 2019-Jun 2022, 66 pts with centrally assessed del(17p) and/or TP53 mutation were enrolled. By Oct 31, 2023 (median follow-up, 28.6 mo; range, 0.4-47.4), 55/63 pts (87%) who initiated zanu+ven remained on tx (16 zanu+ven; 39 zanu monotherapy after ven). Six pts discontinued the study (4 deaths; 1 withdrawal; 1 loss to follow-up); 3 discontinued tx during zanu lead-in. In 65 response-evaluable pts, ORR was 100% and CR+CRi rate was 45%. uMRD occurred in 48% of pts in ≥1 PB sample. Median PFS was not reached; 36-mo estimated PFS was 92% (95% CI, 81%-97%). The most common all-grade nonhematologic TEAEs were COVID-19 (55%), diarrhea (41%), contusion (29%), and nausea (29%). Grade ≥3 nonhematologic TEAEs occurred in 44%; the most common were diarrhea (8%) and hypertension (8%). Neutropenia was the most common all-grade (21%) and grade ≥3 (17%) hematologic toxicity. At screening, 35% of pts had high TLS risk; this decreased to 3% after 3 zanu lead-in cycles. No TLS occurred.

Conclusion: Preliminary data show promising efficacy and good tolerability of zanu+ven in pts with high-risk TN CLL/SLL with del(17p) and/or TP53 mutation. The safety profile of zanu+ven was consistent with prior studies, with no new safety signals identified.

Palavras-Chave: zanubrutinib, Bruton's tyrosine kinase inhibitor (BTKi), Chronic lymphocytic leukemia, venetoclax, Phase III



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 2 - HEMATOLOGY IS NOT DONE WITH SPECTRIN - A NOVEL SPTA1 VARIANT

Leonardo Maia Moço¹, Maria Fátima Ferreira², Fernanda Trigo²

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, ²Serviço de Hematologia Clínica; Unidade Local de Saúde de São João, EPE

Introduction: Hereditary spherocytosis (HS) is the most common red blood cell (RBC) membrane disorder causing hereditary hemolytic anemia among Caucasians. It is caused by a loss of membrane due to quantitative defects in "vertical" proteins, such as α -spectrin (*SPTA1*). More than 4,000 variants of this gene have already been described.

Aim: To discuss a new variant of the *SPTA1* gene.

Methods: Retrospective case analysis.

Case Description/Results: A young-adult man has been transferred to our hospital for follow-up of a congenital, Coombs-negative, hemolytic anemia. As a newborn, he presented with severe anemia and was diagnosed with pyropoikilocytosis. His family history was unremarkable. At the age of three, with a high transfusional burden, he underwent splenectomy, after which he achieved sustained hematological recovery. Currently, peripheral blood smear shows polychromasia, spherocytes, and Howell-Jolly bodies. His labs still display hemolysis and a mild hyperferritinemia, under conservative measures. Abdominal ultrasounds are consistently negative for biliary stones. In the absence of a confirmatory diagnosis, next-generation sequencing was performed with an extended panel covering genes associated with hereditary hemolytic anemias. It showed the following variations: 1) α^{LELY} polymorphism; and 2) *SPTA1*(NM_003126.4):c.122G>C; p.(Arg41Pro), both in heterozygosity. The later has not been described before, and *in silico* analysis categorized it as of uncertain significance.

Conclusion: We first unravel a novel variation of the *SPTA1* gene probably associated with a severe phenotype. However, other factors might have contributed to this severity. First, neonates with HS might naturally present with pyropoikilocytosis due to their increased levels of free 2,3-bisphosphoglycerol, which is a known destabilizer of the RBC membrane. Second, although we cannot know the haplotypes as the parents have not been studied yet, the presence of a α^{LELY} polymorphism (a low-expression variant) in *trans* could also aggravate the phenotype. In that case, the expected amount of α -spectrin transduced by the affected allele would decrease in 50%. Because it is typically overproduced in normal conditions, one could assume that this new variation is not a null-type one, otherwise it would not be sufficient to cause disease. Thus, understanding the patient's genotype is of great value for risk and severity management, as well as for genetic counselling purposes.

Palavras-Chave: red blood cell, hereditary spherocytosis, *SPTA1*, hemolytic anemia, case report



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 3 - IMMUNOLOGIC PREDICTIVE FACTORS FOR CMV REACTIVATION IN CGVHD PATIENTS TREATED WITH RUXOLITINIB

Leonardo Maia Moço¹, Inês Ramos¹, Ana Espírito Santo¹, Ângelo Martins¹, Carlos Pinho Vaz¹, Catarina Campos Costa¹, Catarina Dantas¹, Cláudia Moreira¹, Delfim Duarte¹, Dulcineia Pereira¹, Filipa Moita¹, Florbela Braga², Gil Brás¹, Isabel Oliveira¹, Luís Leite¹, Luísa Viterbo¹, Manuel Guerreiro¹, Mário Pimenta¹, Nelson Domingues¹, Rita Coutinho¹, Rosa Branca¹, Sérgio Chacim¹, Vítor Silva², Mário Mariz¹

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, ²Serviços Farmacêuticos; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE

Introduction: Ruxolitinib is approved as a second-line for chronic graft-vs-host disease (cGVHD). However, its immunosuppressive properties carry a significant risk of cytomegalovirus (CMV) reactivation. Despite the classical contribution of CD8+ T cells and NK cells in CMV clearance, it is believed that various lymphocyte subsets may also play a role, as well as donor type, GVHD prophylaxis and T-cell depletion.

Aim: To identify predictors of CMV reactivation after ruxolitinib initiation in patients with cGVHD.

Methods: This is a retrospective, single-center study of patients with steroid-dependent and -refractory cGVHD, from January 2017 to January 2024, in whom ruxolitinib was introduced after the diagnosis of cGVHD. Steroid dosages, absolute lymphocyte count, absolute monocyte count, lymphocyte subpopulation counts (CD4+, CD8+, CD19+, T regulatory (Treg) and NK), as well as IgG levels, were ascertained at the time of its initiation, both as continuous and dichotomized variables.

Results: A total of 41 patients were included, with a 1,6:1 male-to-female ratio and a median age of 52. The most common diagnosis was myelodysplastic syndrome/acute myeloid leukemia (53,6%). More than half of the patients (56,1%) underwent transplantation from a matched-related donor, and 65,9% received ATG as part of the conditioning regimen. Twenty-six percent of the patients had previous acute GVHD (aGVHD). Most patients (61,0%) received ruxolitinib at initial dosage of 10mg bid. CMV reactivation after ruxolitinib initiation occurred in 11 patients (26.8%). In univariate analysis, transplantation from unrelated/haploidentical donors, previous aGVHD and CMV reactivation within the 6 months prior to ruxolitinib, were significant predictors of CMV reactivation ($p < 0,05$) (Figure 1). A NK cell count of less than $100/\text{mm}^3$ was statistically significant for CMV reactivation risk in both univariate ($p < 0,01$) (Figure 2) and multivariate analysis (HR 15; 95% CI: 1,1-218; $p < 0,05$).

Conclusion: In this study, NK cell count was the only independent predictor of CMV reactivation after ruxolitinib introduction in cGVHD patients. The interpretation of these results is limited by the retrospective design and small sample size. Further studies are needed to identify the main risk factors for CMV reactivation in cGVHD patients treated with ruxolitinib, as well as to optimize follow-up strategies and prophylactic/pre-emptive treatments.

Palavras-Chave: hematopoietic stem cell transplantation, graft-vs-host disease, ruxolitinib, cytomegalovirus

Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

Figure 1. Forrest plot showing the distribution of the odds ratio for CMV reactivation after ruxolitinib initiation regarding baseline variables. CMV, cytomegalovirus; D, donor; R, receptor; ATG, anti-T lymphocyte globulin; MRD, matched-related donor; aGVHD, acute graft-vs-host disease; MAC, myeloablative conditioning; RIC, reduced-intensity conditioning.

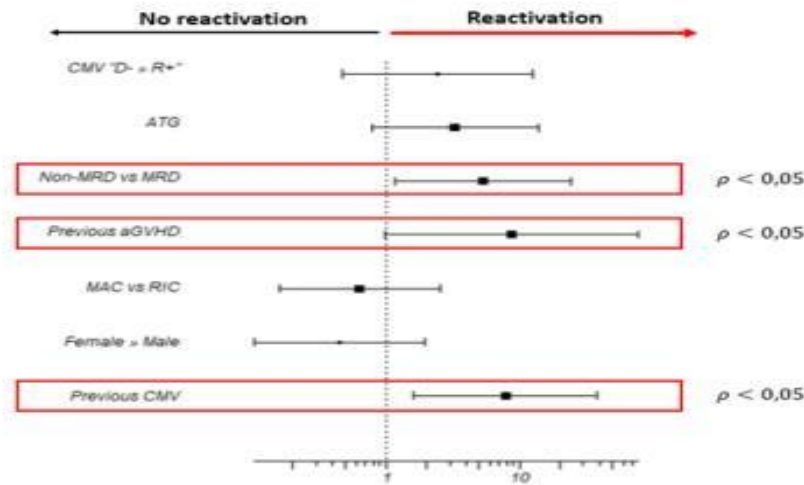
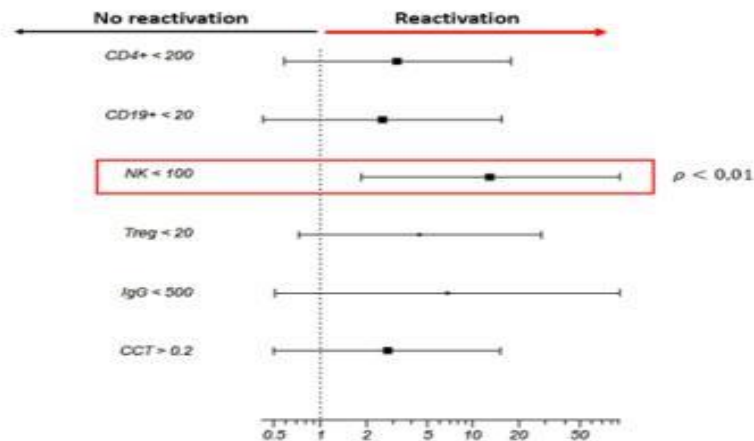


Figure 2. Forrest plot showing the distribution of the odds ratio for CMV reactivation after ruxolitinib initiation regarding immunologic variables. Lymphocyte subsets counts are expressed per mm³; IgG levels in mg/dL; CCT dosage as mg/kg/day of prednisolone equivalent. CCT, corticosteroids.





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 4 - NOVA VARIANTE PATOGENICA NO GENE MYH9 ASSOCIADA A MACROTROMBOCITOPÉNIA HEREDITÁRIA: ESTUDO FAMILIAR

José P. Silva¹, Ivo Barreiros¹, Patrícia Martinho¹, Catarina S. Pinto¹, Catarina Galdes², Paula Kjollerstrom³, Teresa Fidalgo¹

¹Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra,

²Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ³Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: As trombocitopenias hereditárias são causadas por alterações em genes envolvidos na formação e/ou função das plaquetas que se podem manifestar com hemorragia.

Defeitos em proteínas estruturais do citoesqueleto estão geralmente associados a macrotrombocitopenia, devido à formação aberrante de proplaquetas. A mais estudada é causada pela diminuição da expressão e/ou função da miosina-9, como resultado de variantes patogénicas no *MYH9*.

A macrotrombocitopenia congénita relacionada com *MYH9* (MYH9-RD), doença autossómica dominante, é caracterizada por plaquetas grandes e trombocitopenia associada à presença de corpos de inclusão do tipo Döhle nos neutrófilos. As manifestações clínicas incluem tendência hemorrágica ligeira a moderada e risco de desenvolvimento de nefropatia progressiva, surdez neurosensorial, cataratas ou alteração das enzimas hepáticas.

Objetivo: Caracterização de caso familiar com MYH9-RD, salientando as características clínico-laboratoriais para correto diagnóstico dos doentes em estudo.

Materiais/Métodos: Três indivíduos sexo feminino (propósito 24A, mãe 53A e filha 2A), de família com suspeita de macrotrombocitopenia familiar. Analisou-se dados clínicos, parâmetros hematológicos e citometria de fluxo. Estudo molecular inicial feito por NGS com painel de genes customizado - 14 genes associados a anomalias plaquetares, de seguida, NGS/Exoma Clínico com aplicação de painel virtual de 274 genes. Confirmação/estudos familiares por sequenciação direta Sanger.

Resultados: Propósito, com trombocitopenia, VPM-12.3, ESP sem alterações morfológicas e citometria de fluxo sem alterações. Aos 8A, diagnosticada com PTI foi submetida a tratamentos com IGIV e transfusões de plaquetas. Mãe e filha apresentavam macrotrombocitopenia semelhante, sem sintomatologia hemorrágica grave e sem surdez, insuficiência renal ou cataratas. O estudo molecular identificou variante patogénica no *MYH9*: c.5065C>G (p.Leu1689Val), em heterozigotia, nos 3 elementos da família; variante não descrita previamente que afeta a região da cauda-TD (Figura1), associada a fenótipo mais ligeiro: menor risco de hemorragia e menor risco de apresentações clínicas mais graves.

Conclusão: Este estudo familiar permitiu o diagnóstico de MYH9-RD ao estabelecer a correlação genótipo-fenótipo. O estudo molecular é fundamental no diagnóstico precoce e aconselhamento familiar, o que permite terapêuticas mais assertivas e rastreio atempado de alterações não hematológicas, evitando a sua progressão.

Palavras-Chave: MYH9, Macrotrombocitopenia Hereditária, Plaquetas, Clínico-laboratorial

Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

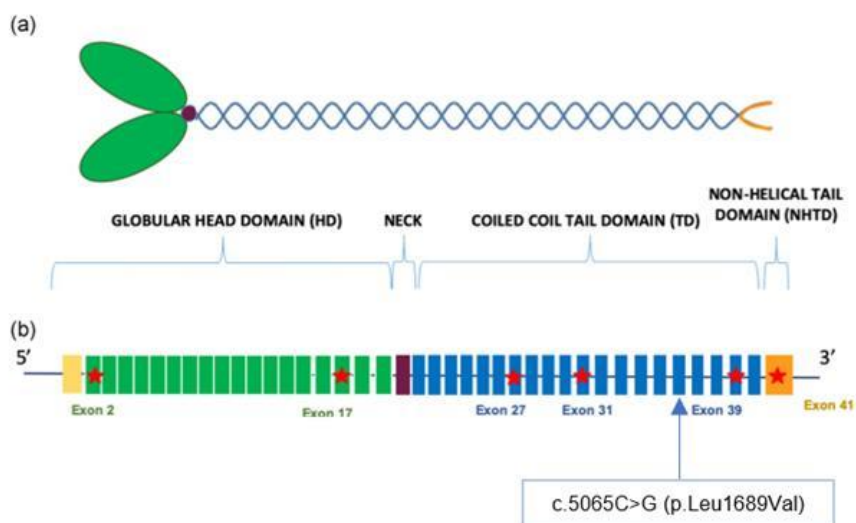


Figura 1. Adaptado de Bury L, et al. Next-generation sequencing for the diagnosis of MYH9-RD: Predicting pathogenic variants. *Hum Mutat.* 2020 Jan;41(1):277-290



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 5 - ESTUDO DE CARACTERIZAÇÃO DO PERCURSO DOS DOENTES COM LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B EM PORTUGAL

Margarida Borges¹, Maria Viegas Nascimento², Carolina Bulhosa², Edgar Pinheiro², Bernardete Pinheiro², João Costa¹, Catarina Gerales³, José Guilherme Freitas⁴, Madalena Martins⁵, Márcio Tavares⁶, João Raposo⁷, José Mário Mariz⁸

¹ - Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; ² - IQVIA Portugal, Lisboa, Portugal; ³ - Instituto de Medicina Molecular, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, ²IQVIA Portugal, Lisboa, Portugal, ³Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal, ⁴Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Braga, Braga, Portugal, ⁵Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal, ⁶Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Gaia/Espinho, Vila Nova de Gaia, Portugal, ⁷Serviço de Hematologia e de Transplantação de Medula, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal, ⁸Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto), Porto, Portugal

Objetivos: O linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) representa 40% de todos os casos de linfoma não Hodgkin. Este estudo pretende caracterizar o percurso clínico, os padrões de referenciação e a abordagem terapêutica dos doentes com LDGCB assistidos no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal.

Métodos: Foram convidados para participar no estudo todos os hospitais do SNS com Serviço de Hematologia Clínica. Aos hospitais que aceitaram participar foi enviado um questionário estruturado sobre condições de diagnóstico, tratamento e referenciação dos doentes.

Resultados: Aceitaram participar no estudo 7 hospitais de um universo de 19, que representam 53% dos doentes com LDGCB tratados em Portugal. Os resultados foram analisados em função das modalidades terapêuticas disponíveis em cada hospital, nomeadamente quimio(imuno)terapia (QT) (n=3/13), QT e transplante hematopoiético (QT-TH) (n=2/3), QT-TH e terapêutica com células CAR-T (QT-TH-CART) (n=2/3).

O diagnóstico é realizado em 98% dos doentes através de biopsia cirúrgica ou agulha grossa. Todos os doentes realizam pelo menos um método de imagem, TC ou PET.

Os doentes são tratados em primeira linha (1L) no hospital onde é realizado o diagnóstico, com R-CHOP ou R-miniCHOP, 44% dos quais tem indicação para segunda linha (2L) terapêutica. Em 2L, metade dos doentes é tratado com intenção de realização de transplante. Da totalidade dos doentes tratados em 2L, 21% dos doentes é transplantado.

Em terceira linha (3L), os Hospitais QT referenciam cerca de 42% dos doentes para transplante e/ou terapêutica com células CAR-T, e os Hospitais QT-TH referenciam 15% dos doentes para instituições com capacidade de terapêutica com células CAR-T.

A terapêutica com CAR-Ts é utilizada em 7% dos doentes diagnosticados (i.e. 29% dos doentes tratados em 3L em Hospitais QT-TH-CART). 1% dos doentes é tratado em quarta linha (4L).

Conclusões: Não há variações relevantes no diagnóstico, estadiamento e tratamento dos doentes com LDGCB tratados nos estabelecimentos SNS. Os doentes são transplantados preferencialmente em contexto de 2L terapêutica (21% dos doentes tratados), enquanto que o recurso a terapêutica com CAR-Ts ocorre em contexto de 3L (29% dos doentes tratados) em hospitais com estas opções.

Palavras-Chave: LDGCB, Percurso Clínico dos Doentes em Portugal



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 6 - SPANISH IMCD REGISTRY. EPIDEMIOLOGY OF IDIOPATHIC MULTICENTRIC CASTLEMAN DISEASE IN SPAIN

José Tomás Navarro Ferrando¹, Andrés González García², Santiago Montes-Moreno³, Ana Jiménez Ubieto⁴, Alejandro Martín García-Sancho⁵, Araceli Rubio Martínez⁶, Pedro Durán del Campo⁷, Manuel Espeso de Haro⁸

¹Institut Català d'Oncologia (ICO-Badalona), Josep Carreras Leukaemia Research Institute, ²Hospital Universitario Ramón y Cajal, ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla/IDIVAL, ⁴Hospital Universitario 12 Octubre, ⁵Hospital de Salamanca, ⁶Hospital Miguel Servet, ⁷Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, ⁸Hospital Regional Universitario de Málaga

Idiopathic Multicentric Castleman Disease (iMCD) is a rare lymphoproliferative disorder affecting multiple lymph nodes, characterized by systemic inflammation, cytopenias, and fatal multiorgan dysfunction. While some multicentric cases are linked to HHV-8, 33% to 50% are idiopathic.

Managing iMCD poses challenges, requiring collaboration between pathologists and clinicians to meet clinical and pathological criteria and exclude other diseases. Progress in managing iMCD has focused on the importance of IL-6 in pathogenesis.

The absence of diagnostic criteria until 2017, specific biomarkers, low incidence and limited medical experience of the disease, have made it difficult to evaluate the efficacy of treatment, leading to an unfavorable prognosis with 35% mortality rate at 5 years and 60% at 10 years from diagnosis.

Prevalence data on iMCD is limited, mostly from outside Europe. Estimated incidence in 2015 was 5 patients per million/year, varying regionally. Limitations of this data include the lack of a formal CD definition, variability in incidence estimation, and exclusion of patients with certain conditions, potentially leading to an underestimation of disease incidence. Epidemiologic studies of rare diseases are vital in assessing disease impact, characterizing etiology, promoting targeted therapies, and generating robust estimates in the future. Due to the limitations, the Spanish iMCD Registry is proposed.

Obj/Method Spanish iMCD Registry is an observational, multicenter, prospective study of patients diagnosed with iMCD designed to assess the prevalence and incidence of this disease in Spain and to improve our understanding of its epidemiology, clinical features, and treatment outcomes.

This study aims to enroll about 60 patients in 20 centers in Spain. It will comprise two cohorts: a 'Prevalence cohort' of historical cases of patients with iMCD, analyzed to describe clinical features and treatment patterns, and an 'Incidence cohort' of newly diagnosed iMCD patients identified during the study recruitment period, who will be followed prospectively.

This study will provide valuable real-world data on demographics, pathology, symptoms, treatments, and outcomes, contributing to more robust global estimates in the future.

Results As of May 2024, 40 patients have been enrolled in the study. After the review of the prevalence cases by the scientific committee, 30 were confirmed as cases of iMCD, while 7 did not meet the diagnostic criteria and were excluded.

Palavras-Chave: iMCD, Castleman disease, Lymphadenopathy, Prevalence, Spanish Registry





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 7 - SUPERAR ADVERSIDADES: RESULTADOS PRELIMINARES DE UMA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA GRUPAL

Ana Rita Teixeira¹, Luzia Travado², Isabel Barbosa¹

¹Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas, ²Fundação Champalimaud

Introdução: As doenças hemato-oncológicas representam um número crescente de novos casos anualmente, sendo fonte de elevado stress e sofrimento psicológico. Além do impacto emocional, os tratamentos para essas doenças têm efeitos adversos na qualidade de vida (QdV) dos doentes.

Objetivos: Reconhecendo a importância do bem-estar psicológico nesses casos, desenvolveu-se o projeto piloto "Superar Adversidades", uma intervenção psicológica de tipo grupal destinada a facilitar a adaptação à doença, reduzir o sofrimento psicológico e promover competências que melhorem a QdV.

Metodologia: Para avaliar a eficácia da intervenção, utilizamos os seguintes instrumentos: DT (para avaliar o sofrimento psicológico), HADS (para ansiedade e depressão), EQ-5D-5L (qualidade de vida), MOCS (competências de enfrentamento), PANAS (emoções negativas) e a componente social do SF-36v2. Estes instrumentos foram aplicados em três momentos: antes da intervenção (M0), imediatamente após (M1) e seis semanas depois (M2). Até ao momento foram recolhidos dados de 13 participantes, 11 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, com média de idades de 57 anos, com diagnósticos de Mieloma Múltiplo, Linfoma Não Hodgkin e Leucemia Mieloide Crónica, sendo que 4 destes encontram-se em fase de tratamento médico e 9 em fase pós tratamento.

Resultados: Os resultados preliminares são animadores e sugestivos duma redução nos níveis de sofrimento psicológico, ansiedade e depressão, de um aumento das competências de enfrentamento e uma diminuição das emoções negativas. No follow-up, observou-se uma continuidade na redução dos níveis de sofrimento psicológico e depressivo. No entanto, as competências de enfrentamento e a menor ansiedade parecem ter mais dificuldade a manter-se ao longo do tempo.

Conclusão: Estes resultados sugerem um impacto positivo da intervenção psicológica na saúde mental e QdV dos doentes, facilitando o empoderamento e a aprendizagem de estratégias de enfrentamento aplicáveis em várias áreas da vida. Eles incentivam a continuidade da aplicação do programa aos doentes hematológicos e indicam a necessidade de ajustá-lo para otimizar os seus ganhos a longo prazo. Nesse sentido, consideramos importante reduzir o intervalo entre o final da intervenção e o follow-up e adicionar mais uma sessão mensal, para reforçar o compromisso dos doentes com os objetivos estabelecidos.

Palavras-Chave: Apoio Psicológico; Mieloma Múltiplo; LNH; LMC



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 8 - CONSENSO PORTUGUÊS SOBRE DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E MONITORIZAÇÃO DE DOENTES COM PORFIRIAS AGUDAS

Luís Brito-Avô¹, Luísa Pereira², Anabela Oliveira³, Filipa Ferreira⁴, Paulo Filipe⁵, Inês Coelho Rodrigues⁶, Eduarda Couto⁷, Fátima Ferreira⁸, André Airosa Pardal⁹, Pedro Morgado¹⁰, Sónia Moreira¹¹

¹Serviço de Medicina Interna. Hospital CUF Tejo. Unidade de Doenças Raras. Hospital CUF Tejo. Núcleo de Estudos de Doenças Raras da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, ²Unidade de Doenças Raras. Hospital CUF Tejo. Núcleo de Estudos de Doenças Raras da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Unidade de Cuidados Paliativos. Hospital CUF Tejo, ³Serviço de Medicina I. Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo. Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, ⁴Unidade de Rastreio Neonatal, Metabolismo e Genética. Departamento de Genética Humana. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge., ⁵Unidade de Investigação de Dermatologia. Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, ⁶Serviço de Gastrenterologia. Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, ⁷Departamento de Medicina Interna. Serviço de Hematologia Clínica. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim - Vila do Conde, ⁸Serviço de Hematologia Clínica. Centro Hospitalar e Universitário de São João, ⁹Serviço de Hematologia Clínica. Centro Hospitalar Universitário de São João, ¹⁰Instituto de Investigação em Ciências da Vida e Saúde. Escola de Medicina. Universidade do Minho. Laboratório Associado do Governo Português ICVS/3B's. Serviço de Psiquiatria. Hospital de Braga, ¹¹Núcleo de Estudos de Doenças Raras da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Serviço de Medicina Interna. Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra

As porfirias agudas são um grupo de doenças metabólicas, causadas pela deficiência numa das quatro enzimas específicas da biossíntese do heme, que resulta numa elevada e anormal acumulação de intermediários tóxicos. As porfirias agudas são caracterizadas por crises potencialmente fatais, que consistem frequentemente numa tríade sintomática de dor abdominal, neuropatia periférica e alterações do estado mental, e são acompanhadas pelo aumento de porfobilinogénio (PBG) e/ou ácido aminolevulínico (ALA). Nalguns tipos de porfíria, também podem formar-se lesões cutâneas resultantes da exposição solar. A maioria dos doentes não tem crises ou sofre apenas algumas durante a sua vida. No entanto, alguns doentes sofrem crises recorrentes e/ou apresentam manifestações crónicas que têm um impacto negativo na sua qualidade de vida.

As porfirias agudas são raras e caracterizadas por um conjunto inespecífico de manifestações; consequentemente, muitos doentes permanecem sem diagnóstico ou são frequentemente diagnosticados erroneamente com outras condições médicas. O diagnóstico bioquímico de primeira linha consiste na análise de PBG, ALA e porfirinas numa amostra única de urina. A determinação de porfirinas plasmáticas e fecais, a análise de fluorescência do plasma, e a análise genética são testes de diagnóstico de segunda e terceira linha.

O tratamento centra-se na eliminação de potenciais fatores precipitantes, tratamento sintomático e supressão da via hepática de síntese do heme, através da administração de hemina ou de tratamento modificador da doença (como o givosiran).

A educação e a monitorização adequada dos doentes com porfirias agudas e dos seus familiares são cruciais para prevenir crises agudas, hospitalização e complicações a longo prazo. Além disso, o rastreio familiar através de análise genética é importante para identificar os indivíduos com doença latente. O aumento da consciencialização para as porfirias agudas entre os profissionais de saúde é também fundamental para reduzir o impacto da doença.

Considerando isto, um painel multidisciplinar de especialistas de medicina interna, hematologia, dermatologia, gastrenterologia, psiquiatria e biologia elaborou um consenso nacional, com o objetivo de fornecer orientações para o diagnóstico rápido e eficiente das porfirias agudas, assim como recomendações, baseadas em evidência científica, para o tratamento e monitorização de doentes com estas patologias e das suas famílias.

Palavras-Chave: Porphirias Agudas, Consenso Nacional



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 9 - ESPLENOMEGALIA, UM CASO INCOMUM

Carolina Marini¹

¹ULS Tamega e Sousa

Introdução: Esplenomegalia é um motivo comum de referenciação para consulta de hematologia clínica. Há vários fatores a considerar no estudo, sendo a sua avaliação por vezes um desafio em doentes assintomáticos.

Caso: Mulher de 23 anos referenciada para consulta por historial de trombocitopenia ligeira (com valores 100 - 120 x 10⁹/L) e esplenomegalia moderada (cerca de 15 cm em ecografia abdominal) conhecida desde os 4 anos de idade após achado incidental. Manteve vigilância em centro de saúde até aos 16 anos, altura em que é referenciada para consulta hospitalar (inicialmente pediatria, depois medicina interna), tendo feito despiste de doença hepática, doença auto-imune e serologias víricas. Ao exame objetivo, sem discrasia hemorrágica, ponta de baço palpável no rebordo costal esquerdo, indolor, sem adenomegalias. Analiticamente, sem alterações das outras linhagens do hemograma, proteinograma normal, sem disfunção renal ou hepática e imunoglobulinas normais. Dada história desde a infância com agravamento progressivo na idade adulta, decidiu-se avançar para estudo enzimático das doenças de sobrecarga lisossomal, tendo se identificado deficiência de esfingomielinase compatível com Doença de Niemann-Pick.

Conclusão: Pretende-se com este caso demonstrar a importância do despiste de doenças de sobrecarga lisossomal no estudo da esplenomegalia, ainda que em idade adulta, visto que são doenças com apresentação muito heterogénea, mas com terapêuticas-alvo modificadoras de prognóstico.

Palavras-Chave: esplenomegalia, ASMD, doenças de sobrecarga lisossomal



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 10 - OUTCOMES AND TOXICITIES OF THE MINE PROTOCOL IN B-CELL AND T-CELL MALIGNANCIES: A RETROSPECTIVE STUDY

Leonardo Moço¹, Ana Maria Hortas², Alice Fontoura Alves¹, Gonçalo de Câmara Negalha¹, Inês Ramos¹, Ana Espírito Santo¹, Ângelo Martins¹, Carlos Pinho Vaz¹, Catarina Campos Costa¹, Catarina Dantas¹, Cláudia Moreira¹, Delfim Duarte¹, Dulcineia Pereira¹, Filipa Moita¹, Florbela Braga³, Gil Brás¹, Isabel Oliveira¹, Luís Leite¹, Luísa Viterbo¹, Manuel Guerreiro¹, Mário Pimenta¹, Nelson Domingues¹, Rita Coutinho¹, Rosa Branca¹, Sérgio Chacim¹, Vítor Silva³, Mário Mariz¹

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., ²Serviço de Hematologia Clínica, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro, ³Serviços Farmacêuticos, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Introduction: For decades, R-CHOP (Rituximab, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, Prednisone) or CHOP regimens have been the standard treatment for aggressive non-Hodgkin lymphoma (NHL). However, patients with refractory or relapsed (R/R) disease still face a poor prognosis.

Aim: To evaluate the long-term efficacy and toxicity of MINE (Mesna, Ifosfamide, Mitoxantrone, Etoposide) in NHL patients.

Methods: This retrospective, single-center study was conducted from April 2007 to August 2024 and included all patients who underwent at least one cycle of MINE. Data was collected from electronic records. The primary endpoints were overall survival (OS) and progression-free survival (PFS). Secondary endpoints included complete response (CR), overall response rates (ORR), and toxicity surrogates, such as the total number of required red blood cell (RBC) units, platelet concentrates (PC), febrile neutropenia (FN) cases, intensive care unit (ICU) admissions, and treatment-emergent adverse events (TEAEs).

Results: A total of 227 patients were included, with a median follow-up of 11 months (IQR: 2-41), and a female-to-male ratio of 1:1. B-to-T-cell malignancies ratio was 10.6:1. Most cases were diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) (73.6%) and localized disease (58.4%). MINE was used as second-line treatment in 67% of patients. Among patients with B-cell malignancies, 91.8% have received prior Rituximab. The 5-year OS rates were 24.4% for B-cell and 62.5% for T-cell malignancies. The 5-year PFS rates were 20.4% and 36.6%, respectively. OS and PFS were significantly higher in patients receiving Rituximab with MINE (both $p < 0.001$), and lower in those refractory to previous treatment ($p < 0.01$ for PFS, $p < 0.05$ for OS). CR rates were 42.9% for B-cell and 62.5% for T-cell malignancies, while ORR was 64.7% and 87.5%, respectively. Myelotoxicity was the major complication, with 50% of patients requiring RBC and 17.2% requiring PC transfusions. About one-third developed FN, with 9 ICU admissions. Around 30% required treatment adjustments or delays, and 14 patients died due to toxicity.

Conclusions: This retrospective study showed that the MINE protocol generally achieved favorable outcomes when comparing to novel therapies for R/R NHL. Myelotoxicity was the main complication. These findings support MINE as a viable alternative for aggressive R/R NHL.

Palavras-Chave: Non-Hodgkin lymphoma, Chemotherapy, Ifosfamide, Etoposide, Mitoxantrone

Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

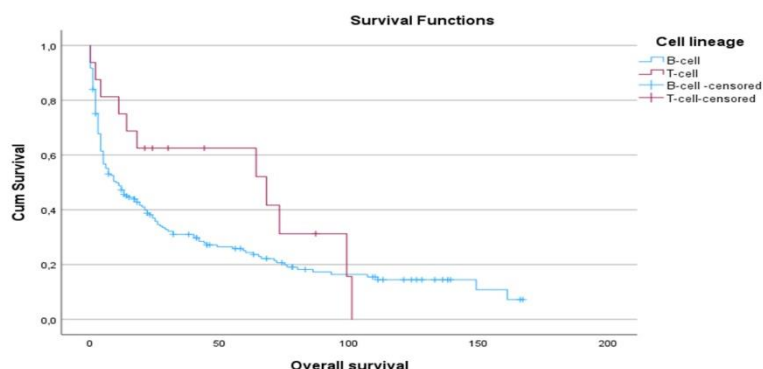


Figure 1. Overall survival (OS) in all patients treated with MINE, stratified by cell lineage. For **B-cell malignancies**, 5-year OS was 24,4%, with a median survival of 9 months. For T-cell malignancies, 5-year OS was 62,5%, with a median survival of 64 months.

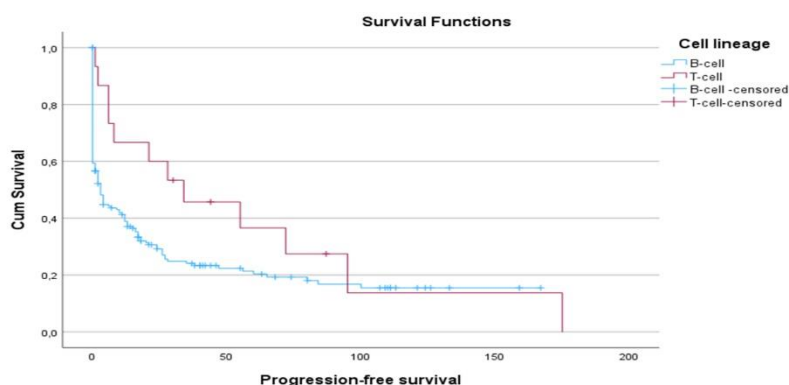


Figure 2. Progression-free survival (PFS) in all patients treated with MINE, stratified by cell lineage. For **B-cell malignancies**, 5-year PFS was 20,4%, with a median time to progression of 3 months. For T-cell malignancies, 5-year PFS was 36,6%, with a median time to progression of 30 months.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 11 - INCIDENCE OF CYTOGENETIC ABNORMALITIES IN NEWLY DIAGNOSED MULTIPLE MYELOMA: INSIGHTS FROM A CENTRALIZED PORTUGUESE HEALTHCARE INSTITUTION

Andreia Sousa¹, Rodolfo Serra², Gilberto Marques², Fernando Rodrigues²

¹ULS Coimbra - Pólo HUC, ²ULS Coimbra

Introduction: Multiple myeloma (MM) is an acquired clonal plasma cell neoplasm, representing approximately 10% of all hematologic malignancies. The disease exhibits significant clinical heterogeneity and includes a broad spectrum of cytogenetic abnormalities, which are pivotal in determining prognosis and guiding therapeutic strategies. High-risk MM, based on cytogenetic profiling, includes primary *IgH* 14q32 translocations such as t(4;14) and t(14;16), and secondary adverse cytogenetic alterations like gain/amp 1q21, del1p32, and del17p13. These cytogenetic markers are critical prognostic indicators that must be identified at diagnosis.

Objective: This study was conducted to assess the prevalence of these cytogenetic features in a cohort of patients with newly diagnosed MM (NDMM), with a specific emphasis on high-risk cytogenetic combinations ("double hit" and "triple hit" scenarios) and their prognostic relevance.

Materials and Methods: A total of 653 patients with NDMM from multiple healthcare centers in the Central region of Portugal were included in this study, spanning from May 2015 to July 2024. Cytogenetic analysis was uniformly performed at our reference laboratory. Molecular cytogenetic profiling was achieved through interphase fluorescence in situ hybridization (FISH) targeting isolated CD138+ bone marrow plasma cells.

Results: The primary cytogenetic abnormalities detected included *IgH* translocations: t(4;14) in 12,1%(79), t(14;16) in 1,8%(12), and other *IgH* translocations in 37,7%(246) of the cohort. Secondary cytogenetic aberrations observed were del1p32 in 17,6%(115), del17p13 in 21,4% (140) and gain/amp 1q21 in 61,1%(399). The incidence of "double hit" MM was 41,5%(271), while "triple hit" MM was 9,0%(59).

Conclusion: Our cytogenetic analysis underscores the crucial role of specific genetic aberrations as robust predictors of outcomes in NDMM. The concurrent presence of high-risk cytogenetic abnormalities was of critical significance, specifically defining the "double hit" and "triple hit" subgroups in MM, which are associated with poor prognosis. The identification of these subgroups enhances risk stratification, underscoring the necessity for personalized therapeutic approaches. FISH remains the gold standard for detecting both primary and secondary high-risk cytogenetic abnormalities. Future combination of FISH with mutational and gene expression profiling will further elucidate the pathobiology of this complex disease.

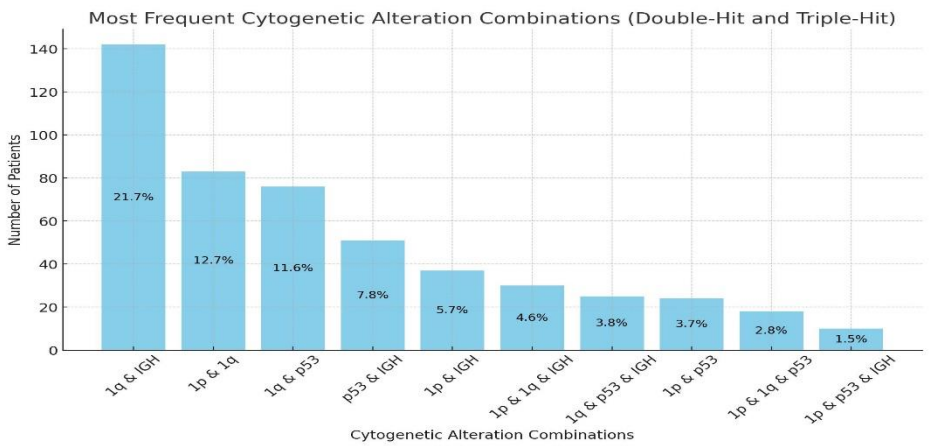
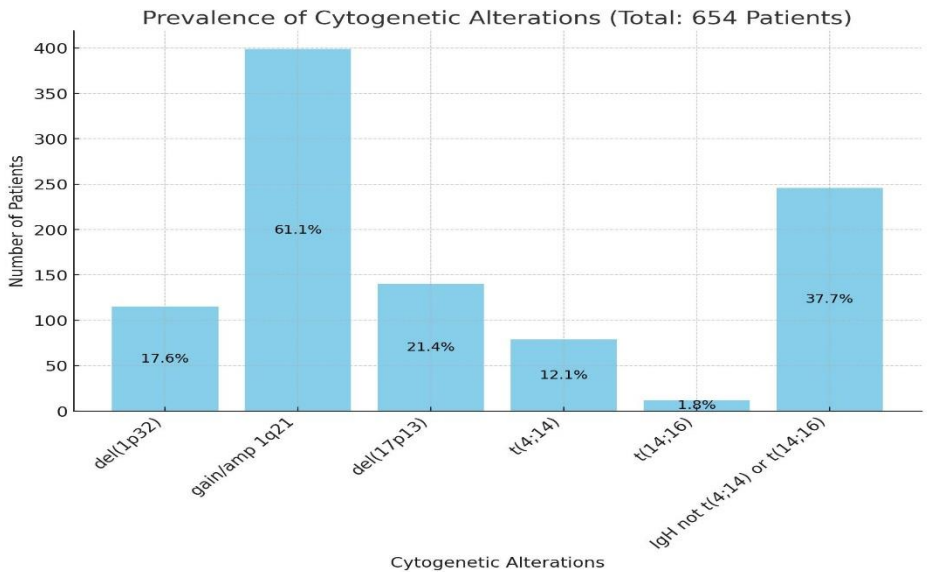
Palavras-Chave: Newly diagnosed multiple myeloma; cytogenetic abnormalities; double and triple hit; FISH

Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

PO 12 - REPROGRAMAÇÃO METABÓLICA NA RESISTÊNCIA A FÁRMACOS- ESTUDOS EM MODELOS IN VITRO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA E MIELOMA MÚLTIPLO

Raquel Alves¹, Maitê Oliveira², Joana Jorge¹, Beatriz Lapa¹, Maria Inês Costa¹, Inês Marques³, Gracinda Costa⁴, Ana Margarida Abrantes³, Maria Filomena Botelho³, Ana Cristina Gonçalves⁵, Ana Bela Sarmento Ribeiro⁶

¹Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ²Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ³Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ⁴Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ⁵Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁶Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁷Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ⁸Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ⁹Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ¹⁰Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ¹¹Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ¹²Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ¹³Serviço de Hematologia, Unidade Local de Saúde Coimbra - CHUC, Coimbra, Portugal

A reprogramação metabólica é um *hallmark* do cancro, contudo o seu impacto no desenvolvimento e progressão tumoral, e na resistência à terapêutica permanece ambíguo. Em neoplasias hematológicas, como a leucemia mieloide crónica (LMC) e o mieloma múltiplo (MM), a resistência a fármacos permanece um desafio no tratamento dos doentes, sendo uma das causas da recaída/recidiva das doenças. Os mecanismos de resistência são múltiplos, incluindo a reprogramação do metabolismo celular. Compreender as adaptações metabólicas associadas à resistência a fármacos nestas neoplasias, permitirá identificar vulnerabilidades metabólicas a explorar como alvo terapêutico. Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil metabólico de células de LMC e MM sensíveis e resistentes às terapêuticas com Imatinib (IMA) e bortezomib (BTZ), respetivamente. Neste trabalho foram utilizadas três linhas celulares de LMC: as células K562 sensíveis ao IMA, e duas linhas resistentes, as células K562-RC e K562-RD; e duas linhas celulares de MM: as células H929, sensíveis ao BTZ, e uma linha resistente, as células H929-BTZ. As dependências metabólicas foram caracterizadas pelo SCENITH e pelo Seahorse. O uptake da glicose foi avaliado pela captação de ¹⁸F-FDG. A expressão génica de genes envolvidos nas vias metabólicas foi avaliada por qPCR. Análise estatística foi realizada, com um nível de significância de $p < 0.05$. As células resistentes apresentaram uma maior dependência da via glicolítica e da glutaminólise em comparação com as respetivas linhas sensíveis. As linhas resistentes ao IMA apresentaram um aumento de $\approx 6,7$ vezes na dependência da glutaminólise do que as células K562. As células K562-RD apresentaram maior dependência da glicose, ≈ 2.3 vezes relativamente à linha celular sensível. Por outro lado, as células resistentes ao BTZ (H929-BTZ) apresentaram um perfil metabólico plástico, mostrando maior dependência de todas as vias metabólicas avaliadas, nomeadamente da glicose (1,4x), fosforilação oxidativa (1,8x) e glutamina (1,4x). Observou-se um aumento na captação de ¹⁸F-FDG em todas as linhas resistentes face às linhas sensíveis. Em acordo, observou-se um aumento na expressão génica de *GLS1*, *SLC2A1* e/ou diminuição da expressão de *SLC2A5*, *GLS2* e *PDHA1* nas



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

células resistentes. Em conclusão, os nossos resultados demonstram que a adaptação do metabolismo das células tumorais pode desempenhar um papel na resistência aos fármacos nestas neoplasias, podendo constituir um alvo terapêutico.

Palavras-Chave: Metabolismo



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 13 - PLAQUETAS EDUCADAS PELO TUMOR (TEP): UMA NOVA ASSINATURA DE RNA NO MIELOMA MÚLTIPLO (ESTUDO PRELIMINAR)

Joana Jorge¹, Raquel Alves¹, Alberto Berral-Gonzalez², Duarte Silva³, Catarina Gerales⁴, Javier De Las Rivas², Ana Cristina Gonçalves¹, Ana Bela Sarmiento Ribeiro⁴

¹Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ²Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (ICBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ³Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ⁴Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ⁵Grupo de Bioinformática e Genómica Funcional, Centro de Investigación del Cáncer (CiC-IBMCC, CSIC/USAL), Conselho Superior de Investigações Científicas (CSIC) e Universidade de Salamanca (USAL), Salamanca, Espanha; ⁶Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra/Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (ULSC/CHUC), Coimbra, Portugal; ⁷Laboratório de Oncobiologia e Hematologia (LOH) e Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina (FMUC), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁸Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (ICBR)— Grupo de Investigação em Ambiente, Genética e Oncobiologia (CIMAGO), FMUC, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal; ⁹Centro de Inovação em Biomedicina e Biotecnologia (CIBB), Coimbra, Portugal; ¹⁰Centro Académico Clínico de Coimbra (CACC), Coimbra, Portugal; ¹¹Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra/Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (ULSC/CHUC), Coimbra, Portugal

As plaquetas são conhecidas por interagirem de forma dinâmica e bidirecional com os tumores, incorporando substâncias tumorais específicas em circulação, sendo designadas de plaquetas educadas pelo tumor (TEPs). As biópsias líquidas, incluindo as TEPs, têm surgido como alternativas menos invasivas e sensíveis para o diagnóstico, prognóstico e monitorização de tumores. No entanto, o papel das TEPs nas neoplasias hematológicas ainda é pouco conhecido. O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia caracterizada pela proliferação multifocal de plasmócitos neoplásicos na medula óssea (MO), com elevada heterogeneidade biológica e clínica. O diagnóstico e monitorização do MM dependem da realização de aspirados ou biópsias da MO, procedimentos relativamente invasivos que não captam a heterogeneidade clínica e espacial do MM. O objetivo do estudo foi identificar uma assinatura de expressão de RNAs em TEPs de doentes com MM e validá-la numa pequena coorte de doentes com MM. Dados de RNA-seq de plaquetas de 22 doentes com MM ao diagnóstico e 183 dadores saudáveis (HDs) foram obtidos da base de dados GEO (GSE183635) para identificar uma assinatura de RNAs em TEPs de doentes com MM. A análise bioinformática foi realizada usando R e RStudio (v2023.06.1). A validação da assinatura foi realizada por qPCR em 25 amostras de plaquetas de 9 doentes com MM [5H:4M; idade mediana=63(47-79); 3 ao diagnóstico; 5 em progressão] e 14 HDs [8H:6M; idade mediana=72(33-95)]. Pela análise bioinformática, identificámos 223 genes diferencialmente expressos entre plaquetas de doentes com MM [184 sobre-expressos e 39 sob-expressos; $p < 1 \times 10^{-6}$, $\text{fold change} > 1$] e HDs. Aplicando critérios mais rigorosos identificámos uma assinatura de 8 genes em TEPs no MM [sobre-regulados: *NADSYN1*, *SYNE2*, *TCIRG1*, *TMC6*, *CCD88B*, *ITGAL*, *ITGB7*; sob-regulado: *ZNF385D*]. Usando a nossa coorte de doentes, observámos que, as amostras de MM ao diagnóstico, apresentam o mesmo padrão de expressão da assinatura original das TEPs no MM, identificada na base de dados, em comparação com os HDs. Nas amostras de doentes em progressão, o padrão de expressão foi semelhante ao do diagnóstico. Para um dos doentes com MM, as 2 amostras de TEPs recolhidas durante o tratamento e com DRM negativo apresentaram um padrão semelhante aos HDs. As TEPs como fonte de biomarcadores para o diagnóstico e monitorização de doentes com MM mostraram resultados bastante promissores; contudo, é necessária uma validação mais profunda destes resultados.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

PO 14 - M-EASIX COMO SCORE PREDITOR DE SLC E ICANS NA POPULAÇÃO TRATADA COM CÉLULAS CAR-T

Tânia Fontinha¹, Isabel Mesquita¹, Júlia Medeiros¹, Eduardo Espada¹, J. F. Lacerda¹

¹Hospital de Santa Maria, ULSSM

Introdução e objetivos: O m-EASIX (*modified Endothelial Activation and Stress Index*) - lactato desidrogenase (U/L)×proteína C reativa (mg/dL)/plaquetas (10⁹/L) - é um score derivado do EASIX para prever a ocorrência de síndrome de libertação de citocinas (SLC) e neurotoxicidade (ICANS) graves secundárias a tratamento com células T com recetor de antígeno quimérico (CAR-T). A identificação de doentes de alto risco é crucial na prática clínica, permitindo adotar medidas que reduzem, potencialmente, a morbimortalidade (e.g. transferência preemptiva destes doentes para o serviço de Medicina Intensiva). Este trabalho pretende avaliar o m-EASIX como preditor de SLC e ICANS nos doentes tratados com CAR-T no nosso centro.

Métodos: Estudo retrospectivo, observacional e unicêntrico que incluiu doentes tratados com axicabtagene ciloleucel entre maio/2022 e julho/2024 no nosso centro. O m-EASIX foi calculado à admissão e nos dias -1, 0, +1 e +3 relativos à infusão. O grau de SLC e ICANS foi classificado de acordo com os critérios da Sociedade Americana de Transplantação e Terapia Celular. Os dados foram colhidos recorrendo a processos clínicos e a análise estatística realizada no SPSS®.

Resultados: Foram incluídos 24 doentes, com mediana de idades de 47 (27-68) anos, 50,0% do sexo masculino e com mediana de 3 (1-6) linhas de tratamento prévias. Um doente tinha diagnóstico de linfoma não Hodgkin (LNH) folicular e os restantes de LNH difuso de grandes células B. 20 (83,3%) doentes tiveram SLC, dos quais 13 (65,0%) grau 1, 6 (30,0%) grau 2 e 1 grau 3. Dos 24 doentes, 8 (33,3%) tiveram ICANS, 7 (29,2%) grau 1 e 1 doente grau 2. A mediana do m-EASIX na amostra foi de 1,67 (0,05-102,1) à admissão, 8,30 (0,13-455,1) ao D-1, 3,81 (0,16-112,41) ao D+1 e 15,02 (0,13-146) ao D+3. A análise de subgrupos revelou que a mediana de m-EASIX no grupo com SLC foi superior à do grupo sem SLC em todos os dias avaliados e a diferença estatisticamente significativa: à admissão 0,32 vs 3,12, p 0,023; D-1 1,72 vs 16,89, p 0,045; D+1 0,70 vs 5,22, p 0,007 e D+3 1,97 vs 18,25, p 0,010. Esta associação não se verificou nos doentes com ICANS.

Conclusão: Nesta população, valores de m-EASIX mais elevados associam-se à ocorrência de SLC quando calculado à admissão, ao D-1, D+1 e D+3 pós infusão de CAR-T. Porém, dada a reduzida amostra e a baixa incidência de SLC grave (grau ≥3), não foi possível avaliar a sua capacidade de prever SLC grave, nem identificar os doentes com maior risco de desenvolver ICANS.

Palavras-Chave: CAR-T, SLC, ICANS, m-EASIX



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

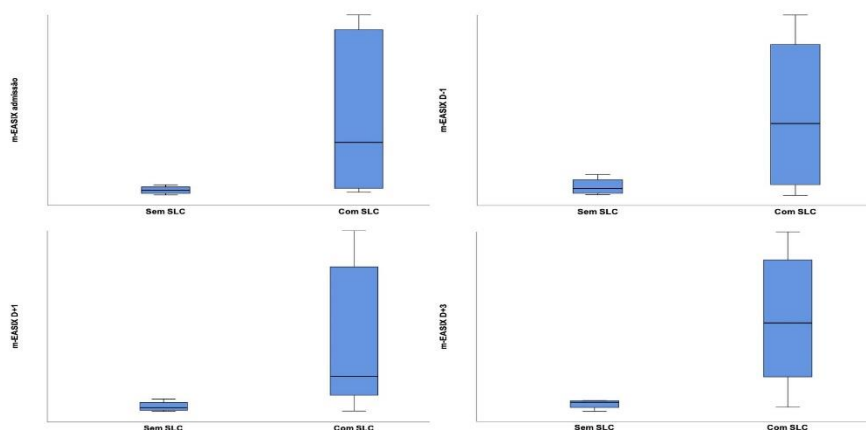


Figura 1: comparação das medianas de m-EASIX à admissão e nos dias -1, +1 e +3 relativos à infusão de CAR-T no grupo de doentes que desenvolveu SLC versus o grupo que não desenvolveu SLC.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 15 - BELANTAMAB MAFODOTIN – UMA ALTERNATIVA EM DOENTES COM MIELOMA MÚLTIPLO EM RECAÍDA/REFRATÁRIO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Mafalda Ramos Pereira Vidal Urbano¹, Mariana Baptista¹, Bárbara Marques¹, Carolina Afonso¹, Adriana Roque¹, Ana Bela Sarmiento¹, Catarina Gerales¹

¹CHUC

Introdução: O belantamab mafodotin (belamaf) é um anticorpo conjugado-fármaco anti-BCMA inicialmente aprovado em monoterapia para doentes com mieloma múltiplo (MM) em recaída/refratário (R/R) após pelo menos 4 linhas terapêutica prévia. No entanto, após os resultados do ensaio de fase 3 DREAMM-3, a autorização condicional foi revogada, por não se ter demonstrado superioridade do belamaf relativamente ao comparador.

Objetivo: Apresentação dos resultados dos doentes tratados com belamaf em monoterapia num centro.

Métodos: Revisão dos processos clínicos.

Resultados:

Caso 1: Mulher (M), atualmente 72 anos, com MM de cadeias leves livres (CLL) kappa, ISS 2, R-ISS 2, sem alterações citogenéticas de mau prognóstico, diagnosticado em 09/2018. Realizou terapêutica com VCD, DRd e KPd seguido de transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos (TAPH). Progressão (DP) na avaliação do D+100, pelo que iniciou PCd, com DP. Iniciou belamaf, complicado de queratopatia moderada e neutropenia grau 2 após 7ª toma, que resolveram com a diminuição da dose para 1,9 mg/kg e espaçamento das tomas para cada 6 semanas. A doente alcançou muito boa resposta parcial (MBRP) após 8ª toma, que mantém aos 18 meses (M) de terapêutica com belamaf.

Caso 2: M, 68 anos, com MM CLL kappa, ISS 2, diagnosticado em 01/2006. Cumpru tratamento com VBMCP/VBAD, seguido de TAPH e manutenção com talidomida. Por DP após 18 meses realizou sequencialmente, VD, Rd seguido de segundo TAPH, Rd, PCd, KRd, DaraCydex, IRd e VCD. Iniciou belamaf, complicada de queratopatia moderada e neutropenia grau 3, espaçamento das tomas para cada 6 semanas, tendo obtido MBRP após 9ª toma. Cumpru 14M de terapêutica até DP.

Caso 3: M, 79 anos, com MM IgG lambda com CLL lambda, ISS 2, diagnosticado em 05/2005. Cumpru tratamento com VBMCP/VBAD, seguido de TAPH e manutenção com talidomida. Por DP após 11 meses foi sequencialmente tratada com Rd, IxaPd, IxaPCyd, DVd, CyDex. Iniciou belamaf com MBRP após 4 tomas. Como complicações, apresentou cistite e otite médica aguda grau 2, sem toxicidade ocular ou hematológica. Após 9M, mantém-se sob terapêutica com belamaf e em MBRP.

Conclusão: O belamaf mostrou-se eficaz mesmo em doentes refratários a múltiplas terapêuticas com diferentes mecanismos de ação. As toxicidades observadas foram facilmente manejáveis com a redução da dose/espaçamento das tomas.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 16 - RAYBLOOD - CARTÃO INDIVIDUAL DE IRRADIAÇÃO

Rita Pombal¹, Lúcia Vieira², Henrique Coelho³, Manuel Figueiredo¹

¹Serviço Imuno-Hemoterapia, ULS Gaia/Espinho, ²Serviço Terapia Celular, IPO Porto, ³Serviço Hematologia Clínica, ULS Gaia/Espinho

Introdução: A Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro Associada à Transfusão (DECHAT) é uma complicação rara, mas fatal. Segundo o Sistema Português de Hemovigilância foram identificados em Portugal, de 2008 a 2022, dois casos de DECHAT. A irradiação de componentes sanguíneos (CS) é o método consensualmente recomendado para a prevenção da DECHAT. Num estudo prévio, realizado na nossa instituição, verificamos que, de 2007 a 2020, 10 doentes com antecedentes de Linfoma Hodgkin foram expostos ao risco de desenvolver DECHAT, tendo recebido um total de 94 unidades de CS não irradiados (média de 9 unidades/doente; DP 6). Consideramos que, tal como noutras realidades europeias, era importante instituir um Cartão Individual de Irradiação (CII), que alertasse os médicos assistentes e capacitasse os doentes em risco de desenvolver DECHAT.

Objetivo: Criar um CII, através de uma ferramenta que, simultaneamente, permita que o médico assistente emita o CII, selecionando os doentes com condições clínicas que acarretam a utilização de CS irradiados, segundo a melhor evidência científica disponível e que capacite o doente para o seu risco de desenvolver DECHAT.

Material e métodos: Criamos uma plataforma digital - RayBlood - que pode ser consultada em www.rayblood.pt.

Resultados: O RayBlood está operacional desde o segundo semestre de 2024. Nesta plataforma o médico assistente, após registo, encontra: uma breve descrição da DECHAT; uma ferramenta para a emissão do CII; uma listagem de consulta fácil das situações, e respetivo intervalo de tempo, que implicam a utilização de CS irradiados e o histórico dos CII que já emitiu. O doente tem à sua disposição: uma breve descrição da DECHAT; a possibilidade de, sempre que o desejar, descarregar e consultar (versão *online*, *mobile* ou impressa) o seu CII e apresentá-lo em qualquer instituição de saúde. Contamos, atualmente, com a emissão de onze CII.

Conclusão: A irradiação universal dos CS não está recomendada e a maioria dos hospitais não dispõe de irradiadores. No nosso hospital, em 14 anos, pelo menos 10 doentes foram expostos ao risco de desenvolver DECHAT. Nesse sentido, consideramos que esta ferramenta - RayBlood - se constitui como uma oportunidade de melhoria nos cuidados prestados aos doentes em risco de desenvolver DECHAT e a sua divulgação assume-se como uma mais-valia para os mesmos.

Palavras-Chave: transfusão de sangue, linfócitos, doença do enxerto contra o hospedeiro associada à transfusão



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 17 - TOXICIDADE RELACIONADA COM O DFCI: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Inês Grilo Rocha¹, Ana Rebelo¹, Filipa Saraiva¹, Patrícia Ribeiro¹

¹HSAC - ULS de São José

Introdução: O tratamento de adolescentes e jovens adultos (15-45 anos) com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA) com regimes inspirados em esquemas pediátricos já provou a sua superioridade face aos regimes clássicos. No entanto o tratamento dos doentes nesta faixa etária continua a enfrentar desafios, nomeadamente a maior incidência de toxicidades relacionadas com a terapêutica.

Objetivo: Analisar a toxicidade relacionada com o tratamento de adolescentes e jovens adultos com LLA tratados com regimes inspirados nos pediátricos, com maiores doses cumulativas de fármacos não mielosupressores e utilização de asparaginase.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de LLA e linfoma linfoblástico com idades entre os 18 e os 45 anos tratados com DFCI (Dana Farber Cancer Institute Protocolo 01-175) entre 2018 e 2023.

Resultados: Foram tratados entre 2018 e 2023 com o regime DFCI, 25 doentes com uma mediana de idades de 31 (18-45). 17 doentes com diagnóstico de LLA B, 5 de LLA T e 3 de Linfoma linfoblástico T.

Em 13 doentes foram documentados fenómenos trombóticos: trombozes venosas profundas em 7 doentes e trombozes SNC em 6. Neste contexto 4 trombozes foram identificadas durante a indução, 1 após a fase de tratamento do SNC e 8 durante a fase de intensificação. Relativamente a outras toxicidades graves menos frequentes relatamos: 6 doentes com miopatia, 5 com osteonecrose, 2 com hepatite e 2 com pancreatite. Foi necessário descontinuar o regime em 3 doentes por toxicidade não tolerável. Salientamos ainda que não foi reportada qualquer reação anafilática relacionada com a asparaginase.

Conclusão: Ainda que estes regimes sejam geralmente bem tolerados em idade pediátrica, nos adultos estão relacionados com taxas não desprezíveis de toxicidade. Os eventos trombóticos, os mais frequentes no nosso estudo, apresentam uma incidência superior à geralmente descrita. A profilaxia anti-trombótica com anticoagulação e reposição de anti-trombina continuam a ser motivo de debate. Deverão também ser considerados fatores individuais pró-trombóticos ausentes na idade pediátrica, sendo importante a sua avaliação para decisão de anticoagulação. De referir ainda que a partir de 2021 passou a ser utilizada asparaginase peguilada ao invés da L-Asparaginase, permitindo administrações menos frequentes, o que deverá ser considerada na avaliação das toxicidades.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 18 - HYPERCVAD/MA VS DFCI NOS ADOLESCENTES E JOVENS ADULTOS: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Inês Grilo Rocha¹, Ana Rebelo¹, Francisca Soares¹, Filipa Saraiva¹, Marcos Lemos¹, Luis Monteiro¹, Patrícia Ribeiro¹

¹HSAC - ULS de São José

Introdução: O tratamento de adolescentes e jovens adultos (AYAS) com diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda (LLA) tratados com regimes inspirados em esquemas pediátricos já provou melhorar a sobrevivência global (SG). No entanto enfrentam-se desafios sobre qual o melhor regime aplicável aos AYAS.

Objetivo: Comparar a resposta dos AYAS obtida com 2 regimes de quimioterapia distintos na vida real.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de doentes com diagnóstico de LLA com idades entre 18-45 tratados com HyperCVAD/MA entre 2009-2014 vs DFCI (01-175) entre 2018-2023. Foi utilizado o método de Kaplan-Meier para analisar a SG e a sobrevida livre de progressão (SLP) aos 5 anos.

Resultados: Regime DFCI (01-175): foram tratados 25 doentes com uma mediana de idades de 31, com diagnóstico principal LLA B (LLA B-17; LLA T-5; Linfoma linfoblástico T-3). Geneticamente 2 doentes com cromossoma Philadelphia e 2 doentes com rearranjo do MLL.

Da avaliação de resposta: 23 obtiveram remissão completa (RC) após 1 ciclo, 10 com doença residual mensurável (DRM) negativa, e 2 foram refratários. 4 doentes recaíram durante a intensificação e dos 19 doentes em RC, 1 foi transferido para outro centro, 2 faleceram por causas não hematológicas e 3 por toxicidade mudaram de regime.

- Regime HyperCVAD/MA: foram tratados 31 doentes com uma mediana de idades de 31; 21 com diagnóstico de LLA B, 8 com LLA T-8 e 2 com Linfoma linfoblástico T. Entre os LLA B 8 com cromossoma Philadelphia. Da avaliação de resposta: 18 obtiveram RC (DRM não avaliada por protocolo) e 3 foram refratários ao tratamento. Foram documentadas 9 recaídas (4 após o término do regime e 5 durante manutenção).

Com uma mediana do *follow-up* de 66 meses a SG aos 5 anos foi de 69,4% no grupo DFCI vs 60,9% no grupo HyperCVAD/MA, sem diferença estatística ($p=0,653$); a SLP aos 5 anos foi de 65,4% no grupo DFCI vs 68% no grupo de HyperCVAD/MA também sem diferença significativa ($p=0,516$).

Conclusão: Contrariamente ao expectável, na nossa análise não se observam diferenças estatisticamente significativas entre os dois regimes quanto à SG. No entanto, o *follow-up* curto dos doentes tratados com DFCI limita comparações diretas. Embora não exista diferença estatisticamente significativa na SLP parece existir uma maior taxa de recaídas do HyperCVAD/MA.

De realçar que o tamanho das amostras e a sequência temporal do estudo dificulta a comparação da toxicidade entre regimes e da análise da DRM.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 19 - CARATERÍSTICAS, GESTÃO CLÍNICA E RESULTADOS DE DOENTES COM LEUCEMIA, LINFOMA E MIELOMA MÚLTIPLO HOSPITALIZADOS COM O DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO DE COVID-19

Sofia Caetano (presenting author)¹, Essy Mozaffari, Aastha Chandak, Chidinma Chima-Melton, Andre C Kalil, Mark Berry, Heng Jiang, Michele Bartoletti, Paul Loubet²

¹Gilead Sciences, ²On behalf of Gilead Sciences

Background: Doentes imunocomprometidos (IC) permanecem com alto risco de hospitalizações, complicações e mortalidade devido à COVID-19. No entanto, a informação disponível sobre condições específicas de doentes IC é limitada. Descrevemos as Caraterísticas, gestão clínica e resultados de doentes com Leucemia, Linfoma e Mieloma Múltiplo hospitalizados com o diagnóstico primário de COVID-19.

Métodos: Usando a base de dados PINC AI Healthcare, foram avaliados doentes com leucemia, linfoma ou mieloma múltiplo hospitalizados entre janeiro de 2022 e dezembro de 2023 com diagnóstico primário de alta de COVID-19. As características dos doentes foram descritas para as três condições de IC. O tratamento da COVID-19 por necessidade de oxigênio suplementar e os resultados de mortalidade hospitalar, readmissão por todas as causas e relacionada com a COVID-19 foram avaliados.

Resultados: Durante o período do estudo, 2.356 doentes com leucemia, 2.249 com linfomas e 1.178 com mieloma múltiplo foram hospitalizados com diagnóstico primário de COVID-19. Durante a hospitalização, cerca de um terço necessitou de oxigênio de baixo fluxo, um quinto de oxigênio de alto fluxo/ventilação não invasiva e 7-8% de ventilação mecânica invasiva. Além disso, as taxas de mortalidade foram de 17%, 21% e 16% e as taxas de readmissão relacionadas com a COVID-19 foram de 11%, 14% e 7% para os doentes com leucemia, linfoma e mieloma múltiplo, respetivamente.

Metade dos pacientes recebeu remdesivir em todos os níveis de oxigenoterapia e >90% recebeu corticosteróides entre aqueles que necessitaram de oxigênio suplementar. O uso de corticosteróides em monoterapia foi observado em um terço dos doentes que necessitaram de oxigênio suplementar e em um quarto que não necessitaram de oxigênio suplementar. Um quarto dos doentes sem oxigênio suplementar não recebeu nenhum tratamento para COVID-19.

Conclusões: O estudo destaca as altas taxas de mortalidade e readmissão enfrentadas doentes IC de alto risco com condições subjacentes de leucemia, linfoma ou mieloma múltiplo hospitalizados por COVID-19. Quase metade não recebeu tratamento antiviral com remdesivir, apesar de ter sido hospitalizado com diagnóstico primário de COVID-19, enquanto um terço recebeu corticosteróides em monoterapia, contradizendo as recomendações das guidelines. Além disso, cerca de um quarto dos doentes sem oxigênio suplementar não recebeu qualquer tratamento contra a COVID-19, apesar da eficácia estabelecida de remdesivir neste grupo.

Palavras-Chave: COVID-19, doentes imunocomprometidos, tratamento



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 20 - REMDESIVIR REDUZ A MORTALIDADE EM DOENTES IMUNOCOMPROMETIDOS HOSPITALIZADOS COM COVID-19 NA ERA PANDÉMICA E ENDÉMICA DA DOENÇA

Sofia Caetano (presenting author)¹, Essy Mozaffari, Aastha Chandak, Robert L Gottlieb, Chidinma Chima-Melton, Mark Berry, Alpesh N Amin, Tobias Welte, Paul Sax, Andre C Kalil²

¹Gilead Sciences, ²On behalf of Gilead Sciences

Background: Revisões da literatura resumiram a eficácia de remdesivir (RDV9 em doentes imunocomprometidos (IC) que apresentam maior risco de hospitalizações, complicações e mortalidade devido à COVID-19. Neste estudo, examinamos a mortalidade hospitalar por todas as causas com o início precoce de RDV vs não início de RDV entre doentes IC hospitalizados com COVID-19, de dezembro de 2020 até abril de 2023.

Métodos: Utilizando a base de dados PINC AI Healthcare, identificamos adultos IC (neoplasias, transplantes de órgãos sólidos e células-tronco hematopoéticas, neoplasias hematológicas, imunodeficiências primárias, asplenia, insuficiência da medula óssea/anemia aplástica, imunodeficiências combinadas graves ou VIH), hospitalizados com um diagnóstico primário de alta de COVID-19 sinalizado como “presente na admissão”. Os doentes foram ainda categorizados de acordo com a necessidade de oxigénio suplementar: sem necessidade (NSOc) e com qualquer necessidade de oxigénio suplementar na admissão. Os doentes que iniciaram RDV nos primeiros 2 dias de admissão vs aqueles que não iniciaram RDV durante a hospitalização foram comparados usando correspondência de propensão intra-hospitalar preferencial 1:1 com reposição. O Modelo de Riscos Proporcionais de Cox foi usado para examinar a mortalidade hospitalar aos 14 e 28 dias.

Resultados: De dezembro de 2020 a abril de 2023, 20.770 doentes tratados com RDV foram comparados com 8.462 doentes únicos não tratados com RDV.

Durante o período do estudo, a taxa de mortalidade não ajustada para doentes tratados com RDV vs não tratados foi de 11,5% vs 15,4% aos 14 dias e 17,2% vs 21,6% aos 28 dias, respetivamente.

Após ajuste para covariáveis basais e clínicas, o braço tratado com RDV apresentou risco de mortalidade significativamente menor comparativamente ao grupo não tratado (HR [IC 95%]: 0,77[0,72–0,83]), em doentes com NSOc (0,70[0,62–0,79]) e em doentes com qualquer necessidade de oxigénio suplementar (0,80[0,73–0,87]) ($p < 0,0001$) aos 28 dias. Benefício semelhante para RDV vs não-RDV foi observado para a mortalidade global aos 14 dias (0,73[0,67–0,79]), em doentes com NSOc (0,68[0,59–0,77]) e em doentes com qualquer necessidade de oxigénio suplementar (0,75[0,68–0,83]) ($p < 0,0001$).

Conclusões: RDV continuou a demonstrar eficácia significativa na redução da mortalidade entre doentes IC hospitalizados com diagnóstico primário de COVID-19 durante o período Omicron, independentemente das necessidades de oxigénio suplementar.

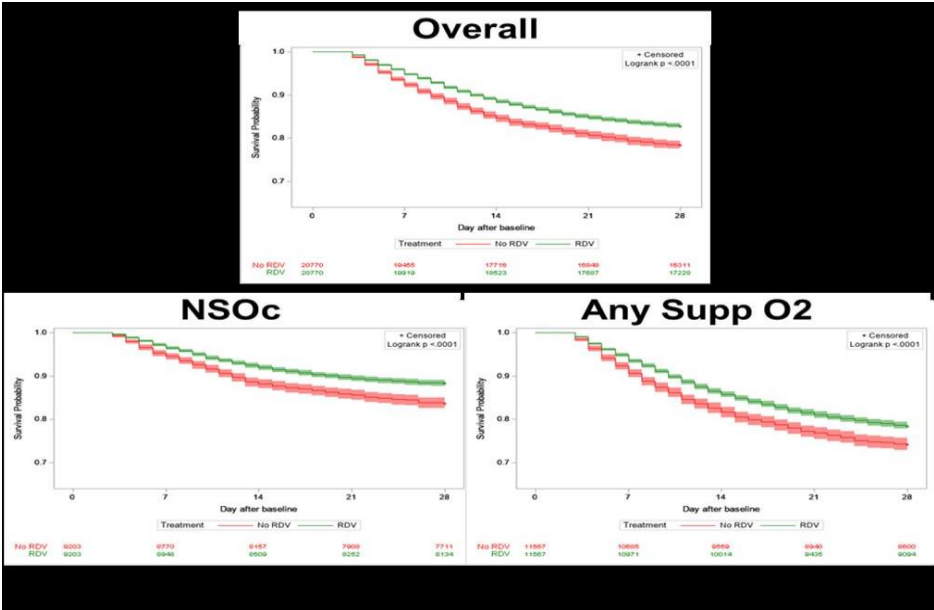
Palavras-Chave: Doentes imunossuprimidos, mortalidade, tratamento

Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)



	N		aHR [95% CI]	P value
14-day mortality				
Overall	41,540		0.73 [0.67 - 0.79]	<.0001
NSOc	18,406		0.68 [0.59 - 0.77]	<.0001
Any Supp. O2	23,134		0.75 [0.68 - 0.83]	<.0001
28-day mortality				
Overall	41,540		0.77 [0.72 - 0.83]	<.0001
NSOc	18,406		0.70 [0.62 - 0.79]	<.0001
Any Supp. O2	23,134		0.80 [0.73 - 0.87]	<.0001

0.4 0.6 0.8 1.0 1.2
Favors RDV Favors Non-RDV

Immunocompromised conditions: cancer, transplant, hematologic malignancies, immunosuppressive medications, toxic effects of antineoplastics, primary immunodeficiencies, severe combined immunodeficiencies, asplenia, bone marrow failure/aplastic anemia, or HIV
Note: Estimates adjusted for age, admission month, admission venue (ICU vs. general ward), and baseline treatments (anticoagulants, convalescent plasma, corticosteroids, baricitinib, tocilizumab)
aHR=adjusted hazard ratio; Any Supp. O2= low-flow oxygen, high-flow oxygen/non-invasive ventilation and invasive mechanical ventilation/extracorporeal membrane oxygenation; CI=confidence interval; NSOc=no supplemental oxygen charges; RDV=remdesivir



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 21 - LUSPATERCEPT EM SÍNDROMES MIELODISPLÁSICAS DE NÃO ALTO-RISCO: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Dra. Rita Martins¹, Dra. Fernanda Segnanfredo, Dra. Vera Nunes, Enf. Clara Ezequiel, Dra. Joana Lobato, Dra. Maria Jesus Frade, Dra. Albertina Nunes, Dra. Francesca Pierdomenico, Dra. Joana Desterro, Prof. Dra. Maria Gomes da Silva.¹

¹IPO Lisboa

Introdução: Síndromes mielodisplásicas (SMD) caracterizam-se por displasia da medula óssea e eritropoiese ineficaz, com citopenias e risco de progressão para Leucemia Mieloide Aguda. Em doentes (dts) de Não Alto Risco (NAR), o tratamento visa a diminuição de Transfusões de Glóbulos Vermelhos (TGV) e melhoria da qualidade de vida. Neste grupo de dts, sem del5q, dependentes de TGV e refratários à eritropoietina (EPO), as opções terapêuticas são limitadas. O Luspatercept é uma proteína de fusão que se liga a ligandos da família do TGF- β , inibindo a via do SMAD2/3 e induzindo a diferenciação eritrocitária tardia. Está aprovado na Europa com esta indicação, mas só recentemente introduzido em Portugal.

Objetivo: Efetividade e toxicidades associadas ao uso de Luspatercept em dts com SMD de NAR num centro de referência.

Material e Métodos: Análise retrospectiva clínica, de efetividade e toxicidade de dts com SMD de NAR, com anemia refratária à EPO e dependência de TGV que iniciaram Luspatercept entre Maio e Setembro 2024. O valor basal de hemoglobina corresponde à média de valores ao longo das 8 semanas (S) prévias ao tratamento. A carga transfusional corresponde ao nº de TGV nas 8S prévias ao tratamento. Na avaliação da resposta hematológica, foram utilizados os Critérios de Resposta modificados do IWG (2006).

Resultados: Foram incluídos 11 dts, média de 77 anos [62-88] com SMD de NAR, com sideroblastos em anel, sem del5q, refratários à EPO e dependentes de TGV.

O Luspatercept foi administrado via s/c de 3/3S, dose inicial de 1 mg/kg, com aumento de dose de 6/6S de acordo com as recomendações do fármaco. Mediana de 4 administrações/dt [1-7], com incremento de dose em 5 dts, 2 atingiram dose máxima de 1,75 mg/kg.

Numa mediana de follow-up (FU) de 9 semanas, 4 dts atingiram uma resposta eritroide, correspondente a uma diminuição da carga transfusional ≥ 4 TGV em 8 S de tratamento. Destes, 2 atingiram independência transfusional. Quatro dts apresentaram incrementos não sustentados (duração < 8 S) $> 1,5$ mg/dL do valor basal de Hemoglobina. Fadiga e náuseas G1 foram observadas respetivamente em 5 e 2 dos 11 dts. Nenhum dt apresentou reações adversas grau 2 ou superiores.

Conclusão: Nesta pequena série de dts com uma mediana de FU de 9 semanas os resultados são promissores e concordantes com ensaios prévios publicados, em que o Luspatercept é capaz de providenciar independência transfusional com perfil de toxicidades aceitável.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

PO 22 - OS SCORES EASIX E DERIVAÇÕES PREDIZEM OUTCOMES EM DOENTES COM LINFOMA B DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS – ESTUDO DE VIDA REAL

Cátia Almeida¹, Adriana Roque¹, Ana África Martín Lopez², Estefanía Pérez López³, Marta García Blázquez³, Mónica Cabrero Calvo², Almudena Cabero Martínez², Alejandro Avendaño Pita², Mónica Baile González², Ana García Bacelar², Noemi Blanco Prieto², Mónica Alaña García², Noelia Albalá Martínez², Miriam López Parra², Eva Villarón², Pilar Tamayo Alonso², Piedad Arias Rodríguez², Silvia Jiménez Cabrera², Norma Gutiérrez Gutiérrez², M Victoria Mateos Manteca², Fermín Sánchez-Guijo², Alejandro Martín García-Sancho², Lucía López-Corral²

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, ²Hospital Universitario de Salamanca - IBSAL, ³Hospital Universitario de Salamanca -IBSAL

Introdução: As células CAR-T anti-CD19 são o *standard of care* em doentes (dts) com linfoma difuso de grandes células B (LDGCB) ou linfoma de alto grau (LAG) duplamente refratários. O desenvolvimento de scores preditivos de toxicidade e eficácia é fundamental para otimizar *outcomes* e a aplicação de recursos.

Objetivo: Avaliar a capacidade preditiva do score EASIX (Índice de Ativação Endotelial e Stress) e suas derivações em dts com linfoma submetidos CAR-T.

Métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico de dts com LDGCB/LAG tratados com CAR-T anti-CD19 comerciais (2019-2023). Scores EASIX, EASIX simplificado (sEASIX) e EASIX modificado (mEASIX) foram calculados antes da linfodepleção (Db), da infusão de CAR-T (D0) e em D1. A relação preditores/outcomes foi analisada por regressão logística ou Kaplan-Meier, com cutoffs definidos por curvas ROC.

Resultados: Incluídos 71 dts (59% homens, idade mediana (med) de 62A [32-79]), 82% com LDGCB, com linhas prévias med 2 (2-7). Destes, 68% receberam axicabtageno ciloleucel e 32% tisagenlecleucel. Sessenta e seis (93%) dts desenvolveram síndrome de liberação de citocinas (CRS) (0% $\geq$ g3), e 23 (32%) neurotoxicidade (ICANS) (11% $\geq$ g3), com med de início de 2d (0-9) e 6d (2-17), respetivamente.

Após um follow-up med de 12M, 54% dts atingiram resposta completa (RC) e 15% recidivaram posteriormente. As sobrevivências livre de progressão (SLP) e global (SG) med foram de 7,3M e não atingida, respetivamente.

Nenhum dos scores foi preditor do risco de CRS/ICANS. Um volume tumoral metabólico (VTM) maior (OR 1,01;p=0,039) e creatinina inferior (OR 0,11;p=0,048) ao Db foram associados a maior risco de ICANS. Níveis de PCR mais altos no Db (OR 0,72;p=0,016) e no D1 (OR 0,70; p=0,009) correlacionaram-se com menor probabilidade de RC.

LDH (HR 1,01;p=0,003) e PCR (HR 1,24;p<0,001) basais, assim como LDH (HR 1,01;p=0,002) e PCR (HR 1,28;p<0,001) ao D1, associaram-se negativamente à SLP. O mEASIX ao Db (HR 1,01;p=0,004) e ao D1 (HR 1,01;p<0,001) correlacionou-se inversamente com a SLP. Valores de mEASIX Db>3,1 (AUC 0,675; HR 3,78;p<0,001) e mEASIX-D1>2,1 (AUC 0,689; HR 4,26;p<0,001) associaram-se a maior risco de progressão ou morte aos 12M.

Conclusão: Nesta coorte, EASIX e derivações não conseguiram discriminar os dts com maior risco de CRS/ICANS. No entanto, o mEASIX (ao Db e D1) previu de forma significativa a SLP aos 12M. Novas variáveis como o VTM antes da infusão, mostraram-se promissoras na predição do risco de ICANS.

Palavras-Chave: CAR-T, Linfoma, EASIX, Outcome



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 23 - MUTAÇÕES NOS GENES *SAMD9/SAMD9L* E A SUA HETEROGENEIDADE FENOTÍPICA

Mariana Baptista Ferreira¹, Mafalda Urbano¹, Joana Azevedo², Bárbara Marques¹, Emília Costa³, Anabela Ferrão⁴, Paula Kjolerstrom⁵, Catarina Geraldes⁶, Margarida Coucelo⁷

¹Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra, ²Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC), ³Hematologia Pediátrica CMIN, Unidade Local de Saúde de Santo António, ⁴Unidade de Hematologia Pediátrica, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, ⁵Unidade de Hematologia do Hospital Dona Estefânia, Unidade Local de Saúde de São José, ⁶Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC); Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Grupo de Investigação em Meio Ambiente, Genética e Cancro (CIMAGO), FMUC; Centre for Innovative Biomedicine and Biotechnology, Coimbra, Portugal; Centro Académico Clínico de Coimbra, ⁷Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra; Laboratório de Oncobiologia e Hematologia, Clínicas Universitárias de Hematologia e Oncologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra (FMUC); Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: Mutações nos genes *SAMD9* e *SAMD9L* (*SAMD9/9L*) estão associadas a heterogeneidade fenotípica (síndrome MIRAGE, síndrome ataxia-pancitopenia) e a um risco aumentado de síndrome de falência medular (SFM) e síndrome mielodisplásica (SMD) com perda não aleatória do cromossoma 7 e, também, possibilidade de reversão somática.

Objetivo: Descrever a heterogeneidade fenotípica de doentes com mutação *SAMD9/9L*.

Material e métodos: Revisão retrospectiva de doentes com mutação *SAMD9/9L*, identificados num painel customizado de NGS para SFM.

Resultados: Foram encontradas 13 variantes *SAMD9/9L* distintas em 7 crianças (4M:3F) com idades entre 1 e 16 anos e em 3 adultos (3F), 27 a 68 anos.

Na população pediátrica, foram identificadas 6 variantes de significado incerto (VUS), 2 *SAMD9* e 4 *SAMD9L*, em doentes com citopenias na apresentação: 1 SMD, 1 anemia aplásica muito severa, 1 trombocitopenia imune, 1 neutropenia intermitente e 1 pancitopenia. Dois doentes tinham variantes patogénicas germinativas no gene *SAMD9L*: M/5 anos, *SAMD9L* R986S e 2 mutações somáticas adicionais *SAMD9L* associadas a melhoria fenotípica; F/16 meses *SAMD9L* R986C, com SMD e monossomia do 7, já submetida a transplante alogénico de progenitores hematopoiéticos. A frequência de hipocelularidade medular na população pediátrica foi 57%.

Nas 3 doentes adultas, foram identificadas 3 VUS no gene *SAMD9*: F/27 anos, *SAMD9* I247T, com SMD hipocelular; F/61 anos, *SAMD9* A989T, com SMD provavelmente secundária a SFM congénita e 2 mutações no gene *TET2*, atualmente sob eritropoietina; F/68 anos, *SAMD9* R517fs*8, com SMD hipoplásica e fibrose medular, com mutação patogénica no gene *TP53* (VAF 3%) no painel mieloide, sem outras alterações genéticas, e com progressão rápida para LMA (TP53 VAF 30%) e morte por intercorrência febril.

Discussão/Conclusão: A nossa população reflete a heterogeneidade fenotípica associada a mutações *SAMD9/9L*, tal como descrito. A patogenicidade de muitas destas variantes permanece por estabelecer, o que reflete a elevada frequência de VUS encontrada. A sua identificação crescente e a partilha de conhecimento poderá esclarecer doenças e síndromes consideradas não relacionados entre si, à luz do conhecimento atual.

Palavras-Chave: *SAMD9*, *SAMD9L*, heterogeneidade fenotípica



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 24 - TRATAMENTO DE MIELOFIBROSE COM ANEMIA E TROMBOCITOPENIA: A PROPÓSITO DUM CASO CLÍNICO

Mariana Koehler¹, António Almeida¹

¹Hospital da Luz Lisboa

Introdução: O tratamento (tx) atual da mielofibrose (MF) é frequentemente limitado pelas citopenias causadas pelos inibidores de JAK (JAKi) aprovados. O momelotinib, para além de inibidor do JAK1 e JAK2, inibe também o ACVR1, um modulador importante da homeostase do ferro, o que resulta na diminuição da expressão de hepcidina no fígado e num aumento da disponibilidade de ferro para eritropoiese. Este mecanismo de ação distinto tornou-o na opção preferencial no tx da MF com anemia, além de proporcionar benefícios na redução de sintomas e do volume esplénico, tal como os JAKi previamente aprovados.

Objetivo: Relatar a primeira experiência em Portugal de tx de um doente com MF secundária com momelotinib.

Material e Métodos: Trata-se de um doente de 73 anos, sem outros antecedentes, com diagnóstico de MF pós Trombocitemia essencial com 25 anos de evolução. Foi tratado previamente apenas com anagrelide em 1998, desde então sem qualquer terapêutica. À data em que é proposto para tx, apresenta uma doença de alto risco (mutação JAK2 V617F, ASXL e EZH2), com anemia grave (< 8g/dL), trombocitopenia (80 000 plaquetas/ μ L), esplenomegalia (25cm) e sintomas constitucionais. Por ter clara indicação para inibidores de JAK2, inicia momelotinib em 02/2024 em dose reduzida (100 mg/dia).

Resultados: Após 2 semanas de tx, observou-se um agravamento adicional da trombocitopenia (G2, CTCAE), mas a partir do final do 1º mês de tx verificou-se normalização do valor de plaquetas, que se manteve. Obteve uma redução >50% da esplenomegalia. A partir do 3º mês, houve uma redução significativa da astenia associada a uma subida de cerca de 1g/dL de hemoglobina. Não se verificaram até agora efeitos secundários de grau 3 ou superior, a mencionar apenas desenvolvimento de edema dos membros inferiores, controlado com furosemida, associado a Insuficiência Cardíaca com Fej preservada.

Conclusão: O momelotinib demonstrou, nos ensaios de fase 3, eficácia na redução de sintomas constitucionais, anemia e esplenomegalia em doentes com MF primária e secundária. Os perfis de segurança e eficácia observados em subgrupos de doentes com trombocitopenia moderada e grave foram consistentes com a restante população dos estudos, apoiando o uso seguro e eficaz do momelotinib em pacientes com trombocitopenia. Este perfil de segurança e mecanismo de ação único torna-o numa arma importante no tx de doentes com MF e anemia e com outras citopenias, como a trombocitopenia, de que é exemplo o caso apresentado.

Palavras-Chave: momelotinib, mielofibrose, anemia, trombocitopenia



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

PO 25 - MANIFESTAÇÕES HEMATOLÓGICAS DA MACROTROMBOCITOPENIA CONGÉNITA RELACIONADA AO MYH9: NEM SEMPRE É PTI (2 CASOS CLÍNICOS)

Raquel Lopes¹, Daniela Coelho¹, Sandrine Mendes², Ricardo Castro², Fernando Miguel¹

¹Serviço de Sangue da ULS da Região de Leiria, ²Serviço de Patologia Clínica da ULS da Região de Leiria

Introdução: A Macrotrombocitopenia congénita relacionada ao MYH9 (MCMYH9) é uma doença autossómica dominante causada por mutações no gene MYH9, caracterizando-se por macrotrombocitopenia, tendência hemorrágica e graus variáveis de perda auditiva, cataratas e nefropatia.

Objetivos: Descrição de 2 casos, salientando as características clínico-laboratoriais em irmãos.

Métodos: Análise de dados clínico-laboratoriais.

Resultados: Apresentam-se 2 irmãos: do sexo feminino (8 anos) e outro masculino (4 anos) cuja mãe tem MCMYH9; pai saudável. O diagnóstico foi considerado e confirmado a nível genético ao nascimento em ambas as crianças, tendo em atenção a história familiar. Foi excluído Síndrome de Bernard-Soulier, de Gray e, em particular, PTI. Na 1ª consulta: com trombocitopenia grave e volume plaquetário médio (VPM) aumentado (Figura 1): irmã (39000/mm³) com VPM: 15,7 fL e irmão (19000/mm³) com VPM: 15,9 fL [8,3 - 11,7 fL]; a distribuição plaquetária (PDW) era superior aos +2DP; contudo ambos sem manifestações hemorrágicas espontâneas. O esfregaço de sangue periférico confirmou trombocitopenia com anisocitose e macrocitose plaquetária, plaquetas gigantes e presença de corpos Dohle-like. Cataratas e surdez foram excluídas e a função renal está normal. Sem antecedentes cirúrgicos, mas com história de traumatismos por queda com equimoses fáceis e hematomas exuberantes; atestado escolar para evicção de quedas e desportos de contato.

Conclusões: Salienta-se a necessidade de evocar a MCMYH9 perante uma trombocitopenia com VPM aumentado, sendo a anamnese familiar fundamental no diagnóstico precoce e para evitar diagnósticos errados com tratamentos não eficazes, prevenção de hemorragias e o rastreio atempado das alterações não hematológicas.

Sem conflito de interesses.

Palavras-Chave: Macrotrombocitopenia congénita relacionada ao MYH9, Macrotrombocitopenia, Tendência hemorrágica, Crianças



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

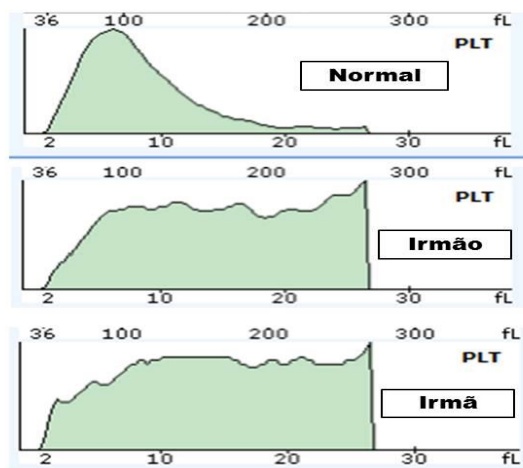


Figura 1 – Histograma representativo do VPM normal e dos irmãos.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 26 - SÍNDROME DE HIPER-HEMÓLISE EM PACIENTES COM ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

Filipe R. Pinto¹, Soraia Mercedes Reis¹, Luísa Regadas¹, Patrícia Seabra¹, Cláudia Casais¹

¹ULS de Santo António

Introdução: A síndrome de hiper-hemólise (SHH) é uma complicação rara e potencialmente fatal em doentes com anemia de células falciformes (ACF), caracterizada por hemólise exacerbada e níveis de hemoglobina (Hb) pós-transfusionais inferiores aos pré-transfusionais. A sua fisiopatologia envolve a ativação do complemento e dos macrófagos, podendo ser exacerbada por eventos vaso-oclusivos e infeção. O diagnóstico e o tratamento precoces são essenciais para prevenir complicações graves e potencialmente fatais. Relatamos um caso de SHH num doente com ACF, abordando a apresentação clínica, diagnóstico, tratamento e uma revisão da literatura sobre os mecanismos fisiopatológicos e estratégias terapêuticas.

Caso clínico: Homem de 30 anos, natural de Angola, etnia negra, com seguimento recente em Portugal, com Drepanocitose (genótipo SS). Recorre ao serviço de urgência (SU) por quadro de febre e icterícia, 4 semanas após suporte transfusional de 1U de concentrado eritrocitário desleucocitado (CED) por Hb de 6.8g/dL e cansaço fácil. À admissão no SU revelou anemia grave (Hb 5.9 g/dL) e marcadores de hiperhemólise (bilirrubina 11.68 mg/dl) e citocolestase. Após a transfusão de 2U CED, sem rentabilidade transfusional e aumento da bilirrubina (19,74 mg/dL) e elevação da DHL (2059 U/L). A ausência de aloanticorpos, de complicações hepáticas, ou outras causas de hemólise ou infecciosas apoiaram o diagnóstico. Assumindo-se diagnóstico de SHH tardio relacionado com a transfusão. O doente iniciou tratamento com metilprednisolona 500mg/dia durante 3 dias e imunoglobulina intravenosa 400mg/kg durante 5 dias e duas transfusões permuta com melhoria da hemólise. Intercorrências várias com choque séptico com ponto de partida respiratório a motivar internamento em unidade de cuidados intensivos prolongado, necessitando de ventilação invasiva. A estabilização clínica foi alcançada com uma abordagem multidisciplinar, sem necessidade de novas transfusões.

Conclusão: A SHH é uma complicação rara, mas grave, da transfusão em doentes com drepanocitose. O reconhecimento precoce, a suspensão do suporte transfusional e o tratamento com imunossuppressores, como corticoterapia e imunoglobulina intravenosa, são cruciais para a recuperação do doente. São necessários mais estudos para compreender totalmente a fisiopatologia e otimizar as opções terapêuticas, especialmente em casos refratários, em que pode ser necessário o uso de agentes imunossuppressores como rituximab ou eculizumab.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 27 - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO – TERAPÊUTICAS COM VENETOCLAX NA LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

Mariana Trigo Miranda¹, Alexandra Pereira¹, Andreia Teixeira², Helena Matos Silva¹

¹ULS Viseu Dão-Lafões, ²MEDCIDS; CINTESIS@RISE

Introdução: O Venetoclax é um inibidor altamente seletivo e eficaz do BCL-2 que permite restabelecer o potencial apoptótico das células neoplásicas. Na leucemia linfocítica crónica (LLC) mostrou-se eficaz tanto em monoterapia como em terapêutica combinada. Dada a sua eficácia e perfil de toxicidade favorável, tornou-se um dos tratamentos padrão na LLC de novo e refratária/recidivante, demonstrando respostas profundas e duradouras, independentemente de fatores prognósticos adversos.

Objetivos e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico que pretende avaliar a eficácia e segurança na utilização de terapêuticas com venetoclax na LLC. Pretende-se caracterizar a população, avaliar sobrevivência global (SG) e sobrevivência livre de progressão (SLP).

Resultados: Foram incluídos nesta revisão 34 doentes tratados com protocolos contendo venetoclax entre 11/2019 e 06/2023. 55,9% eram do sexo feminino, a idade mediana ao diagnóstico foi 64,9 anos e de início de tratamento foi 70,5 anos. ECOG $\geq$ 1 em 97,1%. A IgHV era não mutada em 70,6%, não foi pesquisado em 26,5%. Del17p presente em 5 doentes e mutações TP53 em 2, encontrando-se os 7 doentes em linhas terapêuticas $\geq$ 2. O critério de início de tratamento mais frequente foi a linfocitose progressiva (50%). 16 doentes receberam tratamento em 1ª linha com venetoclax+obinutuzumab (Ven-O). Em linhas subsequentes foram tratados 15 doentes com venetoclax+rituximab (Ven-R) e 3 venetoclax (Ven) em monoterapia. A média de linhas terapêuticas prévias foi de 1,8 (1 a 4). 91,2% dos doentes apresentaram algum tipo de toxicidade, na avaliação por grupos 93,8% e 86,7% no grupo Ven-O e Ven-R respetivamente. O evento mais frequente foi a neutropenia (64,7%) sendo grau $\geq$ 3 em 36,6%. Em 8,8% foi identificada lise tumoral de grau $\geq$ 4 com 1 morte. A terapêutica foi interrompida em 44,1%, sendo a principal causa a neutropenia (53,5%). 5 doentes descontinuaram a terapêutica, 2 no grupo Ven e 3 no grupo de Ven-R. A taxa de resposta global (RC+RP) foi 70,6%, sendo 93,8% no grupo de Ven-O, 53,3% no Ven-R e 33% no Ven. A SO foi de 89% e a SLP foi de 73% com um tempo médio de follow-up de 21 meses.

Conclusão: Atualmente o venetoclax é uma opção terapêutica essencial na LLC em primeira linha ou em recaída. A terapêutica em combinação com Acs anti-CD20 e por um período finito de tempo é uma alternativa eficaz e segura à imunoquimioterapia. Neste estudo confirmou-se o seu perfil de eficácia, toxicidades aceitáveis e taxas de sobrevivência elevadas.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 28 - CHOQUE EM DOENTES COM LEUCEMIA MIELOBLÁSTICA AGUDA: AVALIAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ATUAÇÃO NUMA UNIDADE HOSPITALAR DE REFERENCIAÇÃO TERCIÁRIA

Inês Henriques¹, Pedro Amorim Machado², Marta Pereira², Emília Cortesão², Ana Bela Sarmento-Ribeiro², Catarina Geraldes²

¹Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, ²Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Unidade Local de Saúde de Coimbra

Introdução: A Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) é uma neoplasia agressiva, caracterizada por falência medular e neutropenia. A terapêutica mielossupressora para remissão completa também causa neutropenia, aumentando o risco de infeção, neutropenia febril (NF), sépsis e choque séptico (CS). Este estudo compara os cuidados prestados a doentes com LMA e CS com as guidelines da Surviving Sepsis Campaign (SSC).

Métodos: Analisaram-se retrospectivamente doentes com LMA e choque ao longo de 3 anos. Avaliaram-se características da doença, abordagens terapêuticas e desfechos.

Resultados: 37 doentes (48.6% homens, mediana 62.2 anos) foram diagnosticados com choque. 35.1% tinham LMA com alterações genéticas recorrentes, 18.9% com mutações associadas a mielodisplasia, 24.3% NOS e 8.1% NOS transformada. O intervalo mediano entre diagnóstico e choque foi 1.6 meses; em 35.1%, o choque ocorreu durante o internamento inicial. A NF foi diagnosticada em 73%, com início após uma mediana de 14 dias de internamento; em 22.2%, foi identificada na urgência. O choque foi diagnosticado em média 1 dia após a NF; 27.8% foram diagnósticos simultâneos, e 13.5% dos doentes já apresentavam critérios na urgência. A etiologia foi séptica em 97.3% dos casos. Todos iniciaram antibioterapia empírica, sendo meropenem (n=10), cefepime (n=9) e piperacilina/tazobactam (n=8) os mais usados. Em 75.7%, isolou-se pelo menos um germen nas culturas microbiológicas, sendo *Klebsiella* spp o mais frequente (17 isolados). Em 55.6%, a antibioterapia foi ajustada com base nos testes de sensibilidade. Todos os doentes tiveram disfunção cardiovascular; 13.5% apenas disfunção cardiovascular e 32.4% duas disfunções de órgão. A disfunção respiratória foi a segunda mais comum (67.6%). O suporte aminérgico foi feito com noradrenalina (NA) (81.1%), e 13.5% usaram NA associada a dopamina. 18.9% foram admitidos em cuidados intermédios ou intensivos. Em 43%, o desfecho fatal ocorreu ainda sob aminas; 57% recuperaram, mas 25.6% morreram devido a complicações do choque. 10.8% estavam vivos na última observação; 67.6% morreram devido ao choque, e 12.1% de doença progressiva. A mediana de sobrevivência após o choque foi de 9 dias, e a sobrevivência global após LMA foi de 123 dias.

Conclusão: O CS na LMA ocorre rapidamente após NF, com disfunção multiorgânica frequente. Mesmo com resolução cardiovascular, mais de 25% dos doentes faleceram. Cerca de 70% morreram devido à sépsis e CS, com mediana de sobrevivência de 7 dias.

Palavras-Chave: Leucemia Mieloblástica Aguda, Neutropenia Febril, Sépsis, Choque Séptico, Suporte Aminérgico



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badiol (*ULS São João*)

PO 29 - A RARE COMBO OF SPTA1 VARIANTS DEFYING NGS

Leonardo Maia Moço¹, Maria Fátima Ferreira², Fernanda Trigo²

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, ²Serviço de Hematologia Clínica; Unidade Local de Saúde de São João, EPE

Introduction: Hereditary spherocytosis (HS) is the most common inherited red blood cell (RBC) membrane disorder leading to hemolytic anemia in Caucasians. Mutations in the α -spectrin (SPTA1) gene, which disrupt the vertical interactions between the cytoskeleton and membrane, compromise cell integrity. Here, we report a unique combo of SPTA1 variants, expanding the genetic landscape of HS.

Aim: To discuss a poorly characterized full SPTA1 deletion and the imposed diagnostic challenges.

Methods: Retrospective case analysis.

Case description/Results: We present a four-year-old boy with a severe transfusion-dependent, Coombs-negative, hemolytic anemia. Blood work showed microcytosis, hypochromia, normal MCHC and an increased RDW. However, iron studies and hemoglobin electrophoresis were normal, and X-linked sideroblastic anemia was excluded. Abdominal ultrasound showed biliary sludge and a 14cm spleen. After splenectomy, the patient achieved transfusion independence. The diagnosis of HS was then proposed based on clinical history and a blood smear showing polychromasia and spherocytes. A recessive hereditary pattern was suggested as both parents had normal blood counts. To better explore the genotype-phenotype correlation, next-generation sequencing (NGS) was performed, revealing a full SPTA1 deletion, along with the α^{LEPRA} polymorphism, apparently in homozygosity. Further testing, such as microarrays, whole exome sequencing, or parental studies, is recommended to confirm these findings.

Conclusion: The α^{LEPRA} polymorphism, a rare deep intronic splicing variant, reduces the amount of normal α -spectrin produced from the affected allele to approximately 16%. Even though, this alteration alone does not fully explain this severe phenotype because erythroid cells overproduce α -spectrin. On the other hand, large deletions constitute a well-known pitfall of NGS, highlighting the importance of extending its coverage or complementing it with more sensitive techniques. To our knowledge, up to now, only *Hein et al.*, in 2019, identified a full SPTA1 gene deletion (NC_000001.11:g.(?_158656337)_(158581024_?) together with α^{LEPRA} in trans, also causing a recessive, severe phenotype. In summary, this rare case presents challenges in integrating complex clinical, analytical and molecular findings, while also highlighting the limitations of NGS in studying hemoglobinopathies, emphasizing the need for alternative genetic tests when clinical and laboratory findings are incongruent.

Palavras-Chave: red blood cell, hemolytic anemia, hereditary spherocytosis, SPTA1, next-generation sequencing



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 30 - SÍNDROME SHWACHMAN-DIAMOND: DA VARIABILIDADE FENOTÍPICA À PROGRESSÃO PARA SMD – ESTUDO DE UMA FAMÍLIA

Pedro Amorim Machado¹, Carina Leal², Fernando Miguel³, Mafalda Santos⁴, Sérgio Sousa⁴, Joana Desterro⁵, Janet Pereira⁶, Margarida Coucelo⁶, Catarina Gerales⁷, Joana Azevedo⁷

¹Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Unidade Local de Saúde de Coimbra, ²Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Leiria, ³Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar de Leiria, ⁴Serviço de Genética Médica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Unidade Local de Saúde de Coimbra, ⁵Serviço de Hematologia Clínica, Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPO), ⁶Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Unidade Local de Saúde de Coimbra, ⁷Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – Unidade Local de Saúde de Coimbra; Laboratório de Oncobiologia de Hematologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introdução: A síndrome de Shwachman-Diamond (SDS) é uma doença genética autossómica recessiva rara, caracterizada por insuficiência pancreática exócrina, neutropenia com falência medular e risco aumentado de progressão para síndrome mielodisplásica (SMD) e leucemia mieloide aguda (LMA). Cerca de 90% dos doentes com SDS possuem mutações bialélicas no gene SBDS, afetando a maturação ribossómica e desenvolvimento hematopoiético. A evolução para SMD/LMA ocorre em ~10-30% dos casos, com um prognóstico em geral particularmente desfavorável.

Casos Clínicos: Sexo masculino, 35 anos, diagnosticado com SDS em 2023 com mutações em heterozigotia composta no gene SBDS (c.183_184delTAinsCT e c.258+2T>C). Apresentava lipomatose pancreática extrema (grau 2b) e insuficiência pancreática exócrina com diarreia crónica, baixa estatura (-2,24 DP), infeções recorrentes na infância e sequelas de traumatismo cranioencefálico (TCE) accidental aos 10 anos (hemiparésia atáxico-espástica e disartria). Inicialmente com leucopenia, evoluiu para pancitopenia severa, com aquisição de mutação somática TP53 H178fs*3 (VAF 47%) na avaliação medular, sem excesso de blastos (3.2%), cariótipo sem metafases, mas sem del20q ou 17p por FISH. Tem uma irmã sem neutropenia nem manifestações aparentes, cujo estudo familiar demonstrou a presença de uma das mutações (c.258+2T>C) em homozigotia, tendo-se posteriormente confirmado a substituição lipomatosa do pâncreas. Da história familiar, salientava-se a mãe falecida aos 62 anos por SMD noutro centro, a cuja amostra histórica tivemos acesso, tendo sido possível documentar a presença das mesmas mutações encontradas no filho.

Conclusão: Esta família ilustra a heterogeneidade da apresentação fenotípica do SDS, e o risco de progressão para SMD, enfatizando a necessidade da vigilância contínua nestes doentes devido ao alto risco de transformação maligna, que se associa a mau prognóstico, frequentemente via aquisição de mutações TP53 somáticas e/ou cariótipo complexo. A identificação de um quadro de SDS subjacente exige um elevado grau de suspeição, particularmente em doentes sem neutropenia ou manifestações mais típicas, estando indicada a pesquisa deste (e outros) síndromes de predisposição particularmente em neoplasias mielóides em idade jovem. Salientamos a importância da cooperação entre diferentes centros, que se revelou crucial para um diagnóstico adequado desta família, com impacto na escolha de potenciais doadores e aconselhamento genético familiar.

Palavras-Chave: Síndrome Shwachman-Diamond, Síndrome Mielodisplásica, Estudo Genético Familiar, Variabilidade Fenotípica



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 31 - TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS EM DOENÇAS AUTOIMUNES COM ATINGIMENTO SISTÊMICO

Mário Sousa-Pimenta¹, Inês Ramos¹, Rita Coutinho¹, Filipa Moita¹, Manuel Guerreiro¹, Catarina Dantas¹, Gil Brás¹, Luís Leite¹, Rosa Branca¹, Carlos Pinho Vaz¹, José Mário Mariz¹

¹Serviço de Hematologia e Transplante de Medula Óssea do IPO do Porto

Introdução: As doenças autoimunes (DAI) com atingimento sistémico condicionam significativa morbimortalidade. Em doentes refratários ou intolerantes à imunossupressão ou DMARDs (fármacos modificadores de doença reumatológica), o transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos (ATPH) pode revelar-se uma estratégia terapêutica eficaz pelo efeito imunossupressor induzido pelo regime de condicionamento e pela reconstituição imunológica subsequente.

Objetivo: Avaliar a eficácia do ATPH na terapêutica de DAI refratárias ou intolerantes a DMARDs no nosso centro.

Métodos: Doze doentes (esclerose sistémica [ES]=10, lúpus eritematoso sistémico [LES]=1, miastenia gravis [MG]=1) com doença refratária ou progressiva foram submetidos a ATPH após mobilização de progenitores por via periférica com ciclofosfamida e G-CSF. Foi estimado o impacto da estratégia terapêutica na sobrevida, função cardiopulmonar (Δ FEVE, Δ FEV1/FVC, Δ DLCO) e necessidade de terapêutica imunossupressora subsequente.

Resultados: A mediana de idade dos doentes submetidos a ATPH foi de 44.5 anos [19, 59]. Onze casos foram alvo de condicionamento com CyATG e um caso de ES com BEAM, sendo o seguimento mediano de 38.5 meses [0, 147]. Considerando os casos de ES (n=10), foi registado um óbito relacionado com o procedimento (causa cardíaca). Após a terapia celular, um doente progrediu e 66.6% (n=6) suspenderam DMARDs em contexto de melhoria clínica. Na ES, a avaliação pós *versus* pré-transplante aferiu um $\mu\Delta$ FEVE=-4,17% (p=0,46), $\mu\Delta$ FEV1/FVC=+9.47% (p=0,08), $\mu\Delta$ DLCO=+8.20% (p=0,03). O doente com LES apresentou resposta completa e suspendeu terapêutica. A doente com MG progrediu após ATPH, mantendo necessidade de imunossupressão.

Conclusão: O ATPH representa uma estratégia terapêutica eficaz em doentes com DAI refratária ou intolerantes a DMARDs. A ES foi a indicação mais frequente, sendo que na nossa coorte registou-se independência subsequente de imunossupressores em 66% dos casos e uma melhoria significativa da capacidade de difusão alveolar-capilar (sem diferenças significativas no Δ FEV1/FVC - potencialmente associada à reorganização tecidual prévia das vias respiratórias decorrente da DAI). Apesar de $\mu\Delta$ FEVE=-4.17%, o mesmo não é significativo e traduz um potencial *acute on chronic damage* infligido no miocárdio pelo regime de condicionamento – motivo pelo qual a aferição da reserva fisiológica basal é fundamental.

*Sem conflitos de interesse.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

Transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos em doenças autoimunes com atingimento sistémico

Introdução:

As doenças autoimunes (DAI) com atingimento sistémico condicionam significativa morbimortalidade. Em doentes refratários ou intolerantes à imunossupressão ou DMARDs (fármacos modificadores de doença reumatológica), o transplante autólogo dos progenitores hematopoiéticos (ATPH) pode revelar-se uma estratégia terapêutica eficaz pelo efeito imunossupressor induzido pelo regime de condicionamento e pela reconstituição imunológica subsequente.

Objetivo:

Avaliar a eficácia do ATPH na terapêutica de DAI refratárias ou intolerantes a DMARDs no nosso centro.

Métodos:

Doze doentes (esclerose sistémica [ES]=10, lúpus eritematoso sistémico [LES]=1, miastenia gravis [MG]=1) com doença refratária ou progressiva foram submetidos a ATPH após mobilização de progenitores por via periférica com ciclofosfamida e G-CSF. Foi estimado o impacto da estratégia terapêutica na sobrevida, função cardiopulmonar (Δ FEVE, Δ FEV1/FVC, Δ DLCO) e necessidade de terapêutica imunossupressora subsequente.

Resultados:

A mediana de idade dos doentes submetidos a ATPH foi de 44.5 anos [19, 59]. Onze casos foram alvo de condicionamento com CyATG e um caso de ES com BEAM, sendo o seguimento mediano de 38.5 meses [0, 147]. Considerando os casos de ES (n=10), foi registado um óbito relacionado com o procedimento (causa cardíaca). Após a terapia celular, um doente progrediu e 66.6% (n=6) suspenderam DMARDs em contexto de melhoria clínica. Na ES, a avaliação pós *versus* pré-transplante aferiu um $\mu\Delta$ FEVE=-4.17% (p=0.46), $\mu\Delta$ FEV1/FVC=+9.47% (p=0.08), $\mu\Delta$ DLCO=+8.20% (p=0.03). O doente com LES apresentou resposta completa e suspendeu terapêutica. A doente com MG progrediu após ATPH, mantendo necessidade de imunossupressão.

Conclusão:

O ATPH representa uma estratégia terapêutica eficaz em doentes com DAI refratária ou intolerantes a DMARDs. A ES foi a indicação mais frequente, sendo que na nossa coorte registou-se independência subsequente de imunossupressores em 66% dos casos e uma melhoria significativa da capacidade de difusão alveolar-capilar (sem diferenças significativas no Δ FEV1/FVC - potencialmente associada à reorganização tecidual prévia das vias respiratórias decorrente da DAI). Apesar de $\mu\Delta$ FEVE=-4.17%, o mesmo não é significativo e traduz um potencial *acute on chronic damage* infligido no miocárdio pelo regime de condicionamento – motivo pelo qual a aferição da reserva fisiológica basal é fundamental.

*Sem conflitos de interesse.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 32 - MIELOMA MÚLTIPLO DE ULTRA ALTO RISCO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO COM O PROTOCOLO DARATUMUMAB, CICLOFOSFAMIDA, BORTEZOMIB, LENALIDOMIDA E DEXAMETASONA

Joana Vieira¹, Isabel Paulos Mesquita¹, Helena Martins¹, João Forjaz-Lacerda², Graça Esteves¹

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, ULS Santa Maria, ²Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula, ULS Santa Maria; Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal; Gulbenkian Institute for Molecular Medicine (GIMM), Lisboa, Portugal

Introdução: o tratamento (tto) do mieloma múltiplo (MM) de alto risco e ultra alto risco (UAR) permanece um desafio na era atual. Este subgrupo de doentes (dts) necessita urgentemente de uma abordagem personalizada, que permita indução de respostas profundas e duradouras.

Objetivos / Métodos: estudo retrospectivo unicêntrico, com o objetivo de analisar as características clínicas de dts com MM-UAR recém-diagnosticado elegíveis para tto intensivo, e avaliar taxas de resposta à terapêutica e toxicidade com a utilização de um quintupeto constituído por daratumumab, ciclofosfamida, bortezomib, lenalidomida e dexametasona (Dara-CVRd), de acordo com o estudo OPTIMUM (MUKnine): indução com Dara-CVRd, transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos (TAPH) com condicionamento com melfalan em alta dose, consolidação com Dara-VR(d) e manutenção com Dara-R. UAR definido por ≥ 2 alterações citogenéticas de alto risco (HRCA) [t(4;14), t(14;16), t(14;20), del(1p), ganho(1q) e del(17p)] ou leucemia a plasmócitos primária (LPP).

Resultados: incluídos 4 dts, com idades entre 37-71 anos, tratados entre Março/23 e Julho/24. Todos com LPP, com plasmócitos em sangue periférico ao diagnóstico 15-36%. Todos exceto 1 apresentavam HRCA's, a mais frequente ganho(1q) em 3dts, seguida de del(17p) em 2dts, t(4;14) e t(14;16) presentes em simultâneo em 1dt e del(1p) em 1dt. Todos os dts com HRCA's apresentavam ≥ 2 anomalias. ISS II 1, ISS III 3; R-ISS II 2, R-ISS III 2; R2-ISS III 1, R2-ISS IV 3. Características clínicas basais: lesões líticas em 4 dts, anemia e insuficiência renal em 3 dts e hipercalcémia em 2 dts. Os dts incluídos cumpriram ≥ 2 ciclos de tto (3 na fase de indução e 1 na fase de consolidação, à data desta análise). Todos atingiram $\geq$ RP após o 1º ciclo. À data desta análise, 1 dt com RC (indução), 2 MBRP (1 na indução e 1 na consolidação, com DRM- ao D+100) e 1 RP (indução, apenas 2 ciclos realizados). Os efeitos adversos mais comuns foram anemia (grau ≥ 3 em 2 dts), neutropenia (grau ≥ 3 em 2 dts), trombocitopenia (grau ≥ 3 em 2 dts), infeção (grau ≥ 3 em 2 dts) e neuropatia periférica (grau ≥ 3 em 1 dt). 1 dt faleceu na indução por toxicidade (infeção) e 1 descontinuou bortezomib na consolidação por neuropatia grau 3.

Conclusão: esta é uma análise de uma associação de 5 agentes numa população de muito alto risco, em que demonstrámos a sua exequibilidade em ambulatório, com uma toxicidade congruente com a descrita na literatura e uma taxa de resposta global de 100%.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 33 - AMILOIDOSE AL - MAIS VALIAS DE REFERENCIAÇÃO PRECOCE A EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE CUIDADOS PALIATIVOS DA ÁREA DE RESIDÊNCIA

Sofia Amado Durão¹, Carolina Afonso², Catarina Mota Pereira¹, Ana João Carvalho¹, Luís Rito², Catarina Faria¹, Catarina Gerales²

¹ULS Região de Leiria, ²ULS Coimbra

Introdução: A amiloidose de cadeias leves (AL) é a forma mais comum de amiloidose, caracterizando-se pela deposição multisistémica de cadeias leves livres monoclonais. Com idade mediana ao diagnóstico de 64 anos, o envolvimento cardíaco está presente até 80% doentes (1), sendo a principal causa de mortalidade e condicionado sintomas limitantes.

Objectivo: Caso clínico de amiloidose AL c/ envolvimento da Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos (EIHSCP) da área de residência (AR).

Material e Métodos: Homem, 63 anos, autónomo. Diagnosticado com Amiloidose AL com envolvimento cardíaco em março/2023. Abandonou seguimento, tendo retomado em outubro/2023; nesta data, com ECOG 3 e Amiloidose AL estágio IV (*Revised Mayo Staging System*). Proposto para terapêutica com daratumumab-VCd (D-VCd), segundo ensaio ANDROMEDA. Não candidato a transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos pela disfunção cardíaca grave. Iniciou seguimento por EIHSCP do hospital da AR em dezembro/2023 para controlo sintomático e apoio a familiar. Após 6 ciclos D-VCd (2 ciclos interrompidos na sequência de internamentos por insuficiência cardíaca descompensada), apresenta critérios de resposta hematológica completa e de resposta cardíaca.

Resultados: Após discussão do caso com cardiologia, foi necessário complementar a terapêutica diurética oral com endovenosa (EV). Tal implicaria deslocação a unidade de saúde hospitalar. Dispondo a EIHSCP AR de hospital de dia, o doente passou a deslocar-se 3x/dia para administração de furosemida EV (inicialmente 2id, actualmente id). Face à frequência de terapêutica EV, foi colocado cateter central de inserção periférica (PICC) em julho/2024, por equipa da Unidade de Hospitalização Domiciliária.

Pelos tratamentos decorridos, o doente não teve oportunidade de se ausentar AR para período de férias. Percebendo o impacto positivo no seu bem-estar, foi contactada Equipa Comunitária de Cuidados Paliativos que abrangia local e que administrou furosemida EV durante esse período. Actualmente, o doente está sob D-mensal (recomendado até 24 ciclos/progressão), com controlo sintomático (ECOG 1)

Conclusão: Este caso clínico pretende exemplificar os benefícios do trabalho em rede (inter e intra-hospitalar) num doente complexo com amiloidose AL sob terapêutica oncológica dirigida. Através da articulação precoce a uma EIHSCP da AR, foi possível controlo sintomático global e um acompanhamento de proximidade, com impacto positivo na sua qualidade de vida.

Palavras-Chave: Amiloidose AL; Cuidados Paliativos; Controlo sintomas; Multidisciplinar



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 34 - GEMTUZUMAB OZOGAMICINA EM TERAPÊUTICA DE LEUCEMIA MIELÓIDE AGUDA DE BOM PROGNÓSTICO – EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Sara Vaz da Silva¹, Marta Pires de Lima¹, Raquel Rodrigues¹, Joana Lobato¹, Joana Desterro¹, Maria Gomes da Silva¹, Albertina Nunes¹

¹Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O Gemtuzumab ozogamicina (GO) é um anticorpo monoclonal anti-CD33, conjugado com um medicamento (ADC). Aprovado em 2000 na Leucemia Mielóide Aguda (LMA), foi descontinuado 10 anos depois por toxicidade excessiva. Estudos posteriores ajustaram a dose para 3mg/m², repetida 3x na indução e 1x nas 2 consolidações (C), com toxicidade aceitável pelo que foi aprovado e reintroduzido em 2017. O objetivo deste trabalho é descrever a eficácia e toxicidade do GO em doentes (dts) LMA quando utilizado conforme a indicação aprovada.

Métodos: Estudo unicêntrico e retrospectivo que incluiu dts com LMA tratados com quimioterapia associada a GO entre 2021 e 2024 num centro de referência. Registaram-se as características clínico-biológicas, a resposta ao tratamento e as toxicidades relevantes.

Resultados: Incluíram-se 10 dts com mediana de idade 41 [18-63] anos, 90% com Performance Status 0-1 ECOG. A LMA era secundária a terapêutica para neoplasias prévias em 20% dts, 40% dos casos apresentava rearranjo do RUNX1-RUNX1T1 e 60% do CBFβ-MYH11. Dos dts avaliados, a taxa de remissão completa após a indução foi de 100%. A toxicidade infecciosa grau 3-4 foi de 90% na indução, 70% durante a 1ª(C) e 20% durante a 2ª(C). A trombocitopenia apresentou duração >45 dias em 20% dos dts, obrigando à suspensão do GO. A neutropenia teve uma duração mediana de 17 dias, sobreponível ao estudo. Diagnosticaram-se 2 casos de síndrome de ativação macrofágica (MAS), resolvidos com corticoterapia. Não se registou nenhum caso de síndrome veno-oclusiva, mas 30% dos dts tiveram disfunção hepática com hepatomegalia. A necessidade de internamento em UCI foi similar à literatura (10% vs 14%), sem mortalidade associada à terapêutica. 50% dos dts com neoplasia prévia recaiu e faleceu após 2ª linha. Com uma mediana de seguimento 36 meses, a sobrevivência global (OS) e a sobrevivência livre de doença (SLD) são de 90%.

Conclusão: A SLD e a OS foram muito favoráveis com os regimes terapêuticos incluindo GO na indução e (C). Neste pequeno grupo de dts a incidência e grau de toxicidade infecciosa e hematológica foi superior ao descrito na literatura. O ajuste da dose protocolada foi suficiente na redução da toxicidade hepática, mas insuficiente na redução da trombocitopenia grave, a principal toxicidade deste tratamento. Encontrámos 2 casos com critérios de MAS de rápida resolução. O benefício foi menor nos doentes com patologia secundária, tal como descrito.

Sem conflito de interesses.

Palavras-Chave: # Gemtuzumab ozogamicina, # Anticorpo monoclonal, # LMA de bom prognóstico, # inv16, # t(8;21)

Reunião anual

SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO

HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Posters Médicos

SPH SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

Posters

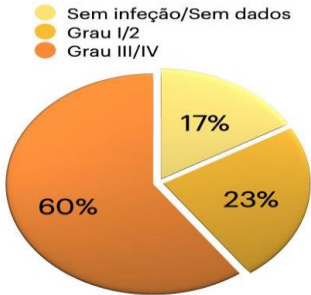
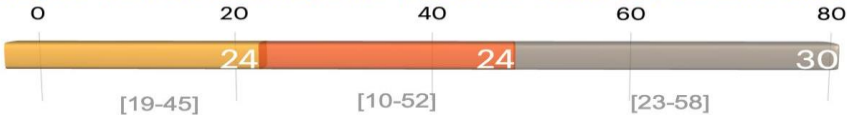
8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

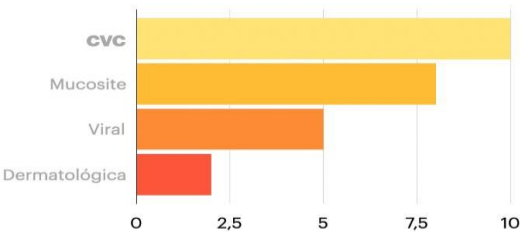
Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

Caraterísticas demográficas e da doença à admissão	N = 10
Idade, mediana (anos)	41 [18-63]
Sexo, n (%)	
Homem	7 (70%)
Mulher	3 (30%)
ECOG	
0	6 (60%)
1	3 (30%)
3	1 (10%)
Hemograma e Coagulação (mediana)	
Hemoglobina (g/dL)	10 [6,3-13,4]
Leucócitos (x10 ³ /uL)	17500 [747-81500]
Neutrófilos (x10 ³ /uL)	3 [0,4-52,9]
Blastos em sangue periférico (%)	25 [4-74]
Plaquetas (x10 ³ /uL)	52 [12-121]
Fibrinogénio (g/L)	4 [2,55-6,41]
D-Dímeros (ng/mL)	250 [85-1475]
Função hepática (mediana)	
Bilirrubina total (mg/dL)	1 [0,16-1,54]
GGT (UI/L)	62 [14-310]
FA (UI/L)	64 [50-166]
AST (UI/L)	20 [13-34]
ALT (UI/L)	29 [8-73]
Função renal (mediana)	
Creatinina (mg/dL)	0,8 [0,56-1,07]
Ácido úrico (mg/dL)	5 [3,2-8,3]
Marcadores de inflamação (mediana)	
PCR (md/dL)	1 [0,4-15,81]
VS (mm/h)	85 [68-140]
Ferritina (ng/mL)	1247 [544-5744]
Secundário a outra neoplasia	2 (20%)
Blastos em medula óssea, mediana (%)	40 [4,7-74,7]
Citogenética	
RUNX1-RUNX1T1	4 (40%)
CBFB-MYH11	6 (60%)
Avaliação cardíaca por Ecocardiograma, FE mediana (%)	67 [62-72]
Citorredução ao diagnóstico	7 (70%)

Duração da Trombocitopenia (Plaquetas <50.000/uL), mediana em dias)



Infeções GIII/IV





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 35 - CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS E ETIOLÓGICAS DAS NEUTROPENIAS FEBRIS NOS ADULTOS: ANÁLISE DE 526 CASOS

Tiago Monteiro-Brás¹, Filipe R. Pinto¹, Flávia Faria², Francisco Novela², João Matos², Hugo Cruz³, Ana Cipriano²

¹Serviço de Hematologia Clínica, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António, ²Serviço de Doenças Infecciosas, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António, ³Serviço de Microbiologia, Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António

Introdução: A neutropenia febril (NF) é uma emergência médica frequente dos doentes hematológicos. Caracteriza-se por febre e uma redução crítica no número de neutrófilos, exigindo uma avaliação rápida e um tratamento eficaz de modo a prevenir complicações potencialmente fatais.

Objetivo: Caracterizar a população de doentes com NF num centro hospitalar terciário.

Métodos: Estudo observacional retrospectivo unicêntrico, que incluiu doentes adultos com o diagnóstico de NF entre 2012 e 2022. Foi considerada neutropenia uma contagem ≤ 500 neutrófilos/ μL em sangue periférico, e febre a presença de temperatura auricular $\geq 38^\circ\text{C}$.

Resultados: Identificaram-se, no total, 867 episódios de neutropenia, dos quais 526 correspondiam a NF, de 441 doentes. A mediana de idades foi de 62 anos [51-69], e 305 (58%) dos episódios ocorreram em doentes do sexo masculino. O índice de comorbilidade de *Charlson* mediano foi de 4 [3-6], correspondendo a uma taxa de sobrevivência em 10 anos de 53%. A duração mediana dos internamentos foi de 14 dias [7-28]. Dos 526 episódios, 360 (68%) ocorreram em doentes com neoplasias hematológicas, sendo as leucemias agudas as mais comuns, em particular as mieloides. O score de CISNE apresentou uma mediana de 2 [1-2], representando neutropenias de risco intermédio. A antibioterapia empírica mais utilizada foi Piperacilina-Tazobactam (46%), seguida dos Carbapenemos (39%), em particular o Imipenem. Na grande maioria dos casos, não foi possível identificar agentes microbiológicos específicos. Nos casos identificados, 95% das infeções foram bacterianas, das quais 74% Gram negativos (39% *Escherichia coli*, 22% *Klebsiella pneumoniae* e 16% *Pseudomonas aeruginosa*) e 27% Gram positivos (26% *Staphylococcus aureus*, 13% *Staphylococcus epidermidis*, 10% *Streptococcus viridans* e 8% *Enterococcus faecalis*). Desde 2016, foram realizados 115 rastreios de enterobactérias produtoras de carbapenemases, com um aumento significativo dos pedidos em 2022, resultando na identificação de 32 casos de colonização. A mortalidade global foi de 23%.

Conclusão: As NF são complicações graves nos doentes com neoplasias hematológicas, em especial nas leucemias agudas, refletindo a vulnerabilidade desta população. Embora não seja possível identificar o agente etiológico na maioria dos episódios, a caracterização detalhada dos casos em que isso é exequível é crucial para adequar a antibioterapia empírica à epidemiologia local.

Palavras-Chave: Neutropenia Febril



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (ULS Trás-os-Montes e Alto Douro), Elisabete Luís (Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal), Teresa Melo (ULS Gaia e Espinho), Margarida Badior (ULS São João)

PO 36 - DREPANOCITOSE: QUANDO A HOMOZIGOTIA DE HEMOGLOBINA S É APENAS O INÍCIO

Ivo Barreiros¹, Luís Relvas¹, José P. Silva¹, Elisabete Cunha¹, Janet Pereira¹, João Gomes¹, Tabita Maia¹, Celeste Bento¹

¹Unidade Funcional de Hematologia Molecular, Serviço de Hematologia Clínica, ULS Coimbra

Introdução: A drepanocitose é a hemoglobinopatia estrutural mais frequente em todo o mundo e resulta de uma mutação pontual com substituição do 2º nucleótido do 7º codão do gene HBB, que codifica a cadeia β levando à substituição do aminoácido ácido glutâmico por uma valina. Consequentemente, a valina induz na molécula de hemoglobina (Hb) uma atração hidrofóbica entre cadeias β adjacentes levando, quando no estado homozigótico, a uma polimerização de moléculas de Hb com alteração na forma dos eritrócitos, o que leva a desidratação celular, aumento da hemólise e interações anormais com outras células do plasma. Para além da homozigotia para a variante (SS) existem outras formas de doença falciforme, em que apenas um dos alelos produz HbS, com herança em trans de outras mutações. Várias alterações adicionais podem estar presentes no outro alelo, como β -talassemia ou variantes de Hb. As manifestações clínicas de cada uma dessas síndromes falciformes são distintas entre si, sendo, atualmente, conhecidos mais de 15 genótipos diferentes.

Objectivo: Identificar as diferentes formas de apresentação cromatográfica da drepanocitose, e, em associação com o estudo genético, avaliar a prevalência de heterozigotia composta, Hb S com outra variante, em doentes com drepanocitose.

Material/Métodos: Análise retrospectiva de doentes que realizaram estudo de hemoglobinas por HPLC com posterior estudo de variantes das β -globinas por sequenciação de Sanger e MLPA, nos casos suspeitos de drepanocitose.

Resultados: Desde 2023 a Abril 2024, num total de 2200 HPLC, foram estudados 88 doentes com drepanocitose. Destes 6 apresentavam heterozigotia composta HbS/HbC, 3 HbS/ $\beta^{IVSI-110(G>A)}$ tal, 2 HbS/ $\beta^{IVSI-1(G>A)}$ tal, 1 HbS/ β^{Del} tal, 1 HbS/HbD, 1 HbS/HbLepore e 1 HbS/HbE.

Conclusão: Em Portugal não há registo de doentes com drepanocitose (valor estimado ~2000). No que respeita aos estados de heterozigotia composta encontrados, verificou-se que os mais frequentes são HbS/HbC e HbS/ β tal, no entanto, devido ao aumento dos fluxos migratórios, tem-se vindo a verificar o aparecimento de novas combinações genotípicas associadas a diferentes graus de severidade. Só neste estudo, encontraram-se 8 genótipos diferentes, pelo que o número de genótipos que podem causar drepanocitose deverá ser muito superior aos 15 esperados. Neste contexto, realça-se a importância dos estudos de hemoglobina e dos estudos moleculares, e da sua correlação com os parâmetros hematológicos e história clínica e familiar.

Palavras-Chave: Drepanocitose, Heterozigotia Composta, HPLC, Sanger, MLPA



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélcio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 37 - ANOMALIA DE MAY HEGGLIN E SAAF: ANTICOAGULAR OU NÃO?

Inês L. Gonçalves¹, Guadalupe Ferreira Gomes¹, Júlia Henriques², Karanini Ferreira², Mileydy Loaiza², Cândido Silva², Cristina Gamas², Ana Jorge¹, Ana Paula Azevedo², Celina Afonso³

¹Serviço de Hematologia Clínica, Hospital de São Francisco Xavier - ULS Lisboa Ocidental, ²Serviço de Patologia Clínica, Hospital de São Francisco Xavier - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, ³Serviço de Hematologia Clínica, Hospital de São Francisco Xavier - Centro Hospital Lisboa Ocidental

Introdução: A anomalia de May Hegglin (AMH) é uma doença rara, autossómica dominante, caracterizada por plaquetas macrocíticas diminuídas e disfuncionais, com trombocitopenia que varia entre 10 000/uL -70 000/uL e com corpos de inclusão nos granulócitos. Os doentes podem ser assintomáticos ou apresentar hemorragias ligeiras, embora estejam descritos casos raros com hemorragia grave. O síndrome antifosfolipídico (SAAF) é uma doença auto-imune (DAI) caracterizada pela presença de anticorpos antifosfolipídicos e complicações trombóticas e obstétricas, pelo que o tratamento consiste na terapêutica com anticoagulantes, desconhecendo-se a via afectada na coagulação, pelo que a escolha do tipo e dose de anticoagulante não estão definidos. Descreve-se o caso de uma mulher de 44 anos referenciada com diagnósticos de trombocitopenia idiopática (nadir de 12 000/uL) e SAAF diagnosticado na sequência de pré-eclâmpsia e HELLP na gravidez. Aos 17 anos foi-lhe proposta esplenectomia, que recusou, mantendo terapêutica errática com corticóides, com resposta parcial e transitória. Na consulta de DAI foi proposta imunossupressão que recusou. Actualmente, medicada ácido acetilsalicílico, sem novos eventos trombóticos. Durante o estudo inicial no nosso centro, tinha 17 000/uL plaquetas, e detectou-se com o sistema Scpio plaquetas gigantes e inclusões neutrofílicas. A observação pelo citopatologista confirmou a presença de inclusões basofílicas nos neutrófilos e plaquetas gigantes, compatíveis com a Anomalia de May-Hegglin.

Não se iniciou terapêutica anticoagulante, dado que a doente não teve novos fenómenos trombóticos após os eventos na gravidez, assumindo-se a trombocitopenia associada a AMH como factor protector.

Discussão: A AMH pode apresentar desafios durante a gravidez e estar associada a mau prognóstico quer para a mãe, quer para o recém-nascido devido a complicações hemorrágicas. Este raro caso coloca à discussão o facto de esta trombocitopenia hereditária poder funcionar como factor protector nesta co-ocorrência com a trombofilia (SAAF). Existem guidelines para o SAAF, mas não para doentes com doenças hemorrágicas hereditárias. Dada a raridade da concomitância destas duas patologias, não é possível basear as nossas decisões clínicas na evidência. O caso relembra o papel fundamental do esfregaço de sangue periférico - embora impossível garantir em todos os doentes dado o elevado fluxo de lâminas diário, pode complementar-se por ferramentas informatizadas.

Palavras-Chave: Anomalia May Hegglin, Anti-coagulação, SAAF



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélito Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 38 - EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERIZATION OF CHRONIC MYELOID LEUKEMIA PATIENTS AT A REFERENCE CENTER: A RETROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY

Ana Maria Meireles¹, Rita Calisto¹, Maria José Bento¹, Cláudia Moreira¹, Ana Espírito Santo¹, Mário Mariz¹

¹IPO Porto

Introduction: Chronic Myeloid Leukemia (CML) is a hematological malignancy with a favorable prognosis. However, optimal management in Portugal remains unclear due to differences between clinical trial populations and real-life settings, as well as limited characterization of clinical practice.

Objective: To describe CML patients treated at a reference center.

Methods: A retrospective unicentric study included CML patients treated from 2012 to 2022. Data on demographics, treatments, responses, adverse effects (AEs), and survival were collected from the oncological registry and clinical records. Patients without data, those in clinical trials, and those admitted solely for hematopoietic transplant were excluded.

Results: Ninety-nine patients were included, with a median age of 52 years [7-84] at diagnosis. First-line treatment was imatinib in 96 patients; 17 discontinued while maintaining response, and 33 required second-line dasatinib. Responses included 95 patients achieving cytogenetic response (96%), 90 major molecular response (94%), and 71 deep molecular response (74%), comparable to clinical trials. At 3 months, early molecular response was 77%. Among 67 evaluated at 12 months, 93% achieved complete cytogenetic response, and 49% major molecular response, indicating slower deep response in imatinib patients. Imatinib and dasatinib were well tolerated, with 5% and 12% of patients experiencing grade 3 or 4 AEs, respectively; pleural effusion was notable for dasatinib. The median follow-up was 8 years, with a 5-year overall survival rate of 96%.

Conclusion: Patient characteristics, responses, and survival were consistent with literature, confirming CML's favorable prognosis and imatinib's effectiveness as first-line treatment. Characterizing the Portuguese population is vital for aligning clinical practice with patient needs, potentially supporting future therapeutic decisions for CML nationally.

Palavras-Chave: "Leukemia, Myelogenous, Chronic, BCR-ABL Positive"[Mesh], "Imatinib Mesylate"[Mesh], "Tyrosine Kinase Inhibitors"[Mesh], "Myeloproliferative Disorders"[Mesh], "Epidemiology"[Mesh]



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 39 - IMPACT OF PERSONALIZED FLUDARABINE DOSING IN HSCT: A COMPARISON OF ADMINISTERED VS. PHARMACOKINETIC MODEL-BASED DOSES

Ana Maria Meireles¹, Ana Amarante¹, Beatriz Mota Catita¹, Teresa Monjardino¹, Luís Leite¹, Rita Coutinho¹, Catarina Campos Costa¹, Rosa Branca¹, Cláudia Moreira¹, Carlos Pinho Vaz¹, Mário Mariz¹

¹IPO Porto

Introduction: Fludarabine is commonly used in conditioning regimens for hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), traditionally dosed based on body surface area (BSA). Recent studies, including one published in *Blood Advances*, suggest that individualized dosing, which accounts for weight and renal function to achieve a target exposure of 20 mg*h/L, may enhance clinical outcomes. This study aimed to compare actual fludarabine doses administered to ideal doses calculated using the Sanghavi pharmacokinetic model, and to assess their impact on clinical outcomes.

Methods: This retrospective observational study included patients who underwent HSCT with reduced-intensity conditioning (FluBu), with or without ATG, between 2016 and 2022. Ideal fludarabine exposure was defined as 20 mg*h/L. Patients were categorized into optimal, above-optimal, and below-optimal exposure groups based on the calculated dose differences. Cox regression was used to evaluate the association between fludarabine exposure and 2-year outcomes, including relapse, graft failure, and non-relapse mortality.

Results: A total of 154 patients were included (median age: 55 years, 55% male). The median HCT-CI score was 1 (range: 0-7). Diagnoses included acute leukemias (39%), myeloid neoplasms (29%), lymphomas (24%), and others (8%). ATG was administered in 46% of cases (unrelated donor transplants), and HLA disparity occurred in 24%. Graft-versus-host disease (GVHD) developed in 69% of patients, and 50% experienced CMV reactivation. Graft failure occurred in 4%, and 21% relapsed. During a median follow-up of 15 months, 58% of patients died. Predictors of adverse outcomes included unrelated donors (HR 1.8; 95% CI 1.2-2.7), HLA disparity (HR 1.6; 95% CI 1.0-2.4), GVHD (HR 1.6; 95% CI 1.0-2.6), and CMV reactivation (HR 2.1; 95% CI 1.4-3.2). No significant differences were found in 2-year outcomes across different fludarabine exposure levels.

Conclusion: The lack of significant differences in clinical outcomes across fludarabine exposure categories suggests that pharmacokinetic-based dosing does not significantly affect overall outcomes in HSCT. Further prospective studies are needed to investigate the role of individualized dosing and therapeutic drug monitoring in optimizing fludarabine use in HSCT.

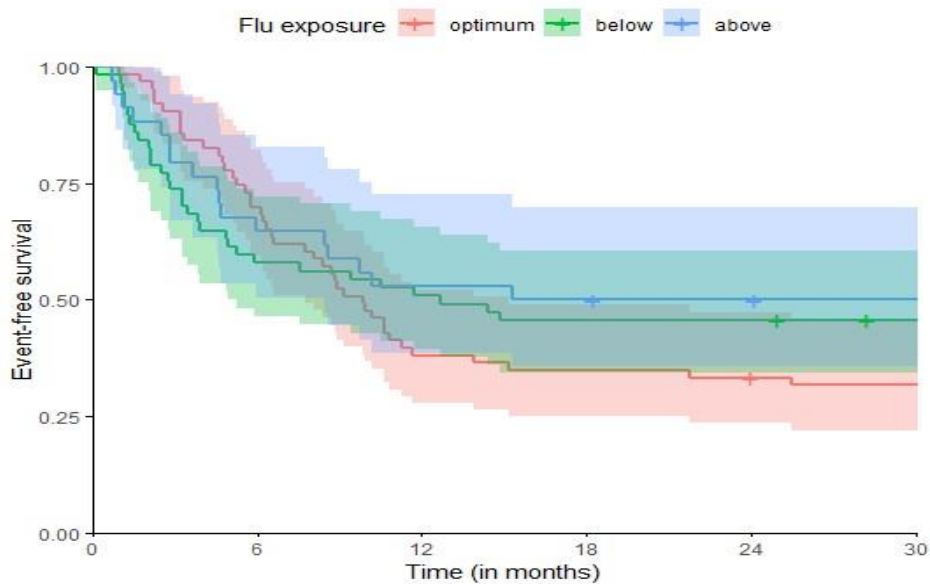


Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h30 – 18h30

Sala Posters

Moderação: Marisol Guerra (*ULS Trás-os-Montes e Alto Douro*), Elisabete Luís (*Hospital Dr. Nélio Mendonça Funchal*), Teresa Melo (*ULS Gaia e Espinho*), Margarida Badior (*ULS São João*)

PO 40 - SINDROME PLUMMER VINSON - CASO CLINICO

Erika Fernandes¹, Rita Pardal¹, Daniela Reis¹, Ana Rita Franco¹

¹ULSLO HEM

Introdução: O síndrome Plummer Vinson, também conhecido como Paterson–Brown-Kelly, é doença rara, caracterizada por uma tríade de disfagia, anemia ferropénica, anéis e teias esofágicas. Mais prevalente em mulheres de meia idade; a incidência e prevalência exactas são incertas. Está associado ao aumento do risco de carcinoma da faringe e esófago proximal.

Caso clínico: Doente caucasiana 87 anos, feminino.

Enviada à nossa consulta por Anemia ferropénica desde 2024 com fraca resposta ao ferro oral. Já seguida no serviço de Gastroenterologia por disfagia para sólidos desde há mais de 5 anos, tolerando apenas dieta pastosa. Negava disfagia para líquidos, sensação de perda ponderal, anorexia e queixas hemorrágicas.

Analiticamente apresentava valores de Hemoglobina 8.3 g/dL, VGM 73 fL, Ferritina 19 ng/ mL. Realizou Endoscopia Digestiva Alta em Fevereiro 2024, que mostrava estenose membranosa hemicircunferencial do esófago cervical, não tendo sido feito estudo patológico das membranas esofágicas.

Objectivamente apresentava glossite e queilite angular, pele e mucosas pálidas e descoradas e língua vermelho brilhante.

Analiticamente desde 2012, mantinha valores de Hemoglobina entre os 9.5-10g/dL, tendo atingido um valor estagno em 2022 de 9.2g/dL. Na nossa primeira consulta com valores analíticos de Hb 9.8g/dL, Hct 31.3%, VGM 69.6 fL, HGM 21.9 pg - Anemia Microcítica hipocromica. Leucocitos 5800, Plaquetas 348 000, Retc 0.58% # 26, VS 20mm/h, Ferro 25ug/dL, Ferritina 14.6 ng/mL, CTFF 383 ug/dL, TST 7%, Folatos 11.1 mmol/L, B12 314 pmol/L, APCA negativo, Ac. Anti- factor intrínseco negativo. Eletroforese das Proteínas séricas, função renal e hepática, ácido úrico sem alterações. Ionograma equilibrado. PCR negativo.

Foi colocada a hipótese diagnóstica do Síndrome Plummer Vinson, realizando terapêutica em Hospital Dia com 1g de Carboximaltose férrica com boa resposta hematológica. A doente melhorou da sua situação clínica, não necessitando de dilatação esofágica.

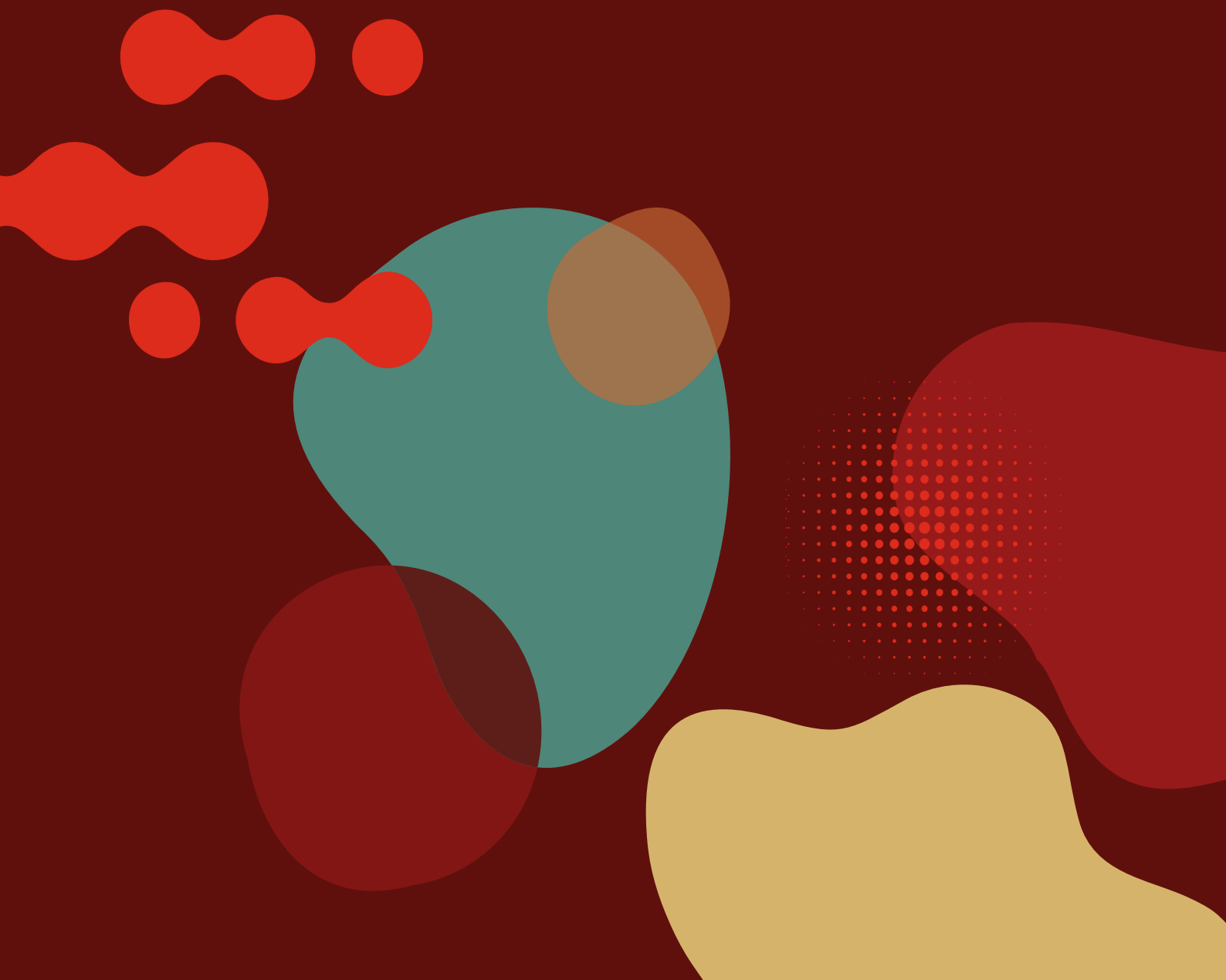
Conclusão: Embora o mecanismo de eficácia com suplementação férrica na resolução dos sintomas do síndrome de Plummer-Vinson seja ainda desconhecido, a doente em questão apresentou melhoria clínica com a correcção da anemia.

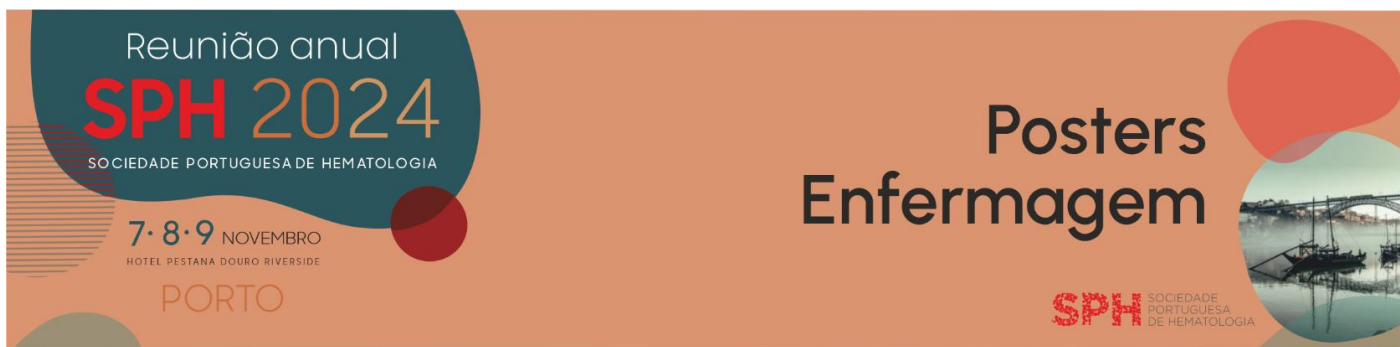
O prognóstico é geralmente bom sendo que os doentes sintomáticos beneficiam de realizar dilatação esofágica juntamente com suplementação de ferro. É essencial a identificação desta síndrome pelo aumento de risco de cancro esofágico e da faringe nestes doentes.

Palavras-Chave: anemia ferropénica, síndrome plummer vinson

POSTERS

ENFERMAGEM





Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 41 - GESTÃO DA OBSTIPAÇÃO NO DOENTE COM MM, SOB TRATAMENTO COM BORTEZOMIB: EXPERIÊNCIA NO HOSPITAL DE DIA

Cláudia Sofia Rodrigues Gaspar¹, Andreia Eliana Farroba Rocha¹, Marta Bras Crespo¹, Vânia Soraia Lourenço¹

¹ULSSM

Apesar de incurável o MM é uma doença tratável, com elevada taxa de resposta aos tratamentos. Uma das formas de tratamento é a administração subcutânea de Bortezomib. A toxicidade gastrointestinal, incluindo a obstipação, é descrita como um evento adverso frequente decorrente da administração desta terapêutica. Podem ainda, surgir casos de íleos, pelo que o doente que apresente obstipação deve ser cuidadosamente monitorizado.

A consulta de enfermagem (CE) sem presença do doente permite dar continuidade ao ensino realizado na CE presencial, capacitando o doente para a autogestão dos eventos adversos. Também garante a monitorização desse sintoma, classificação em termos de gravidade e orienta a tomada de decisão do Enfermeiro.

A “24 Hour Triage Tool”, é um instrumento baseado na CTCAE, que nos remete para a triagem e priorização dos eventos adversos por cores. O encaminhamento, passa pela educação para a saúde, alerta quantos aos sinais de agravamento, *follow up* telefónico ou observação no próprio dia.

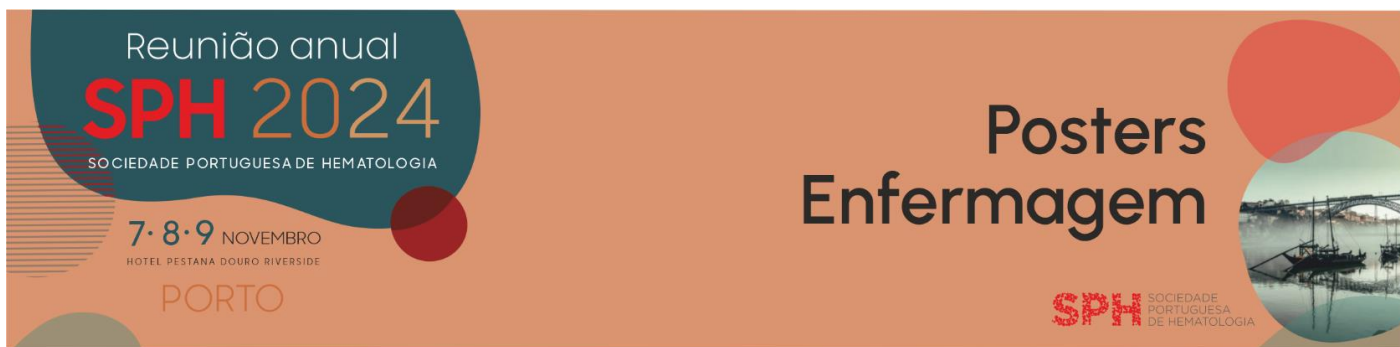
Metodologia: Estudo descritivo observacional retrospectivo

No período entre 2022 e 2023, realizaram-se 602 triagens telefónicas, sendo que um dos sintomas triados a vermelho (nível mais grave) e com maior prevalência, foi a obstipação. Uma amostra de 42 doentes com o diagnóstico de MM sob tratamento com Bortezomib apresenta obstipação. Desta amostra, 27 doentes são triados com a cor verde, 6 com a cor amarela e 9 com a cor vermelha, destes apenas 2 foram encaminhados para o serviço de urgência e, posteriormente internados.

Os restantes doentes, triados com as cores verde e amarela, seguiram as indicações da equipa de Enfermagem, assentes na capacitação para a autogestão da obstipação. Pela análise dos dados, podemos inferir que a intervenção de enfermagem contribui de forma efetiva para gestão deste evento adverso, uma vez que não se registou qualquer situação de agravamento da obstipação manifestada pelos doentes e a sua maioria foi resolvida, num curto espaço de tempo.

Concluimos assim que, capacitação dos doentes foi de facto efetiva, já que a sua maioria não teve necessidade de recorrer aos serviços de saúde e foi autónomo na gestão deste evento adverso. Deste modo, contribuímos para uma maior satisfação e qualidade de vida dos doentes, e consequentemente, a afirmação da qualidade da intervenção de enfermagem.

Sem conflito de interesses.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 42 - GESTÃO DOS DOENTES COM LLC, SOB TRATAMENTO COM VENETOCLAX-OBINUTUZUMAB: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO, EM HOSPITAL DE DIA

Cláudia Sofia Rodrigues Gaspar¹

¹ULSSM

A LLC representa 30% das leucemias em Portugal, surgindo cerca de 550 novos casos por ano. Resulta da multiplicação exagerada de Linfócitos B não funcionais, que vivem mais tempo do que as células saudáveis e que têm a capacidade de escapar à morte celular programada/apoptose.

O Venetoclax (Ven) em combinação com Obinutuzumab (Obi) é indicada para o tratamento de doentes com LLC não previamente tratados, administrado num total de 12 ciclos (28/28dias). A intervenção de enfermagem junto destes doentes centra-se inicialmente na prevenção, deteção precoce e gestão de reação infusional associada à administração de Obinutuzumab, o que irá assegurar a continuidade desta linha terapêutica.

Objetivo: Conhecer a experiência da equipa de Enfermagem do Hospital de Dia, na gestão precoce e atempada de reação infusional, garantindo a continuidade do tratamento do doente com LLC, com Ven-Obi.

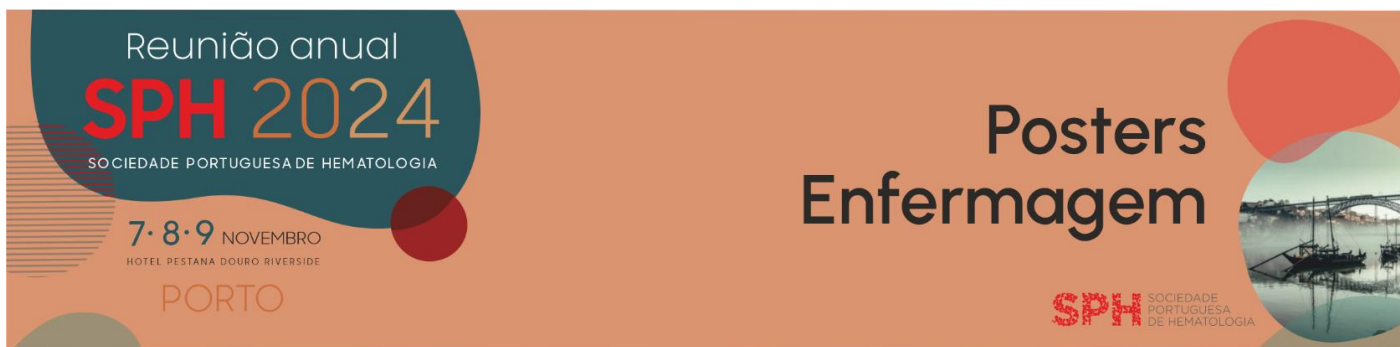
Material/Métodos: Foram analisados dados respeitantes à reação relacionada com a administração de Obinutuzumab entre Maio de 2022 e Agosto de 2024. Foram identificados 30 doentes com LLC, sob tratamento com Ven-Obi, maioritariamente do sexo masculino e com média de idades de 70,2 anos.

Resultados: A monitorização e vigilância do doente, bem como o reconhecimento precoce de sinais e sintomas pela equipa de Enfermagem permite uma atuação e gestão atempada da reação infusional, evitando o agravamento progressivo da gravidade dessa reação e consequentemente, a suspensão desta linha terapêutica.

Cerca de 50% dos doentes apresentaram reação infusional, na primeira administração de Obinutuzumab, sendo que os principais sintomas manifestados foram: náuseas, febre e hipotensão. Verifica-se que apenas um doente suspendeu esta linha terapêutica, apesar a metade da amostra apresentar reação infusional.

Conclusão: A administração de Obinutuzumab é muitas vezes, na primeira administração acompanhada por reação infusional. Apesar disso, a intervenção de enfermagem precoce e atempada, baseada num protocolo de atuação neste âmbito, permite manter esta 1ª linha terapêutica. Do total de 30 doentes, 14 terminaram o ciclo terapêutico, estão em resposta completa e mantêm vigilância médica de 3 ou de 6 em 6 meses.

Sem conflito de interesses a declarar.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 43 - PERTINÊNCIA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA SUBMETIDA A TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS

Catarina de Jesus Fernandes Raposo Silva¹

¹HDES Ponta Delgada

Introdução: A consulta de enfermagem é essencial para promover a literacia em saúde do utente. O enfermeiro contribui para a promoção em saúde: utiliza o processo de enfermagem e contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem; o que vai de encontro à descrição encontrada no “Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais”, preconizado pela OE. Através da experiência prática diária com estes utentes identificou-se a necessidade de existir um momento que favoreça a comunicação com o utente e a família garantindo a privacidade e o sigilo inerente à situação. Surge assim a necessidade de implementar intervenções de enfermagem dirigidas a estes utentes, com o intuito de colmatar a lacuna existente.

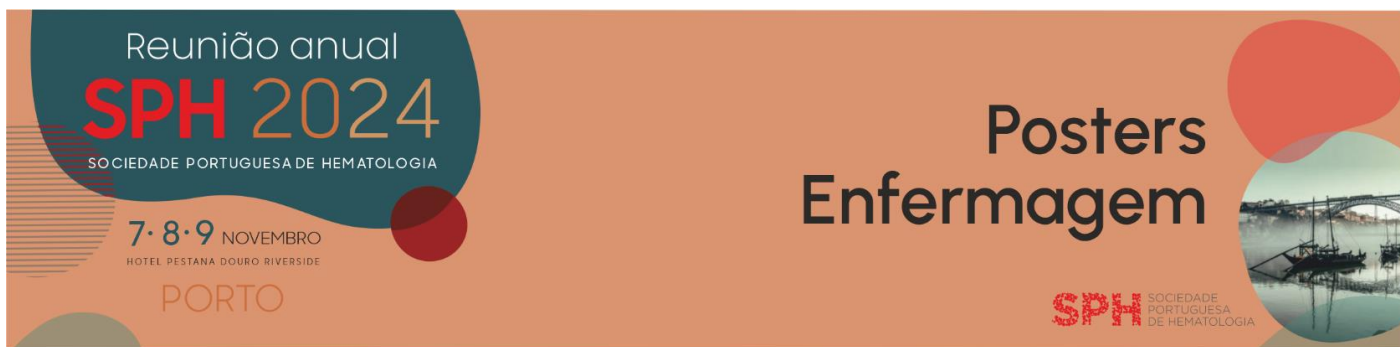
Objetivo: Perceber a pertinência de criar uma consulta de enfermagem para os utentes com patologia hemato-oncológica.

Método: Estudo descritivo observacional retrospectivo exploratório com recurso a aplicação de questionário. Foi solicitada autorização ao Conselho de Administração com resposta satisfatória. Houve aprovação pela Comissão de Ética. Amostragem não probabilística, acidental, Critério de inclusão: utentes em consulta; Enfermeiros do Hospital de Dia de Oncologia e Internamento de Hematologia. Amostra de utentes: 15, Amostra de enfermeiros: 18. Informação submetida a análise estatística simples.

Resultados: Amostra de utentes: Idades compreendidas entre 39 e 77 anos; com 26.7% da amostra natural do concelho de Ponta Delgada; com habilitações literárias entre o 6º ano e grau de licenciatura; com diagnóstico maioritariamente de linfoma, em que 40% foram diagnosticados no ano de 2023. 100% da amostra acha que a consulta será uma mais valia para a sua saúde. Amostra de enfermeiros: 78,6% são do sexo feminino, todos licenciados em enfermagem. Todos os tópicos sugeridos foram colocados no questionário aos utentes.

Conclusão: Este interesse associou-se ao dos que manifestavam preocupação pela diferença da acessibilidade ao serviço da consulta de enfermagem nos diferentes grupos de doentes que, de igual modo, necessitavam de tratamentos de QT e que careciam de um atendimento de forma a minimizar a insegurança no controlo sintomático da doença e no tratamento à pessoa e familiares. O cuidado é a base da enfermagem e a consulta de enfermagem é uma ação integrante deste cuidado, o que valida a sua pertinência.

Palavras-Chave: oncologia, tratamento, consulta de enfermagem



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 44 - BARREIRAS E ESTRATÉGIAS FACILITADORAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS MELHORES PRÁTICAS NA PREVENÇÃO E GESTÃO DA MUCOSITE ORAL NOS DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS

Ana Filipa Ferreira Batista¹, Sílvia Magda Santos Pereira dos Reis¹, Margarida Maria Duarte Silva¹, Luís José Santos Lopes Sousa¹

¹Hospitais da Universidade de Coimbra, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Portugal

A mucosite oral é um dos principais efeitos secundários da administração de quimioterapia, com grande impacto no bem-estar físico e psicológico da pessoa com doença hemato-oncológica e seus familiares/conviventes significativos. Na procura permanente da excelência no exercício profissional, compete aos enfermeiros a prevenção de complicações ou, quando tal não é possível, a minimização do seu impacto, nomeadamente através da implementação das melhores práticas baseadas em evidências.

Estabeleceu-se como objetivo identificar as barreiras e definir estratégias para a prevenção e gestão da mucosite oral nos doentes hemato-oncológicos.

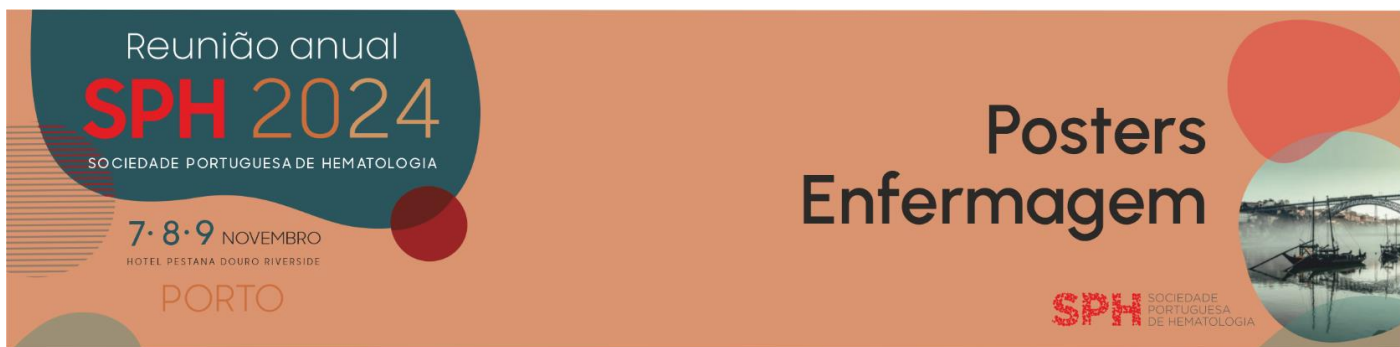
Após realização de uma auditoria de *baseline* às práticas de prevenção e gestão da mucosite oral dos enfermeiros de um serviço de internamento, tendo por base os sumários de evidências definidos pela JBI, foi solicitado aos mesmos a identificação de barreiras e estratégias facilitadoras para melhorar a conformidade entre as práticas atuais e as informadas pela evidência. Para tal foi utilizado um questionário *online*, com questões abertas.

As barreiras identificadas prendem-se com: défice de conhecimento sobre mucosite oral, escalas de avaliação, intervenções de prevenção e gestão e, também, relativamente ao Sistema de Informação em Enfermagem (correta documentação e escala de avaliação da mucosite inadequada); inexistência de um protocolo de prevenção e gestão da mucosite oral no serviço; e, dificuldade na organização dos cuidados (priorização das intervenções interdependentes em detrimento das autónomas, incorreta gestão do tempo e rotatividade da equipa de enfermagem).

Tendo em conta as barreiras identificadas foram definidas e implementadas como estratégias facilitadoras: momentos de formação da equipa de enfermagem; elaboração de um folheto sobre higiene oral e outros cuidados com a boca; elaboração de um guia de apoio à documentação (quadro orientador e fluxograma de atuação) e sensibilização da equipa para a importância da mesma; cocriação multidisciplinar de um protocolo de prevenção e gestão da mucosite oral; e, acompanhamento/apoio à equipa de enfermagem na realização da documentação e no cumprimento do protocolo.

Espera-se que, à medida que estas estratégias forem sendo colocadas em prática, se vá alcançado uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com impacto significativo para as pessoas com doença hemato-oncológica e suas famílias/conviventes significativos, para os profissionais e para a instituição de saúde.

Palavras-Chave: Mucosite oral, Prevenção e gestão da mucosite oral, Hemato-oncologia, Barreiras e estratégias facilitadoras, Implementação da evidência



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 45 - VIVÊNCIA DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR EM HEMATOLOGIA

Cristina Santos¹, Catarina Rodrigues¹, Sara Simão¹

¹Serviço de Hematologia Clínica, ULS Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental no cuidado aos doentes com doenças hematológicas. No entanto, pouco se sabe ou se tem investigado sobre as experiências, emoções, sentimentos e significados vivenciados pelos enfermeiros que trabalham nesta área.

A problemática desta pesquisa reside na necessidade de compreender as experiências únicas que os enfermeiros enfrentam, e que vão além das rotinas e dos desafios específicos desta especialidade.

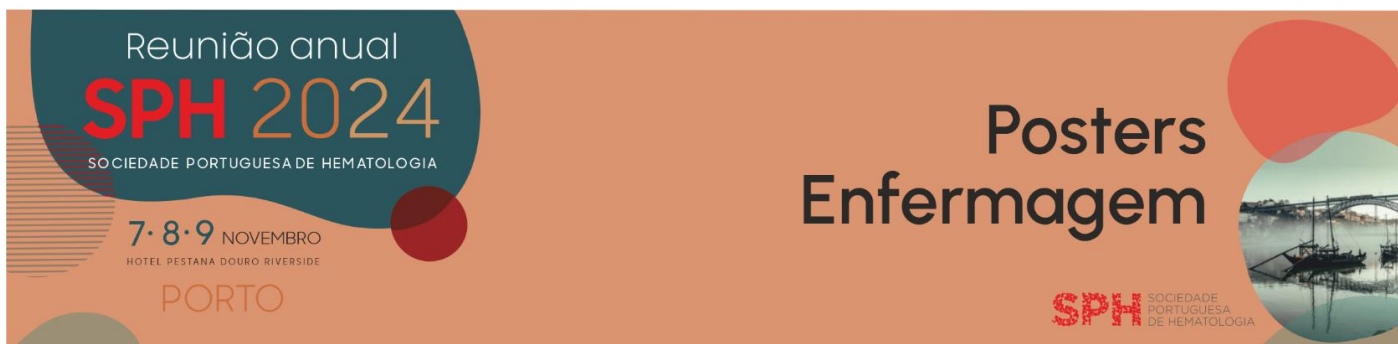
Realizamos um estudo descritivo exploratório, com a questão de investigação “Quais as vivências dos enfermeiros que exercem funções num serviço de hematologia de um hospital central?”, como os objetivos: descrever as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa e família internada num serviço de hematologia de um hospital central; descrever as condições (intrínsecas ou extrínsecas) que facilitam ou dificultam a prestação de cuidados num serviço de hematologia num hospital central; e compreender como é que as vivências experienciadas pelos enfermeiros influenciam a gestão da vida pessoal e profissional.

Como instrumentos de colheita de dados utilizou-se a entrevista semi- estruturada. Os participantes foram escolhidos de forma intencional, tendo como critérios de inclusão exercer funções num serviço de hematologia há pelo menos 5 anos e de exclusão os enfermeiros gestores. Para a análise dos resultados recorreu-se à análise de conteúdo de Bardin. Como resultados relacionados aos sentimentos no cuidado destacaram a exigência, a responsabilidade, a ingratidão, a desmotivação e a empatia. Os aspetos dificultadores mais referidos pelos enfermeiros foram a dificuldade em gerir a falsa expectativa e a esperança do doente, mas também a dificuldade em cuidar de doentes em idade jovem. Como fatores facilitadores temos mais tempo para estar com os doentes para praticar escuta ativa.

A influência na vida social e familiar tornou-se evidente por meio de sentimentos de frustração após a saída do trabalho, demonstrada pela falta de paciência para estar com a família e pela irritabilidade. Essa situação também gerou sofrimento devido à relutância em partilhar os sentimentos, o que influenciou negativamente o bem-estar físico, mental e social.

Com a investigação Pretendemos identificar os desafios enfrentados pelos enfermeiros, os sentimentos e emoções positivas e negativas vivenciadas, sugerindo estratégias de apoio que promovam o bem-estar e a qualidade de vida destes profissionais.

Palavras-Chave: vivências, sentimentos, Hematologia



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 46 - HIGIENE DAS MÃOS DOS DOENTES HEMATO - ONCOLÓGICOS - UMA PRÁTICA SEGURA

Cristina Santos¹, Catarina Rodrigues¹, Maria da Luz Carvalho¹, Sara Simão¹

¹Serviço de Hematologia Clínica, ULS Coimbra - Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra; Instituto de Fisiologia, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra

A infeção associada aos cuidados de saúde é um problema, no que diz respeito à segurança do doente e a sua vigilância, sendo a causa de morbilidade e mortalidade, assim como do aumento dos custos económicos. As mãos são consideradas um dos principais veículos disseminadores de infeções relacionadas com a prestação de cuidados de saúde

A higiene das mãos é uma prática simples, mas essencial para a segurança dos doentes e dos profissionais de saúde, constituindo uma medida importante na prevenção e no controlo de infeção.

Os doentes hematológicos apresentam o sistema imunitário comprometido, mais suscetível a infeções. No entanto, a importância da higienização das mãos é responsabilidade de todos, doentes, profissionais de saúde e familiares, de forma a garantir que essa prática seja cumprida com rigor.

Pretendemos com este trabalho, avaliar a frequência com que os doentes internados higienizam as mãos, identificar fatores que influenciam esta prática e analisar a importância atribuída pelos doentes e profissionais.

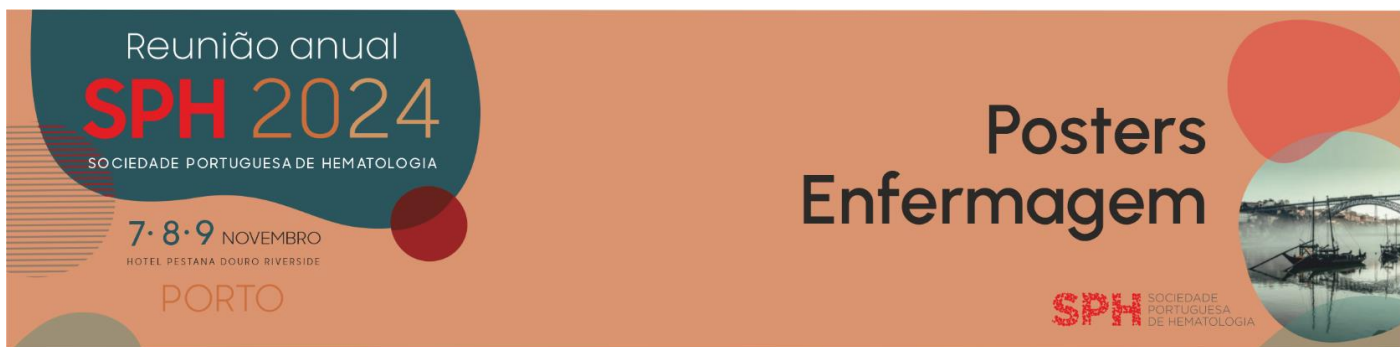
O diagnóstico de situação foi realizado no mês de fevereiro de 2024. O estudo é quantitativo com carácter descritivo. Decorreu entre março e abril de 2024. A amostra é constituída por 31 doentes. Foram cumpridos todos os procedimentos éticos.

Dos resultados obtidos, todos os participantes reconhecem a importância da higienização das suas mãos, como medida preventiva de infeções tendo dificuldade em fundamentar essa importância. Referindo que os momentos mais frequentes de higienização das mãos são nos cuidados de higiene, após as refeições e eliminação vesical e intestinal. Apesar de 96% dos participantes considerarem que o serviço dispõe dos recursos necessários para procederem a higienização das mãos, referiram que os fatores que levam a uma menor adesão a esta prática são a mobilidade reduzida, o repouso, a astenia, o esquecimento, a necessidade de outros para providenciar o material e sentirem-se inibidos de solicitar aos profissionais.

Constatou-se que os profissionais de saúde descumrem a formação e monitorização dos doentes sobre higienização das mãos, considerando que não está relacionado com a falta de conhecimento, mas atribuindo a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo.

Torna-se assim, importante a formação e sensibilização dos doentes e profissionais sobre higienização das mãos, de forma a garantir práticas seguras em ambiente seguros.

Palavras-Chave: Higiene das mãos, Doentes, Infeção



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 47 - ENVELHESER: A QUALIDADE DE VIDA NA PESSOA IDOSA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA SC E EV - RELEVÂNCIA DOS PATIENT REPORTED OUTCOMES

Elisabete Maria Jesus Matos Pereira Mesquita¹, Maria do Céu Pires Delgado Monteiro²

¹ULS Santa Maria- Hospital Santa Maria-HD Hematologia, ²Centro de Saúde Odivelas

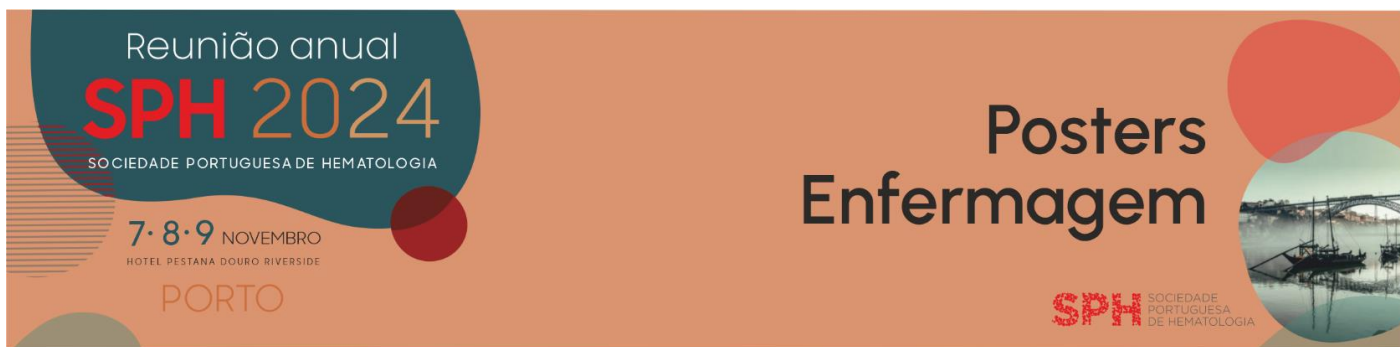
Introdução: Estima-se que o número de novos casos de cancro na Europa aumente 22,5% nas próximas duas décadas, de acordo com novas estimativas da Agência Internacional de Investigação do Cancro (2024). De facto, segundo o Registo Oncológico Nacional (2020), a maioria dos novos casos de cancro ocorreu na população com mais de 60 anos. Os **Patient Reported Outcomes**, como ferramentas de avaliação direta da experiência da pessoa, são relevantes para analisar a qualidade de vida, funcionalidade e sintomatologia.

Objetivo: Avaliar a qualidade de vida e o impacto do tratamento na pessoa idosa submetida a quimioterapia, por via subcutânea e endovenosa, em regime de ambatório, utilizando dois instrumentos: um de caracterização sociodemográfica/clínica e um questionário sobre qualidade de vida no doente oncológico-Questionário QLQ-C-30.

Metodologia: Foi realizado um estudo de investigação, com abordagem quantitativa. Amostra por conveniência (n=100), tendo sido aplicado o questionário durante um mês em 2023. A população em estudo é composta por pessoas com idade superior a 60 anos sob quimioterapia subcutânea e endovenosa em regime de ambatório. Como critérios de exclusão: realizar tratamento há menos 3 meses, pessoa idosa com demência diagnosticada. Para avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde, foi utilizado EORTC-QLQ-C30. O questionário sociodemográfico e clínico foi elaborado pelas próprias pesquisadoras contendo variáveis: idade, sexo, estado civil, diagnóstico, tempo e tipo de tratamento e acompanhamento em cuidados paliativos. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, SPSS.

Resultados: Nos dados analisados, a amostra é maioritariamente do género masculino (61%). O tipo de tratamento subcutâneo, mais frequente é a "azacitidina" (31%). A maioria dos doentes, classifica a sua saúde em geral como "nem péssima, nem ótima" (41%), seguida de uma avaliação "péssima Saúde" (37%). A maioria dos doentes, classifica a sua qualidade de vida global como "nem péssima, nem ótima" (36%), 30% avalia a sua qualidade de vida como sendo "ótima". A população neste estudo sob quimioterapia subcutânea avalia maioritariamente a sua qualidade de vida como "ótima" (38,2%).

Conclusão: Os resultados obtidos estão alinhados com as evidências presentes na literatura. Propomos que a escala EORTC-30, devido à sua limitada especificidade em relação ao tipo de tratamento e diagnóstico, seja utilizada em conjunto com escalas específicas para diagnósticos hemato-oncológicos.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 48 - PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM PESSOAS SUBMETIDAS A TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA: UMA REALIDADE EMERGENTE.

Maria Manuela da Rocha Melo Babo¹, Luciana Ramos de Azevedo¹

¹IPOPorto

Introdução: A transplantação de medula óssea (TMO) trata doenças hematológicas, oncológicas e imunológicas e requer cuidados contínuos. Em Portugal, infeções hospitalares causam cerca de 9.000 mortes anuais, superando as 500 mortes por acidentes de viação.

Devido à imunossupressão severa, as pessoas submetidas a TMO, são extremamente vulneráveis a infeções oportunistas, tornando a prevenção essencial para o sucesso do transplante. As infeções frequentemente estão relacionadas com falhas nas práticas, constituindo um risco contínuo. A implementação de PBCI, tais como isolamento protetor, uso de equipamento de proteção individual (EPI) e higienização das mãos, é essencial para minimizar o risco de infeções hospitalares.

Objetivos: Explorar o estado da arte sobre as precauções básicas de controlo de infeção (PBCI) na TMO.

Metodologia: Foram pesquisados artigos nas bases de dados PubMed e EBSCO com os descritores “controle de infeção”, “transplante de medula óssea”, “isolamento de proteção”, “equipamentos de proteção individual” e “higienização das mãos”, entre janeiro de 2019 e setembro de 2024.

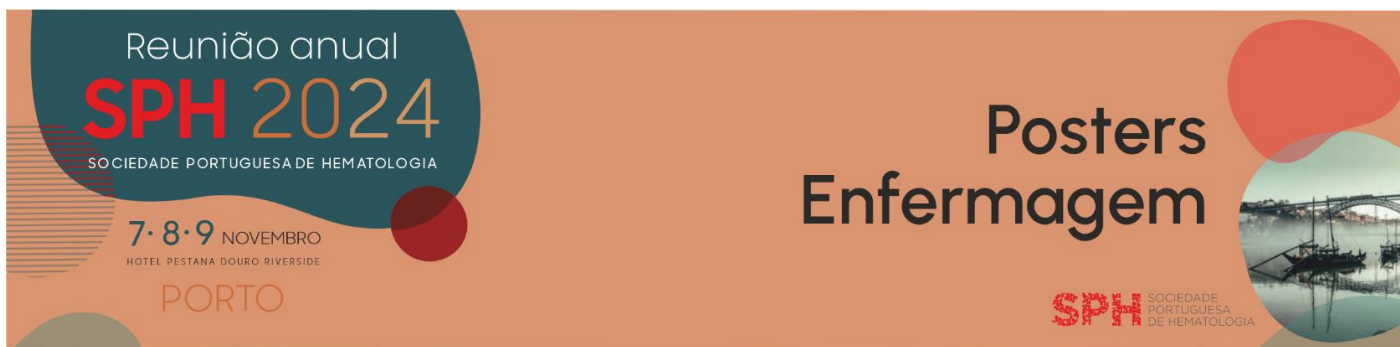
Resultados:

1. **Isolamento protetor:** Crucial no pós-transplante, o uso de quartos com pressão positiva e filtros HEPA reduz infeções, principalmente por fungos e bactérias multirresistentes. É recomendado limitar visitas e higienizar rigorosamente os espaços.
2. **Uso de EPI:** Máscaras N95 em ambientes de alto risco e máscaras cirúrgicas para visitantes são eficazes na prevenção de infeções.
3. **Higienização das mãos:** O uso de soluções à base de álcool é eficaz e mais aceite que a lavagem com água e sabão, reduzindo as infeções.
4. **Formação e auditorias:** Treino contínuo e auditorias regulares melhoram a adesão às PBCI.

Conclusões: Salienta-se, que este campo está em rápido e progressivo desenvolvimento, sugerindo a necessidade de mais investigações para aprofundar a importância das PBCI na prevenção e controlo das infeções e consequentemente no sucesso do transplante. As PBCI, como o isolamento protetor, uso de EPI e formação contínua, são fundamentais para a segurança das pessoas pós TMO. Dada à resistência microbiana e o aumento das infeções, é fundamental atualizar as práticas de prevenção.

Considerações futuras: A evolução das PBCI será apoiada por novas tecnologias, como sensores automáticos e análise de dados em tempo real. A Inteligência artificial pode otimizar a implementação, prevenir surtos e melhorar a formação e adesão, beneficiando as pessoas submetidas a TMO.

Palavras-Chave: “controle de infeção”, “transplante de medula óssea”, “isolamento de proteção”, “equipamentos de proteção individual” e “higienização das mãos”,



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 49 - MEDOS NO DIA DO ENXERTO

Jessica Catarina Teixeira Pascoal¹, Ana Paula Leitão Jorge Branco¹, Maria Teresa Moreno N.C. Elias¹, Maria de Lurdes B.A.A.Batoréu¹

¹ULSSM

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas consiste na infusão de células progenitoras que são capazes de se auto-replicar e diferenciar dando origem a todas as células do sangue. É um tratamento utilizado em doenças onco-hematológicas, imunológicas, autoimunes, determinados tumores sólidos, entre outras.

Pode ser classificado como alogénico ou autólogo. (Almeida, A. 2023)

Comumente o utente submetido a este tratamento requer cuidados prestados pela equipa multidisciplinar a longo prazo, devido ao nível de complexidade, agressividade e envolvimento de riscos que levam muitas vezes a um amplo espectro de complicações, que precisam ser monitorizadas de forma a não ameaçarem sua vida ou afetarem a sua qualidade de vida. É frequente os utentes apresentarem dúvidas e receios relativamente ao tratamento e mais especificamente ao momento da infusão das células e ao pós-infusão.

O stress psicológico pode ter origem na complexidade e intensidade do tratamento ao qual o indivíduo foi submetido, cultivando o medo da rejeição do transplante, recidiva da doença, morte e necessidades diferenciadas para a realização das atividades de vida.

Por vezes quando o utente é confrontado com a assinatura do consentimento informado para o procedimento de Transplantação e todas as técnicas inerentes, é quando sentem que tudo se torna mais real e começa a interiorizá-lo. Inconscientemente os utentes somatizam a ansiedade na véspera e dia do enxerto.

Parte do papel do enfermeiro que cuida do utente submetido a transplante de medula óssea é detetar precocemente sinais e sintomas de ansiedade no utente e prevenir os mesmos, dotando de conhecimento sobre o procedimento de forma clara e que o mesmo entenda. Também a sua capacidade para adotar um papel proativo na sua recuperação pode ser uma ferramenta útil para a minimização do stress. (Silva, T. D.D, 2020)

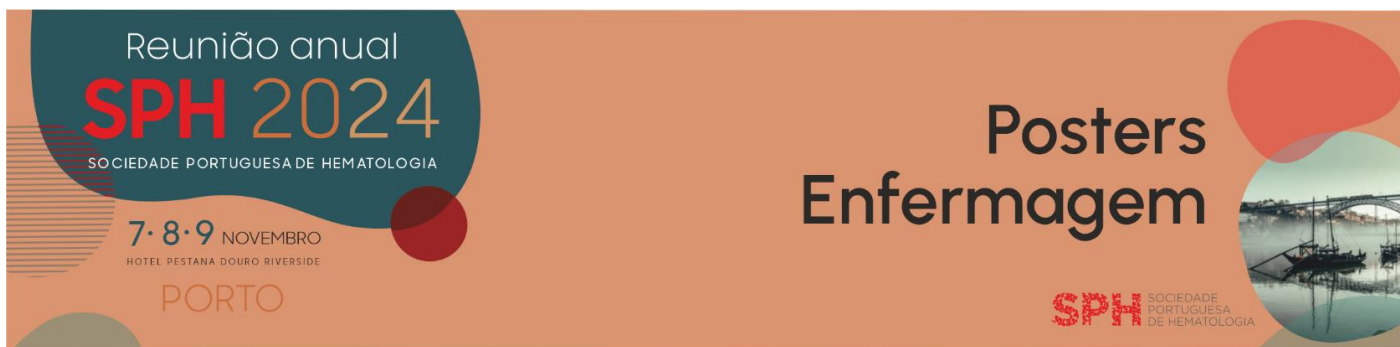
Assim torna-se pertinente que se perceba quais os principais anseios, medos e tabus, que cada utente pode apresentar, para que se consiga antecipá-los mais eficazmente, colmatando os mesmos.

Material e Métodos: Abordagem ao utente e família por meio a compilar todas as dúvidas e anseios dos mesmos.

Resultados e conclusão: Desta forma pretendemos a implementação de uma check-list com o objetivo de promover a abordagem de temas e dúvidas importantes que possam pré-existir de forma latente.

Os autores declaram que não existem Conflito de Interesses com a realização do presente projeto.

Palavras-Chave: Enxerto, Medos, Checklist, Enfermagem



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 50 - PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA MUCOSITE ORAL EM DOENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS SUBMETIDOS A QUIMIOTERAPIA E TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Ana Isabel Araújo Pereira¹, Florinda Peito¹, Ana Rita Marques¹

¹Unidade Local de Saúde São João

Introdução: A mucosite oral (MO) é uma das consequências mais prevalentes e dolorosas em doentes hemato-oncológicos submetidos a quimioterapia de condicionamento para Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH).

A lesão inflamatória da mucosa oral afeta a qualidade de vida dos doentes, causando dificuldades na alimentação, ingestão de líquidos, comunicação, dor e até na qualidade do sono. Além destas complicações, aumenta também o risco de infeção, prolonga o tempo de internamento e eleva os custos associados ao tratamento. Assim, uma prática baseada na evidência é fundamental para garantir uma melhoria contínua na prevenção e tratamento da MO.

Objetivo: Determinar as intervenções de enfermagem na prevenção e tratamento da MO em doentes hemato-oncológicos submetidos a quimioterapia de condicionamento para TCTH, identificando as melhores práticas para otimizar a qualidade de vida do doente.

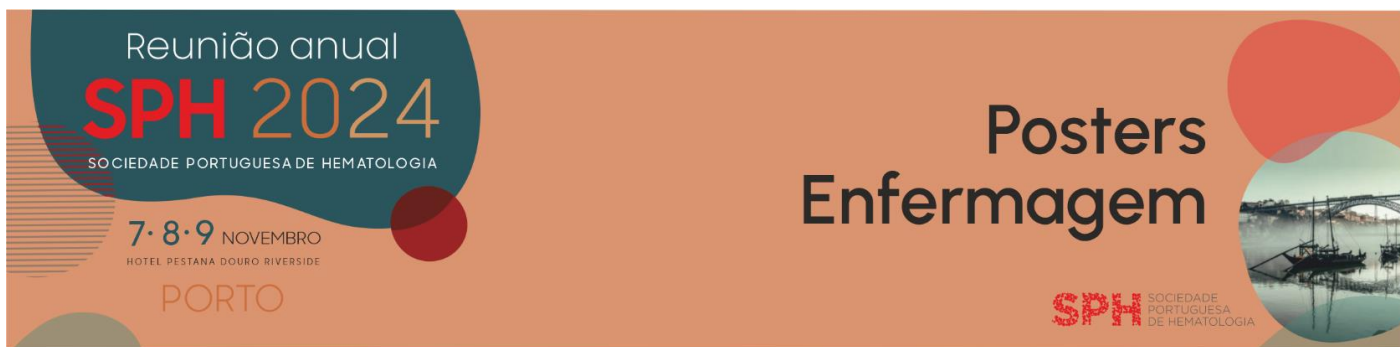
Material/Métodos: Realizada uma revisão integrativa da literatura, tendo como questão norteadora: Qual a evidência científica disponível sobre a prevenção e tratamento da MO em doentes hemato-oncológicos submetidos a quimioterapia de condicionamento para TCTH? A mnemónica utilizada foi a PICO, em que P (participantes) – refere-se a estudos que se reportem a pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a quimioterapia e TCTH; I (intervenção) – a estudos que se reportem à prevenção e tratamento da MO; C (contexto) – a estudos que se reportem ao contexto hospitalar oncológico; e O (resultados) – a estudos que se reportem a ganhos em saúde na prevenção da MO.

Resultados: Desta seleção, resultaram 3 artigos para análise, num total de 22 identificados, tendo sido 16 excluídos pela leitura do título e 3 por leitura do resumo.

Conclusão: A evidência científica fornece orientações cruciais na prevenção e/ou tratamento da condição da MO. Relativamente a este tema, ela indica que a crioterapia oral e o programa de higiene oral, são eficazes na prevenção e tratamento da MO, aumentando a eficácia das intervenções e reduzindo a severidade da MO, de forma económica e acessível.

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros desempenham um papel fundamental nas suas intervenções na educação para cuidados de higiene oral que refletem na melhoria da qualidade de vida do doente com MO.

Declaração de Conflito de Interesses: Todos os autores envolvidos na pesquisa declaram não ter conflitos de interesse.



Posters

8 de Novembro | Sexta-Feira | 17h00 – 17h20

Sala Posters

PO 51 - NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS): IMPLEMENTAÇÃO DE UMA ESCALA DE ALERTA PRECOCE NO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA

Bruna Patrícia Manuel Gomes¹, Ana Isabel Pinto Mota Ferreira Jorge¹, Andreia Cristiana Matos da Silva¹, Sandra Raquel Ferreira dos Santos Monteiro¹, Maria Cândida Machado Pacheco Damião¹

¹Unidade Local de Saúde de São José

Introdução: Os doentes hematológicos são um dos grupos de doentes que estão mais vulneráveis para uma situação crítica e de sépsis; sendo que 90% das paragens cardiorrespiratórias são precedidas de deterioração nos sinais vitais. O NEWS foi implementado para melhorar a deteção precoce da deterioração clínica, alertando a equipa clínica multidisciplinar para a sua evolução. O NEWS pretende determinar a urgência e a vigilância do doente.

Objetivo: Adequar cuidados de enfermagem através da identificação do risco de deterioração clínica do doente hematológico.

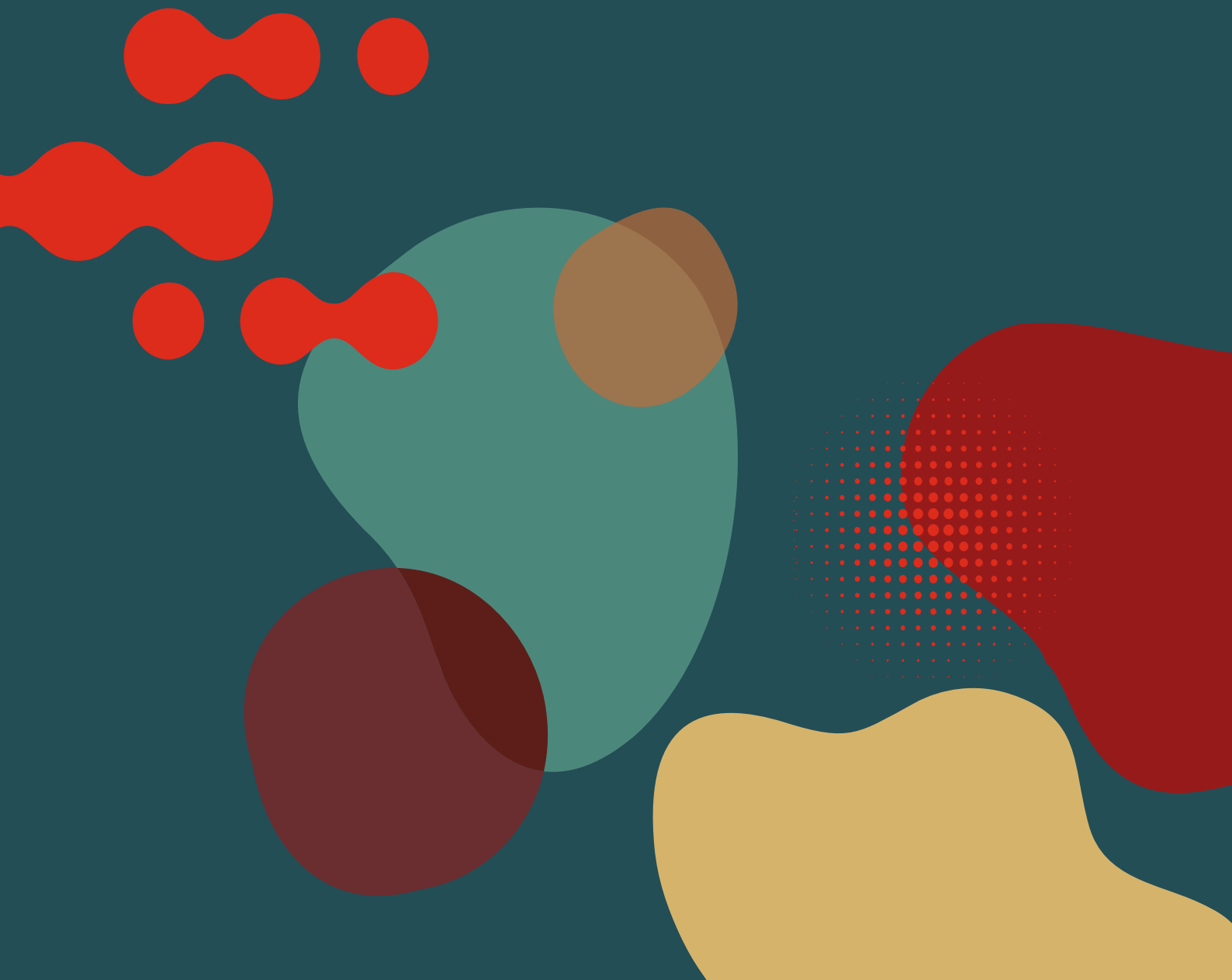
Metodologia: O NEWS é registado pelo enfermeiro num interface informático. Foi feita uma análise retrospectiva dos resultados obtidos das avaliações do NEWS, de todos os doentes no Internamento e na Unidade de Transplantes num serviço de Hematologia, no ano de 2023, permitindo-os estratificar com base no seu risco clínico.

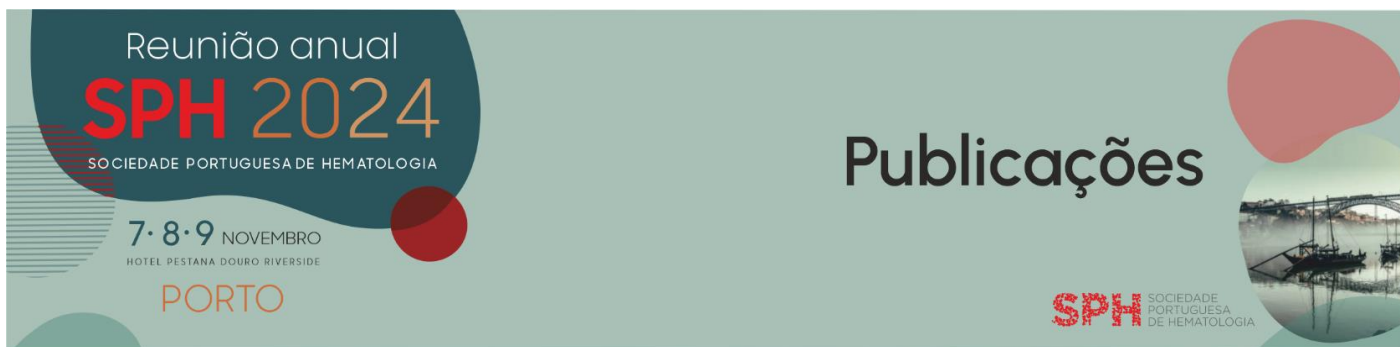
Resultados e discussão: Na avaliação dos registos observados, constatou-se que 58,3% das avaliações correspondem ao Score NEWS entre 0 e 4, ou seja, um Risco Clínico Baixo, sendo a sua monitorização em intervalos de 12/12h ou de 6/6h. 25,3% das avaliações correspondem ao Score NEWS entre 5 e 6, ou score 3 num parâmetro individual, ou seja um Risco Clínico Médio, e a sua monitorização com intervalo 4/4h, condicionando uma ativação automática para a Urgência Interna (UI), por SMS. E por último, 16,4 % corresponde ao Score NEWS igual ou superior a 7 ou Risco Clínico Elevado, gerando um alerta para a UI e Medicina Intensiva, pela mesma via.

A implementação do sistema NEWS permitiu estratificar os doentes internados no serviço de Hematologia por Riscos Clínicos, permitindo adequar os intervalos de monitorização para cada um deles e escalar cuidados. A implementação desta ferramenta, contribuiu para alertar a equipa de enfermagem e médica da deterioração clínica em tempo real, e consequentemente reduzir o tempo de observação dos doentes em situação crítica, aumentando o nível de confiança dos enfermeiros. Os enfermeiros passaram a usar uma linguagem comum na transmissão de informação clínica.

Conclusão: Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na vigilância e monitorização da pessoa em situação crítica e, consequentemente, no despiste de complicações que podem comprometer a sua saúde e a sua evolução. Este sistema de alerta é eficaz e sensível na identificação precoce do doente crítico e na promoção da atempada observação do doente com risco clínico elevado.

PUBLICAÇÕES





Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 1 - TROMBOCITOPENIA IMUNE EM IDADE PEDIÁTRICA

Ana Luís Cardeal Dourado¹, Manuela Ferreira¹, Luís Ribeiro¹, Viviana Gonçalves¹, Sandra Pinto¹, Graça Pombo¹, Maria José Montanha¹

¹Unidade Local de Saúde do Nordeste

Introdução: A trombocitopenia imune é a principal causa de trombocitopenia em idade pediátrica. Pode ser classificada em primária ou secundária, mediante a identificação do fator precipitante. O diagnóstico é clínico e/ou analítico. No que concerne ao tratamento, deve-se administrar, mediante gravidade, imunoglobulina endovenosa associada, por vezes, a corticoterapia.

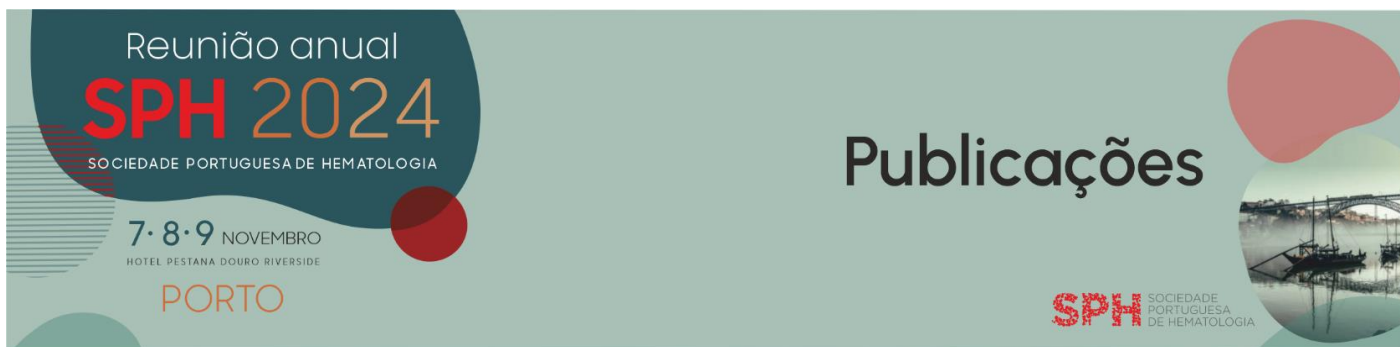
Caso Clínico: Os autores expõem o caso de um doente do sexo feminino, 11 anos, com Púrpura Trombocitopénica Imune crónica. Sem antecedentes familiares de relevo. É trazido ao atendimento de urgência por cansaço ligeiro na última semana e aparecimento de equimoses de pequenas dimensões no joelho direito e face anterior perna esquerda. Nega aparecimento de petéquias bem como hemorragia ativa gengival, epistaxis e/ou hematúria macroscópica. Analiticamente, apresenta uma trombocitopenia de 16000/uL, sem outros achados. A ecografia abdominal não demonstra alterações. O doente é internado para tratamento com imunoglobulina endovenosa e corticoterapia. No internamento, apresenta uma evolução favorável.

Neste contexto, trata-se de uma recidiva de Púrpura Trombocitopénica Imune crónica, com necessidade de uma monitorização regular do perfil analítico, de modo a orientar corretamente o tratamento e consequente evolução do doente.

Conclusão: Pretende-se, assim, alertar para a importância de manter uma vigilância atenta sobre a Púrpura Trombocitopénica Imune crónica, em idade pediátrica, destacando o impacto direto na saúde do doente.

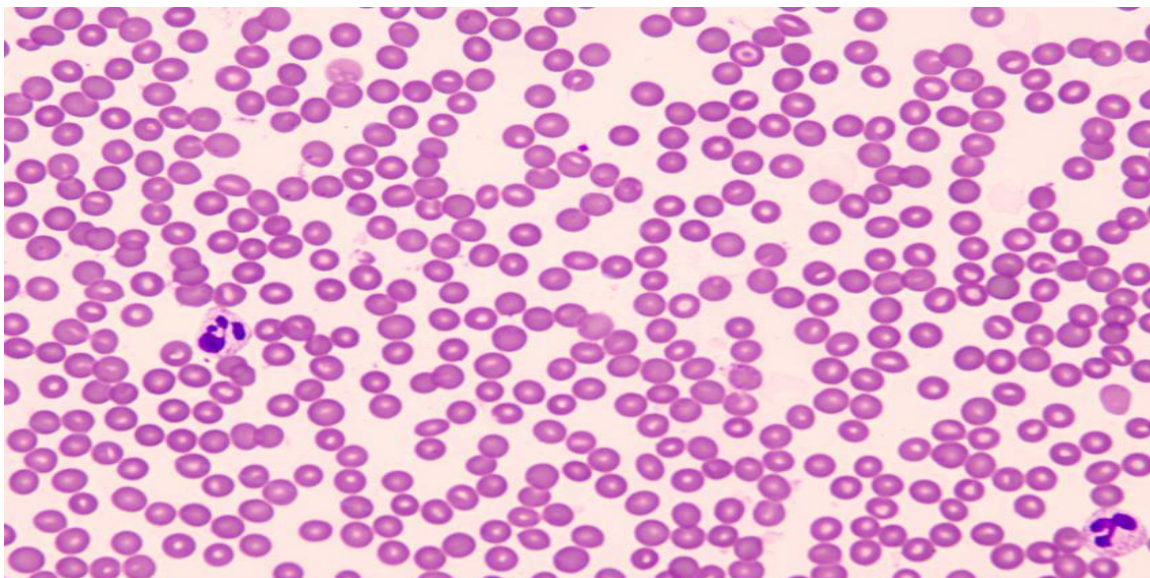
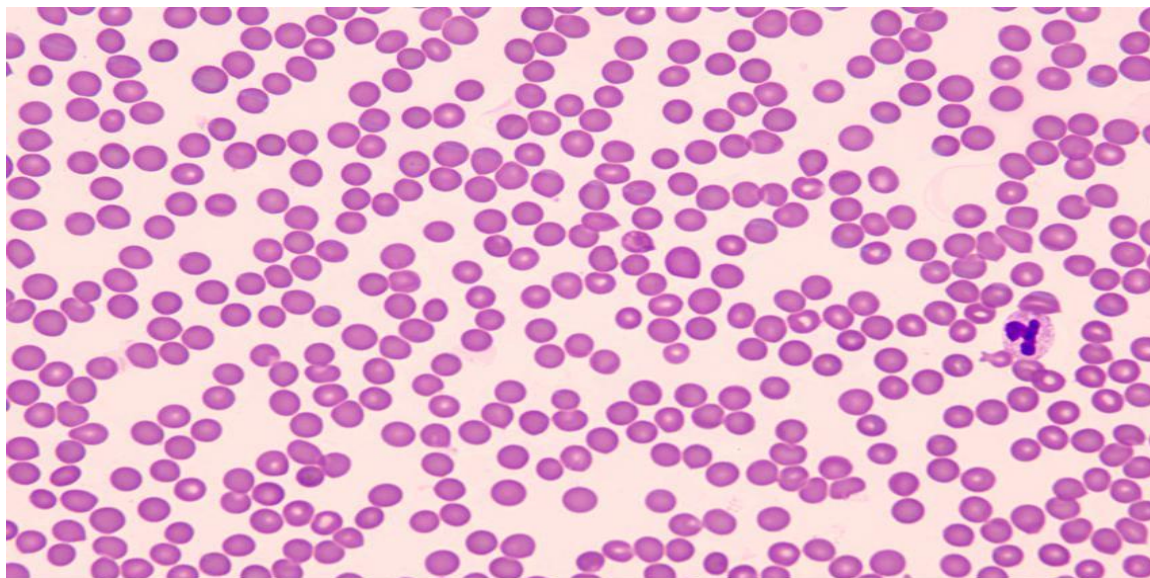
Declara-se a ausência de conflito de interesses por parte de todos os autores.

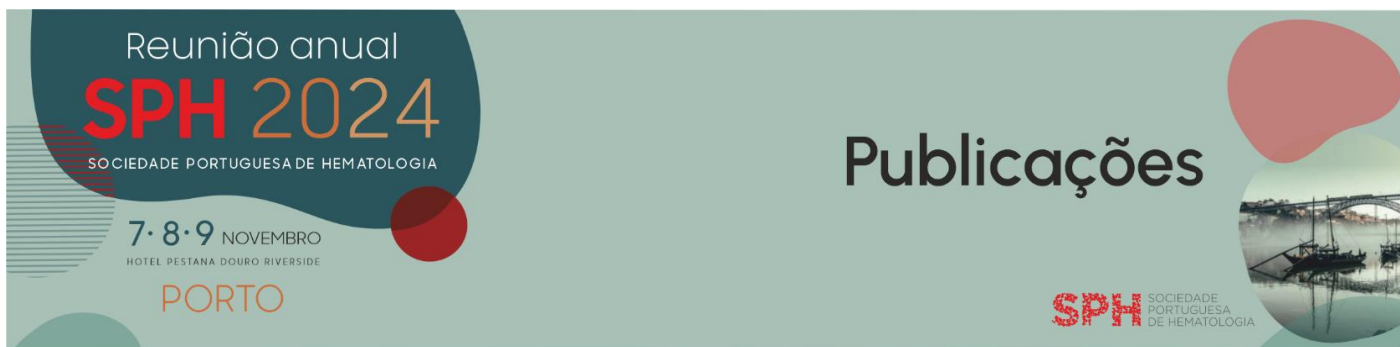
Palavras-Chave: Púrpura Trombocitopénica Imune crónica; monitorização; idade pediátrica.



Publicações
9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2





Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 2 - INFILTRAÇÃO LINFOBLÁSTICA ISOLADA DO SNC NA PROGRESSÃO DE LMC – A PROPÓSITO DE UM CASO PEDIÁTRICO

Nelson Lopes Cardoso¹, Beatriz Catita², Teresa Sousa³, Maria Luís Guerra³, Maria Raquel Coentrão³, Bruno Fernandes³, Gabriela Martins³, Íris Maia⁴

¹Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (ULSTMAD), ²Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea, IPO-Porto, ³Serviço de Patologia Clínica, IPO-Porto, ⁴Serviço de Pediatria, IPO-Porto

Introdução: A Leucemia Mielóide Crónica (LMC) é uma doença hematológica rara em crianças, representando uma pequena percentagem dos casos de leucemia pediátrica. A presença de proliferação extramedular de blastos é suficiente para o diagnóstico da fase blástica mesmo na ausência de envolvimento sistémico. No entanto, crises blásticas isoladas no sistema nervoso central (SNC) são raras.

Objetivos: Descrição e discussão de um caso clínico.

Descrição do caso: Doente do sexo feminino, 13 anos, com antecedente de LMC diagnosticada em Abril/2022. Sob terapêutica de 2ª linha com Dasatinib e resposta citogenética completa na medula óssea (MO) em Maio/2024.

Em Junho/2024, recorreu ao serviço de urgência por quadro de cefaleia frontal bilateral, não pulsátil, agravada com decúbito e associada a fonofobia e vômitos. Sem febre ou alterações ao exame objetivo. Colheu hemograma e bioquímica sem alterações de relevo e realizou uma tomografia computadorizada crânio-encefálica (TC-CE) que excluiu lesões ocupantes de espaço e trombose dos seios venosos. Teve alta medicada sintomaticamente.

Por manutenção das queixas, regressou ao hospital 2 dias depois e ficou internada para investigação diagnóstica e abordagem terapêutica. À admissão foi realizada punção lombar (PL) que evidenciou hipertensão intracraniana, pleocitose, consumo de glicose e hiperproteinorráquia. Iniciou terapêutica empírica de largo espectro e dexametasona. Posteriormente, o diferencial citológico do líquido cefalorraquidiano (LCR) demonstrou a presença de 68% de blastos, com imunofenotipagem (IFT) a confirmar fenótipo linfóide B (CD10+, CD19+ e CD20+). A genética molecular demonstrou ainda uma expressão relativa do gene de fusão BCR::ABL1 (IS) de 91,9216%.

Foi realizada avaliação medular, sem evidência de blastos por morfologia e IFT. Apesar disto, a presença de infiltração linfoblástica isolada no SNC confirmou o diagnóstico de LMC em fase blástica.

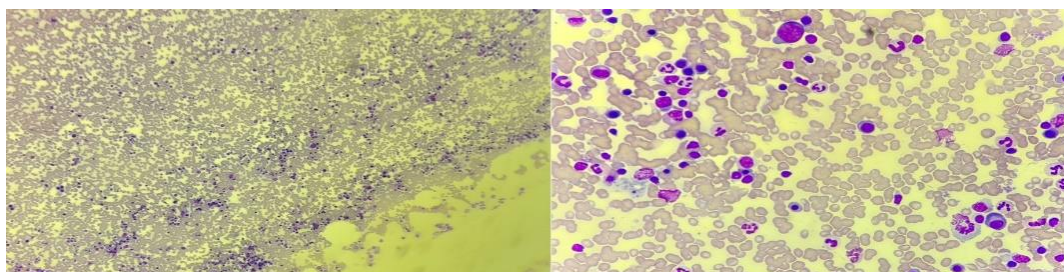
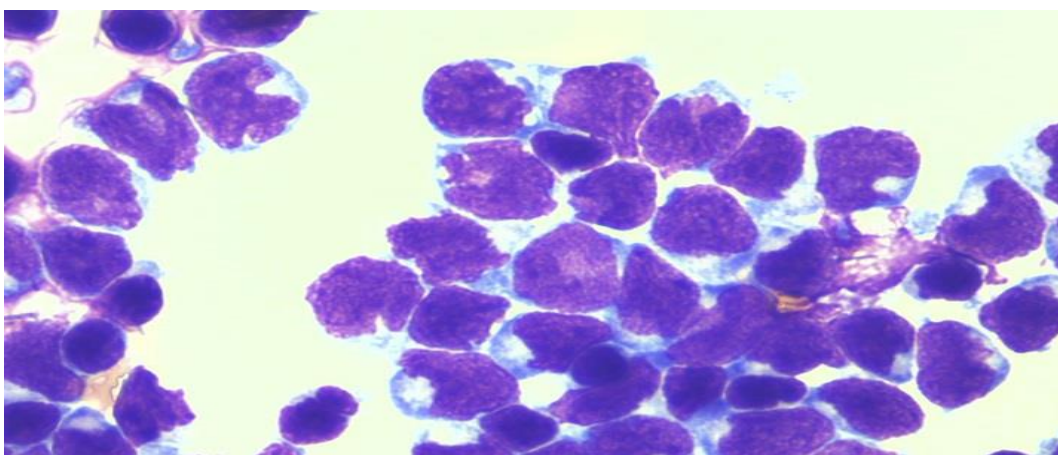
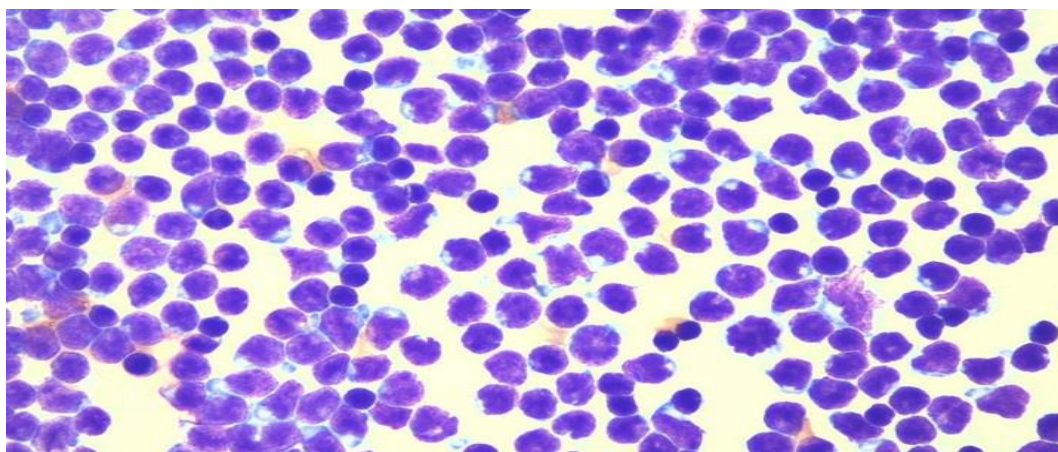
Resultados: Foi realizada quimioterapia (QT) intratecal para controlo inicial da doença e posteriormente iniciado protocolo de QT de indução. Na avaliação de resposta, não foram detetados linfoblastos no LCR por IFT.

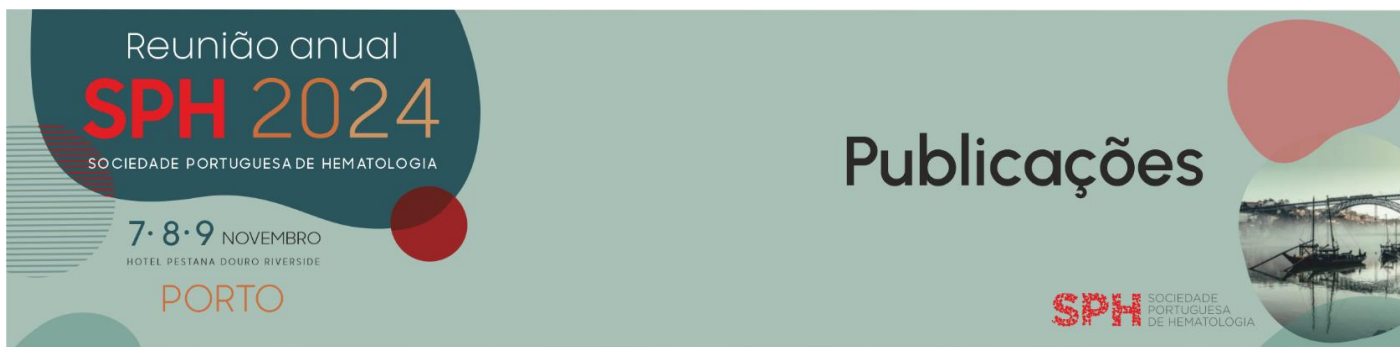
Conclusão: Nos doentes com LMC, apesar de rara, uma infiltração blástica no SNC deve ser suspeitada na presença de sintomas neurológicos. A realização de PL com evidência de blastos no LCR confirma o diagnóstico, mesmo se estudo medular sem evidência de doença. Na crise blástica da LMC, em idade pediátrica, predomina o fenótipo linfoblástico.

Palavras-Chave: Leucemia Mielóide Crónica, Fase Blástica, Sistema Nervoso Central

Publicações
9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2





Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 4 - A IMPORTÂNCIA DA CITOGNÉTICA MOLECULAR NO DIAGNÓSTICO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA DOS NEOPLASMAS MIELOPROLIFERATIVOS

Maria do Céu Gerales¹, Ana Paula Ambrósio², Liliana Castro², Sónia Pedro², Ramiro Lopes³, Hildeberto Correia²

¹Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, IP, ²Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP, ³Centro Hospitalar do Algarve

Os neoplasmas mieloproliferativos (NPM), são doenças clonais, nas quais há um aumento da proliferação de uma ou mais linhas celulares da série mieloide. A progressão de todas elas é caracterizada por fibrose medular ou transformação leucémica.

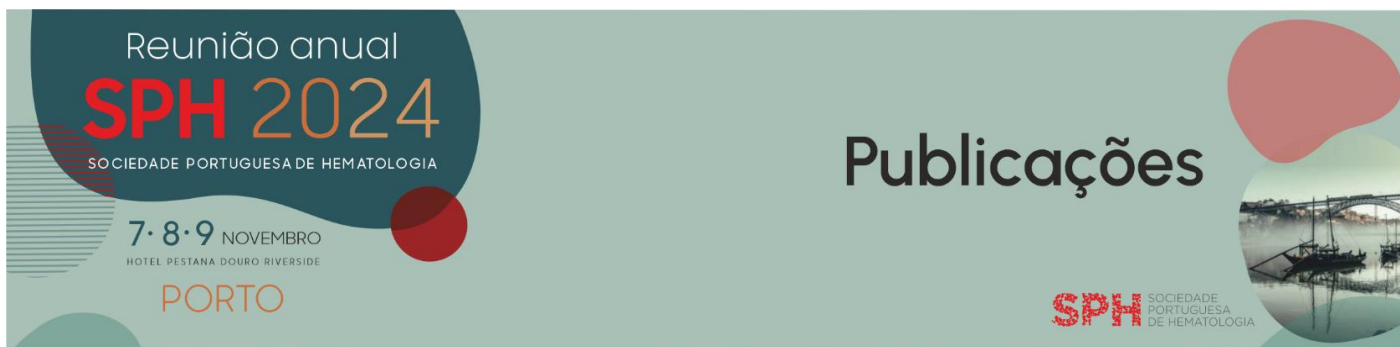
Pela classificação da OMS, as NMP incluem: leucemia mieloide crônica, *BCR-ABL1* positiva (LMC), policitemia vera (PV), mielofibrose primária (MF), trombocitemia essencial (TE), leucemia neutrofílica crônica (LNC), leucemia eosinofílica crônica não especificada (LEC), e neoplasia mieloproliferativa inclassificável (NMI).

Apresentamos o caso clínico, de um indivíduo do sexo feminino, com 73 anos, referenciado, à consulta de hematologia em 2024, com diagnóstico associado a NPM. Nesta data foi solicitado o estudo do cariótipo, pesquisa da mutação *JAK2*(V617F) e do transcrito de fusão *BCR/ABL1* na medula óssea. Os resultados obtidos evidenciaram a ausência da mutação *JAK2*(V617F) e do transcrito de fusão. No decurso da análise do cariótipo, houve a suspeita de uma anomalia envolvendo um dos cromossomas 9. No sentido de esclarecer a alteração citogenética observada, foi sugerida a realização de *microarray*.

O estudo de *microarray* de alta resolução, revelou a presença aneuploidias em mosaico (≈30%) de diferentes cromossomas, identificando-se ganho da região 1q21.1 a 1q44 de um dos cromossomas 1, e dos cromossomas 18, 19 e 21, assim como a perda de um dos cromossomas 13 e da região Xp22.3 a Xq25 de um dos cromossomas X. No cromossoma 9 foi ainda identificada para todo o cromossoma um “*copy neutral LOH*” em mosaico. No sentido de verificar a presença de algumas das alterações observadas por *microarray*, foi ainda realizada a hibridação *in situ* por fluorescência (FISH) com sondas específicas para as regiões 1p32 e 1q21.3 (*CDKN2C* e *CSKS1B*), 13q14, 13q32 (D13S1477-D13S25 e D13S1825), 18q21 (*BCL2*), 21q22 (*AML1*). Os resultados obtidos por FISH vieram confirmar a presença das alterações cromossômicas observadas por *microarray*, contudo a percentagem do clone anormal observado para as diferentes sondas foi ligeiramente inferior (14-20%).

Com este trabalho pretende-se discutir a importância da realização combinada de várias metodologias, assim como a obtenção de resultados distintos na amostra biológica direta e após cultura celular e a forma como estes resultados podem influenciar o diagnóstico do doente e conduzir a um resultado mais preciso que poderá contribuir no prognóstico da patologia assim como na orientação terapêutica.

Palavras-Chave: Microarray de alta resolução, Cariótipo, Neoplasmas Mieloproliferativos, Citogenética Molecular



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 5 - MULTIPLE MYELOMA PRESENTING WITH HEPATIC INVOLVEMENT: A CASE REPORT

Dra. Carolina Chitas de Brito¹, Dra. Fernanda Vargas¹, Dra. Filipa Campos¹

¹Hospital Garcia de Orta

Multiple myeloma (MM) is a malignant proliferation of plasma cells which produce monoclonal immunoglobulin (Ig). Liver involvement has been reported in up to 30% of patients. However, most are autopsy findings, and presentation as nodular lesions, massive infiltration and liver failure is rare.

We report a case of a 63-year-old man with atypical liver involvement in MM. The patient was diagnosed in 2021 with Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance IgG Kappa. In May 2023 laboratory tests revealed immunological progression. PET-CT in June showed one hepatic, splenic and multiple bone lesions. Shortly after the patient was admitted to the hospital due to abdominal pain and diarrhea with 1 week evolution. On physical examination presented abdominal tenderness and palpable hepatomegaly. Laboratory tests revealed anemia (Hb 4.2g/L), hyponatremia (Na 126) and hepatic cytolysis (ALT 196, AST 201 U/L). Abdominal CT showed large hepatomegaly (2750mL) with multiple dispersed pericentimetric nodules. Roughly 50% hyperdense, possibly due to hemorrhagic intralesional foci.

Ultrasound-guided liver biopsy with preventive transfusion of blood products due to liver failure with risk of coagulopathy confirmed infiltration of multiple myeloma. Immediately after the procedure the patient presented with hemoperitoneum in the context of probable iatrogenesis, and underwent exploratory laparotomy. Post-op was transferred to the ICU in hypovolemic shock. Laparostomy revision revealed an active bleeding laceration in liver segment VII, treated with Hemopatches. Subsequently, a daratumumab, bortezomib and dexamethasone treatment regimen was initiated, as well as vitamin K and blood product transfusions to correct coagulopathy and pancytopenia. Two weeks after initial recovery and transfer to a Hematology Unit a new episode of epistaxis, hemoptysis and surgical site bleeding with hypotension rapidly evolved to respiratory failure and refractory shock, resulting in death.

This case highlights a rare complication of liver involvement in MM. The rapid progression of hepatic infiltration by malignant plasma cells, resulting in nodular lesions, significant hepatomegaly, subsequent coagulopathy and hemorrhagic events, despite targeted therapy, underscores the aggressive nature of this presentation, ultimately leading to multi-organ failure and death despite medical interventions. The optimal approach in management of similar cases is a topic for further debate.

Palavras-Chave: Coagulopathy, Multiple Myeloma, Liver, Nodular lesions

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVOBRO

HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Publicações

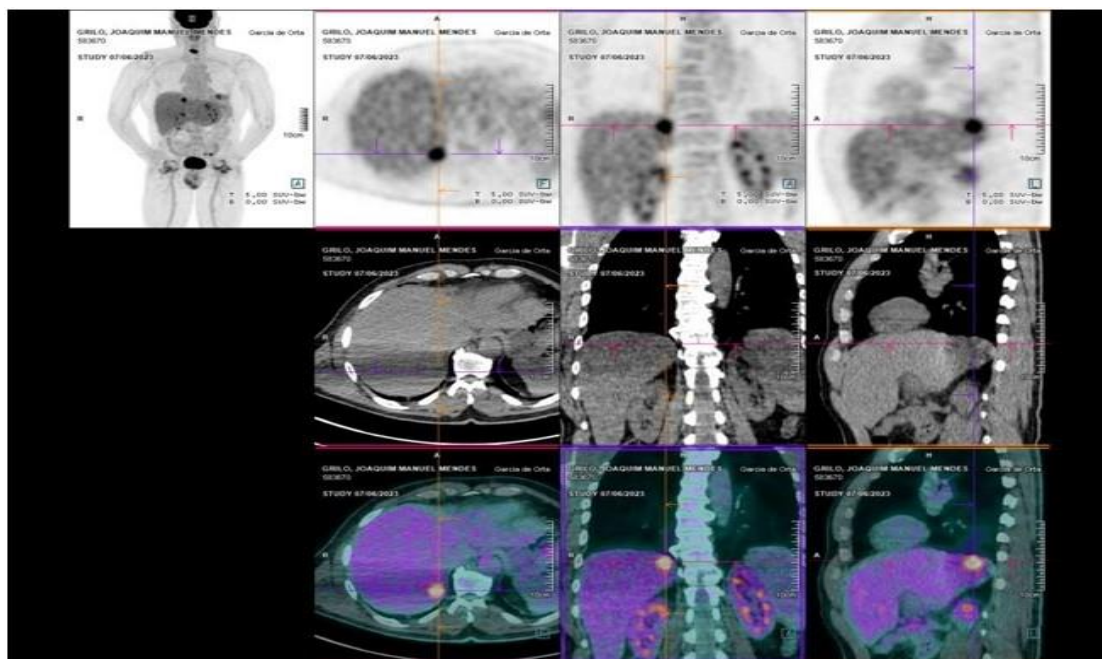
SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

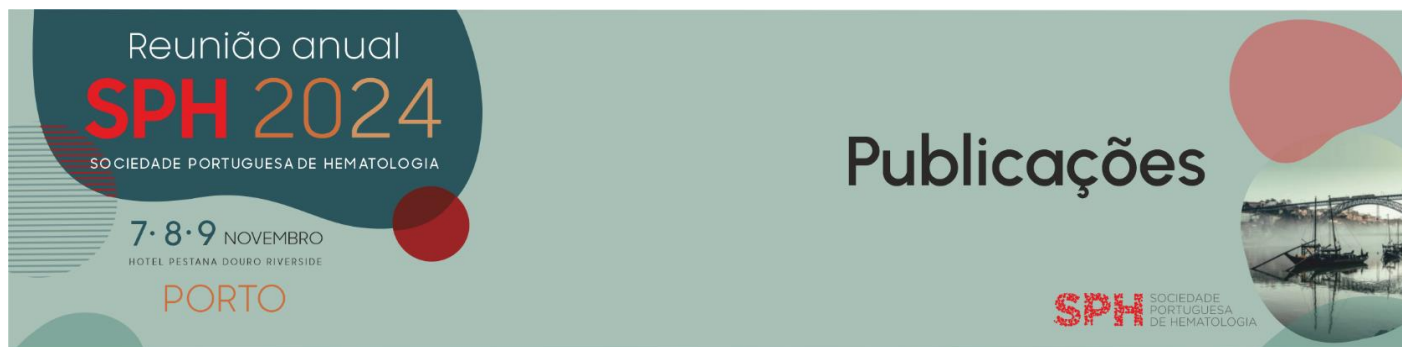


Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

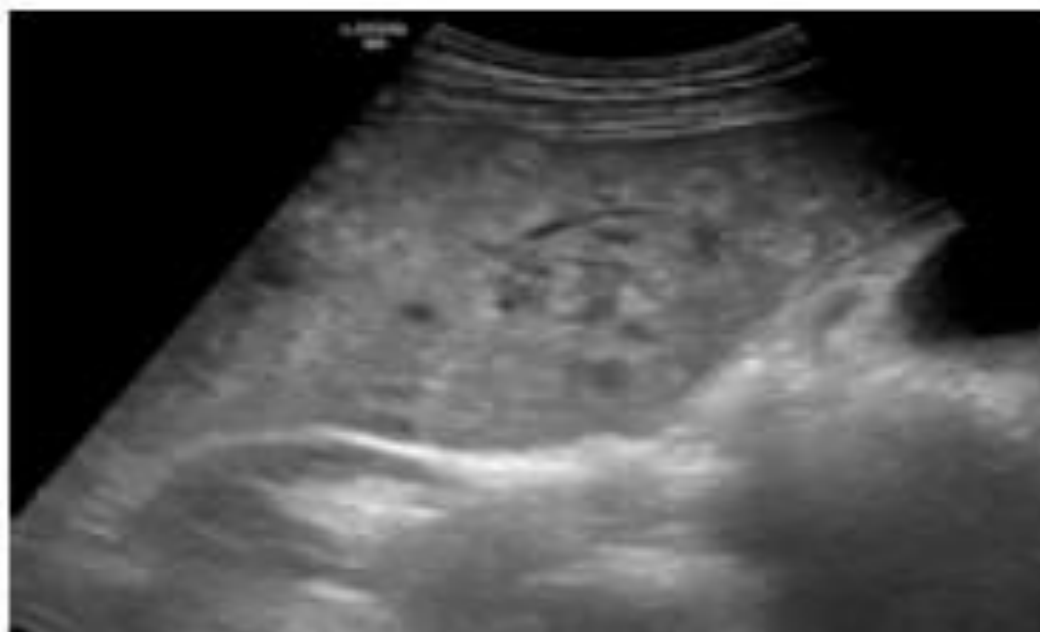


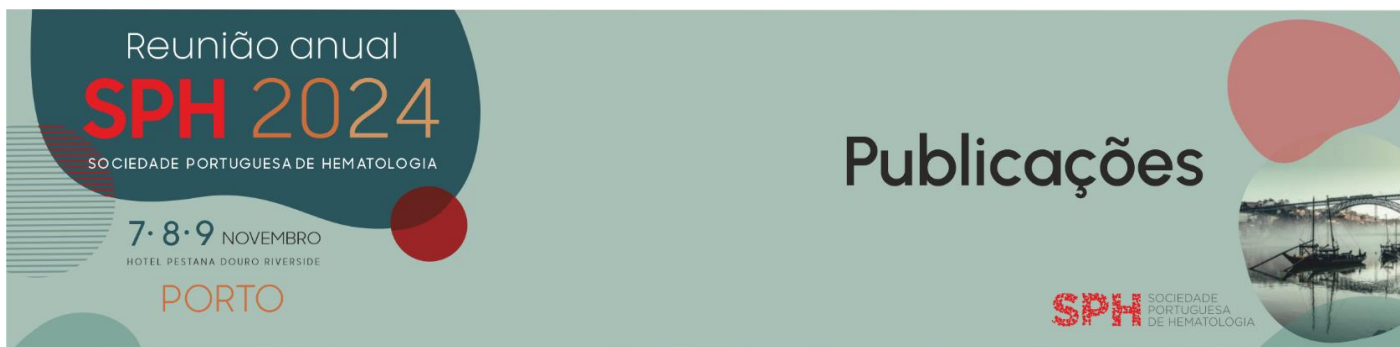


Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2





Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 6 - GAMOPATIA MONOCLONAL DE SIGNIFICADO RENAL: A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE DE UMA PATOLOGIA RARA

Margarida Choupina¹, Filipa Iglésias¹, Marta Nunes¹

¹Hematologia Clínica, ULSGE

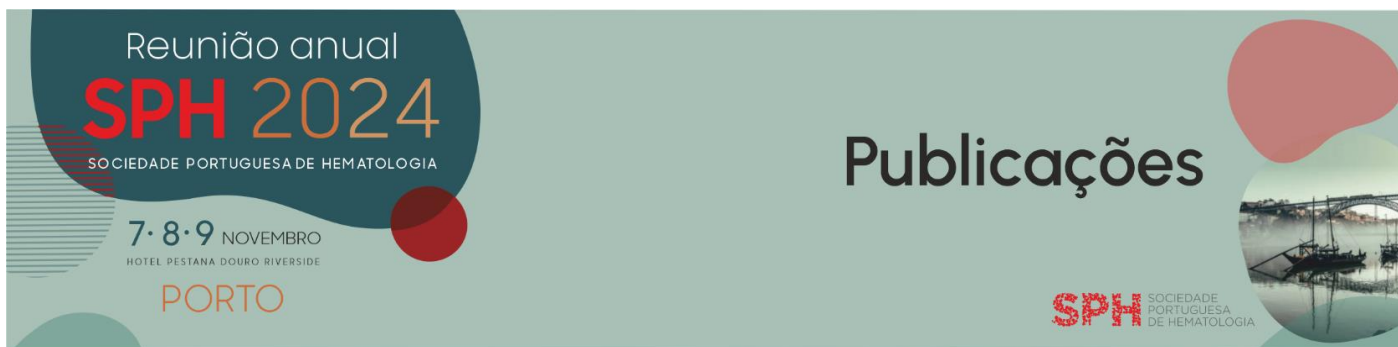
A gamopatia monoclonal de significado renal (GMSR) refere-se a um conjunto de distúrbios hematalógicos raros, nos quais existe produção de imunoglobulinas monoclonais nefrotóxicas, na ausência de critérios de diagnóstico de outras discrasias plasmocitárias. A sua classificação tem por base os achados de microscopia ótica, imunofluorescência e microscopia eletrónica da biópsia renal, que permitem classificar a GMSR em diversos subgrupos. A doença de deposição de cadeias leves (DDCL) diz respeito a uma GMSR que se caracteriza por deposição de cadeias leves monoclonais não amiloides, frequentemente kappa. Devido à sua baixa incidência e prevalência, continuam a faltar ensaios clínicos randomizados que avaliem diferentes estratégias terapêuticas, não existindo até ao momento, uma abordagem terapêutica padrão ou universalmente aceite.

O estudo tem como objetivo descrever a apresentação clínica, diagnóstico, abordagem terapêutica e evolução clínica de três casos de GMSR. Para tal foram utilizados os registos clínicos e resultados de exames complementares diagnóstico dos doentes constantes ao nível do processo hospitalar.

Os três casos referem-se a indivíduos do sexo masculino, com idades entre os 60-66 anos, internados para estudo etiológico devido a quadros clínicos de edema dos membros inferiores, hipertensão arterial, alterações da função renal, proteinúria e/ou síndrome nefrótica, com diferentes tempos de evolução (4-15 meses). Todos realizaram biópsia renal com diagnóstico de DDCL, sendo posteriormente encaminhados para consulta de hematologia com realização de estudo complementar a excluir outra discrasia plasmocitária concomitante. Até à data encontram-se todos em tratamento ativo sob bortezomib/dexametasona.

A apresentação clínica da GMSR é bastante polimórfica, podendo o caminho até ao diagnóstico ser laborioso e demorado. No entanto, a elevada suspeição clínica perante um caso de disfunção renal, possibilita um diagnóstico precoce e início de tratamento, permitindo uma melhoria da sintomatologia e desfecho renal favorável.

Palavras-Chave: discrasia plasmocitária, gamopatia monoclonal, doença de deposição de cadeias leves, gamopatia monoclonal de significado renal



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 7 - MIELOMA MÚLTIPLO RECIDIVADO COM DOENÇA EXTRAMEDULAR - RELATO DE UM CASO COM RESPOSTA FAVORÁVEL AO TECLISTAMAB

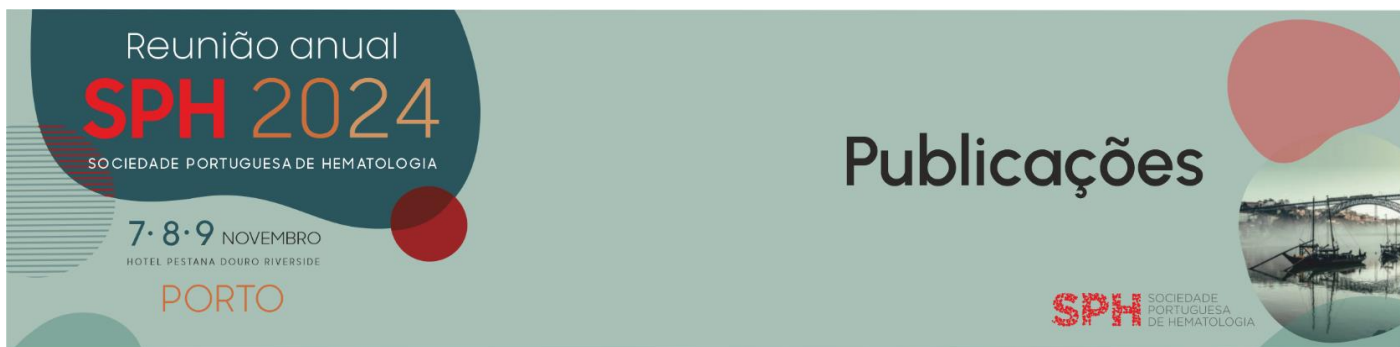
Soraia Mercedes Reis¹, Tiago Monteiro-Brás¹, Filipe R. Pinto¹, Alexandra dos Santos Gomes¹, Cláudia Pedrosa¹, Patrícia Seabra¹, Renata Cabral¹, Cláudia Casais¹

¹ULS de Santo António

Introdução: O Teclistamab (Tec) é um anticorpo biespecífico direccionado ao CD3 expresso nos linfócitos T e ao antigénio de maturação de células B (BCMA) expresso nos plasmócitos monoclonais. É usado no mieloma múltiplo (MM) refractário/recidivado (R/R) com respostas promissoras em grupos refratários a outros esquemas terapêuticos e em pacientes com alterações citogenéticas de alto risco. Nos doentes com doença extramedular (DEM) a resposta é substancialmente menor, refletindo o mau prognóstico deste subgrupo de doentes. Aqui, apresentamos um caso MM penta refratário, com boa resposta ao tratamento com Tec em 4ª linha terapêutica.

Caso clínico: Mulher de 49 anos, com diagnóstico de MM de cadeias leves lambda oligossecretor em 2021, à apresentação extensa doença óssea, hipercalemia e anemia. Necessidade de encavilhamento profilático do fémur esquerdo por risco de fratura. Realizou 1ª linha com bortezomib, talidomida e dexametasona (VTD) 6 ciclos. Tentativa de mobilização de progenitores hematopoiéticos sem sucesso. Progressão clínica, iniciado 2º linha com daratumumab, lenalidomida e dexametasona (DRd). Progride após 3 ciclos com DEM (fémur esquerdo e direito). Alterada terapêutica para carfilzomib, pomalidomida e dexametasona (KPD) e radioterapia dos fémures. Nova progressão após 5 ciclos, com aparecimento de volumoso plasmocitoma intra-abdominal a envolver os grandes vasos (230*170*70mm maiores dimensões), lesões na supra-renal esquerda, região sagrada e parede abdominal. Tratando-se de uma doente penta refratária, iniciou Tec. Como intercorrências imediatas síndrome de libertação de citocinas grau 1 e neurotoxicidade associada a células efetoras imunitárias grau 2, com necessidade de tocilizumab e corticoterapia, com reversão do quadro. Avaliada aos 3 meses de tratamento, com desaparecimento total da DEM comprovada por PET e TC. Mantém-se em tratamento com Tec há 21 meses, mantendo resposta favorável. Como intercorrências, de destacar infeções respiratórias, estando sob reposição de imunoglobulina e profilaxias antimicrobiana, antivírica, antipneumocistis.

Conclusão: Neste caso, o Tec como 4ª linha de tratamento numa paciente previamente exposta e refratária a inibidores de proteossoma, imunomoduladores e terapêutica anti-CD38, mostrou uma resposta notável com o desaparecimento total da DEM. Torna-se relevante o estudo destes fármacos em doentes de alto risco, quer em associação com outras classes de fármacos, quer em linhas de tratamento mais precoces.



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 8 - AZAR OU MAUS GENES? A HISTÓRIA DE DOIS PAIS COM LINFOMA DE HODGKIN E UM FILHO COM LINFOMA LINFOBLÁSTICO

Inês L. Gonçalves¹, Susana Franco Santos², Ana Teresa Teixeira², Nina Abreu², Mariana Simões², Ximo Duarte², Ana Teixeira²

¹Serviço de Hematologia Clínica, Hospital de São Francisco Xavier - Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental,

²Serviço de Pediatria Oncológica - Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil

Introdução: O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia hematológica rara, com agregação familiar, apontando para provável predisposição genética. Os fenómenos que levam à génese de LH são desconhecidos e há pouca associação com aberrações genéticas.

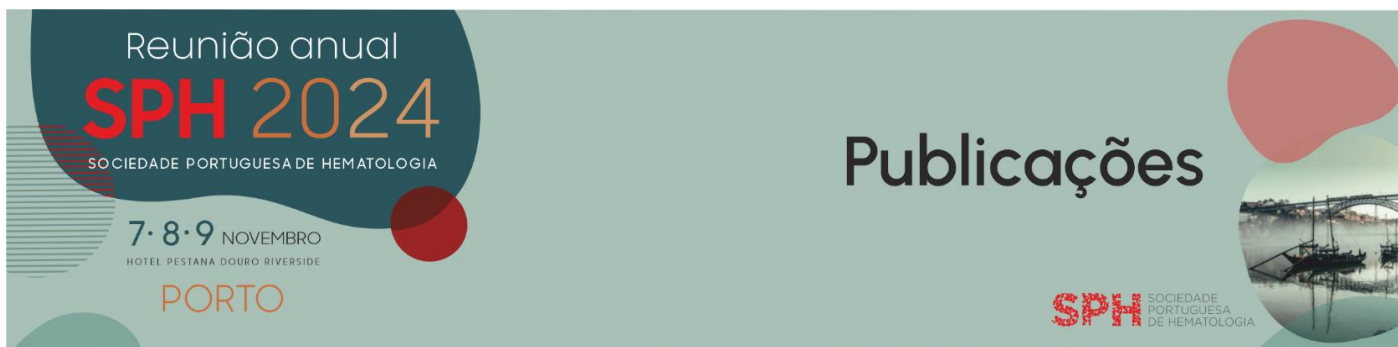
O linfoma linfoblástico T (LL-T) é uma entidade rara e que representa cerca de 20% dos Linfomas não-Hodgkin em crianças. Há evidência crescente acerca dos factores genéticos associados ao desenvolvimento da doença, pela associação a translocações cromossómicas, a incidência ser superior em familiares com a doença e a ligação a síndromes genéticas.

Caso clínico: Doente de 13 anos, com LL-T filho de dois indivíduos que tiveram LH. A mãe teve diagnóstico 5 anos antes de engravidar, apresentando-se com massa bulky e estágio II, com resposta completa (RC) após 6 ciclos de ABVD seguidos de RT (30 Gy). O pai teve diagnóstico há 8 anos, estágio IIB, com RC após 6 ciclos de ABVD. O doente não tem outros antecedentes familiares nem pessoais e tem uma irmã de fratria paterna e materna, saudável.

Apresentou-se com conglomerado adenopático supraclavicular bilateral, o maior com 28mm, e adenopatias mediastínicas; sem outros sintomas. Da avaliação analítica destacava-se Hb 15,6g/dL, 5500 leucócitos/ μ L com fórmula mantida, VS 2 mm/h, PCR 0,13mg/dL, ácido úrico 8,2mg/dL e LDH 196UI/L. A citometria de fluxo de citologia aspirativa ganglionar mostrou 92,7% de linfoblastos T, estabelecendo-se o diagnóstico de linfoma linfoblástico T e sendo iniciado o protocolo LBL 2018. Aguarda painel NGS linfóide.

Discussão: Descreve-se um caso de um doente com LL-T filho de pais diagnosticados com LH. O painel NGS linfóide está em curso, essencial para perceber se possui uma mutação germinativa, presente em um ou ambos os pais, ou associada à terapêutica da mãe. Três hipóteses são colocadas à discussão: diagnóstico estocástico, uma coincidência de ocorrência de duas patologias linfóides raras nos pais e no filho, assíncronas; a existência de mutações germinativas mono ou biparentais que induziram LL na criança e LH nos pais; ou mutação adquirida durante a quimioterapia, embora a concepção tenha ocorrido mais de 6 meses desde exposição à mesma e a evidência sugira ausência de acumulação de efeito mutagénico nos oócitos após este período. As duas últimas considerações dependem do resultado de NGS – se obtivermos frequência alélica variante elevada, sugerindo mutação germinativa, é imperativo estudar os pais e, eventualmente, a irmã.

Palavras-Chave: LNH, NGS, LH



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 10 - SÍNDROME DE SÉZARY: UM CASO RARO DE LINFOMA CUTÂNEO DE CÉLULAS T

Sara de Sousa¹, Bárbara Silva Pereira¹, Andreia Sá Lima¹, Yuliana Eremina¹, Joana dos Santos¹, Mário Bibi¹

¹Hospital Pedro Hispano, Unidade Local de Saúde de Matosinhos

Introdução: A Síndrome de Sézary (SS) é uma variante rara e agressiva de linfoma cutâneo de células T. Apresenta-se por eritrodermia generalizada, que pode atingir mais de 80% da superfície corporal, prurido intenso e adenopatias. No sangue periférico é possível verificar a presença de linfócitos T atípicos, com núcleos cerebriformes - células de Sézary. O diagnóstico é confirmado através de biópsia cutânea e imunofenotipagem, apesar de existir alguma variabilidade relativamente aos marcadores imunofenotípicos.

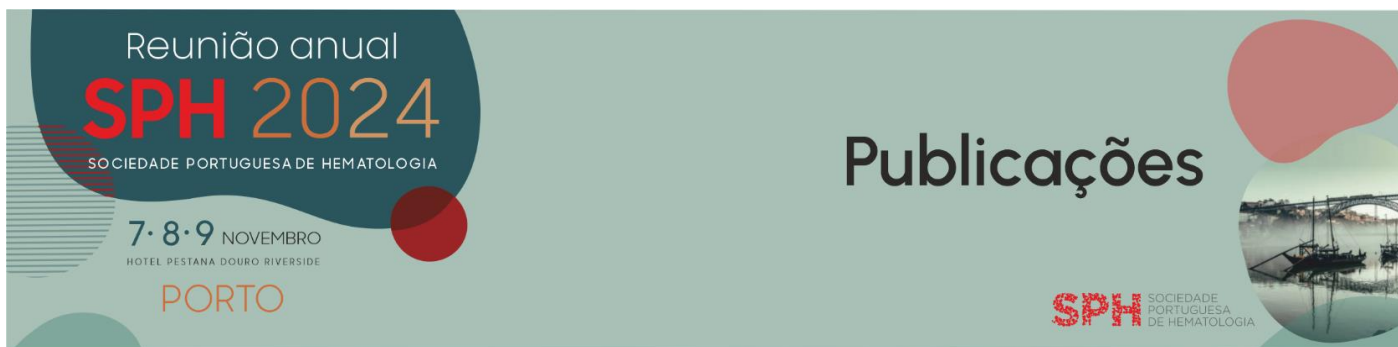
Objetivo: Rever a apresentação clínica da SS, alertando para a sua suspeição, permitindo um diagnóstico precoce.

Caso clínico: Homem de 57 anos recorreu ao Serviço de Urgência por edema dos membros inferiores com 1 semana. Apresentava lesões eritematodescamativas e pruriginosas dispersas, com 9 meses de evolução, tendo sido já medicado pelo médico assistente, sem melhoria. Referia hipersudorese noturna desde 5 meses antes, sem outros sintomas B. Ao exame objetivo com adenopatias duras, móveis e não dolorosas nas cadeias ganglionares cervicais, axilares e inguinais, a maior com cerca de 4 cm de diâmetro. Lesões eritematodescamativas a envolver quase toda a superfície cutânea, incluindo face e pavilhões auriculares e edema duro bilateral dos membros inferiores até aos joelhos. Analiticamente com leucocitose 23.820/mL, de predomínio linfocitário e LDH elevada. Esfregaço de sangue periférico e biópsias do gânglio e pele a revelar células cerebriformes, compatível com SS. HTLV-1 negativo. A imunofenotipagem de sangue periférico e do gânglio axilar demonstraram linfócitos T CD4+ anómalos com fenótipo maduro. Iniciou corticoterapia sistémica e tópica e anti-histamínicos com melhoria considerável do prurido e edema, sendo orientado para Consulta de Hematologia.

Discussão: O diagnóstico da SS é particularmente desafiante devido à semelhança com outras dermatoses eritrodérmicas, principalmente em estádios iniciais, pelo que é essencial uma abordagem diagnóstica criteriosa e multidisciplinar. O seu estadiamento reflete a gravidade da eritrodermia, linfadenopatia e linfocitose, sendo crucial para avaliar a extensão da doença e decisão terapêutica. O controlo do prurido é habitualmente difícil e um dos fatores de maior morbilidade.

Conclusão: Este caso clínico ilustra a complexidade do diagnóstico da SS, destacando a importância de considerá-la em doentes sem resposta às terapêuticas convencionais para dermatoses inflamatórias generalizadas.

Palavras-Chave: Síndrome de Sézary, Linfoma cutâneo, linfócitos T atípicos, eritrodermia



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 11 - UM LINFOMA COM SINTOMATOLOGIA ENGANADORA – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Amarante¹, Beatriz Mota Catita¹, Ana Maria Meireles¹, Catarina Campos Costa¹, Cláudia Moreira¹, Rosa Branca¹, Mário Mariz¹

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

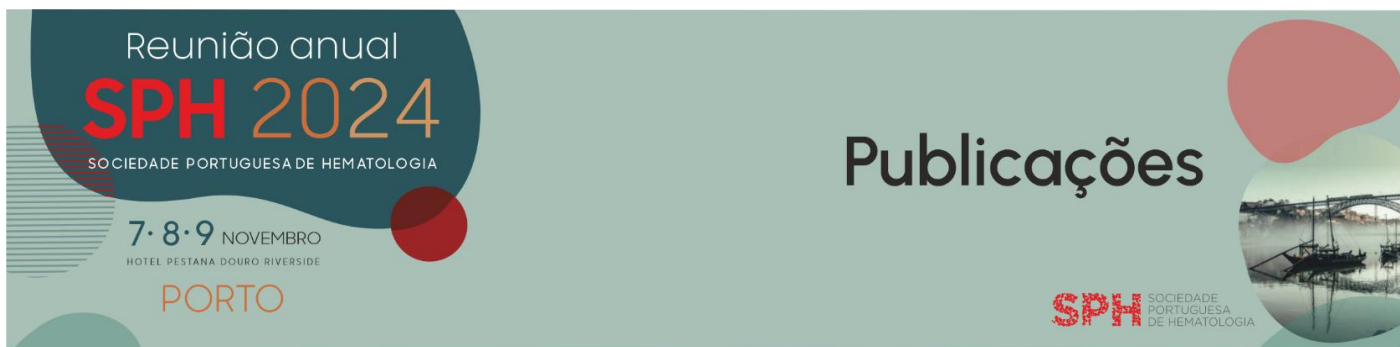
Introdução: O linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNH DGCB) é o subtipo de LNH mais comum, e caracteriza-se por um comportamento habitualmente agressivo, que obriga a diagnóstico e tratamento céleres. De acordo com a localização das suas massas, os linfomas podem causar diferentes sintomas.

Objetivo: Relato e discussão de um caso clínico.

Material e Métodos: Apresenta-se o caso de uma doente de 70 anos, com antecedente de hipotireoidismo. Por perda ponderal com seis meses de evolução, toracalgia e ptose palpebral com um mês de evolução, realizou estudo de imagem, que objetivou uma massa pulmonar volumosa no lobo superior do pulmão direito. Pela suspeita de cancro do pulmão, realizou uma TC toraco-abdomino-pélvica (TC-TAP) que definiu a massa como heterogénea, com necrose central e cerca de 10x8 cm, com provável invasão intramuscular intercostal. A biópsia transtorácica (BTT) mostrou parênquima pulmonar com alterações de tipo pneumonia em organização/pneumonia organizativa fibrinosa aguda (AFOP), sem evidência de lesão neoplásica. A tomografia por emissão de positrões (PET) mostrou metastização ganglionar mediastínica e supra-clavicular ipsilateral. Realizou uma biópsia pulmonar por cirurgia videotoracoscópica (VATS), com histologia compatível com linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B associado a vírus de Epstein-Barr (LNH DGCB EBV+). Estabeleceu-se o diagnóstico de LNH DGCB EBV+, primário do pulmão, e a doente foi encaminhada para Hematologia. Foi proposta para tratamento com quimioterapia com 6 ciclos do protocolo R-CHOP.

Resultados: A PET após tratamento mostrou captação, sem envolvimento por neoplasia na repetição de BTT. Apesar disso, e havendo dúvidas na representatividade da biópsia, optou-se por complementar terapêutica com radioterapia por se tratar de captação única na periferia da lesão, que a doente se encontra atualmente a cumprir.

Conclusão: Neste caso, a sintomatologia assemelhava-se a um tumor de Pancoast, e este mimetismo constituiu um desafio diagnóstico. Pelo seu comportamento agressivo e crescimento rápido, os LNH DGCB podem causar sintomas semelhantes a tumores sólidos por efeito de massa. Ainda, pela sua localização, os linfomas pulmonares são desafiantes no que concerne a acessibilidade da massa tumoral para histologia representativa, o que pode atrasar a instituição de terapêutica.



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 12 - EXCIÇÃO CIRÚRGICA DE LINFOMA? A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Amarante¹, Beatriz Mota Catita¹, Ana Maria Meireles¹, Catarina Campos Costa¹, Cláudia Moreira¹, Rosa Branca¹, Mário Mariz¹

¹Serviço de Hematologia e Transplantação de Medula Óssea do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

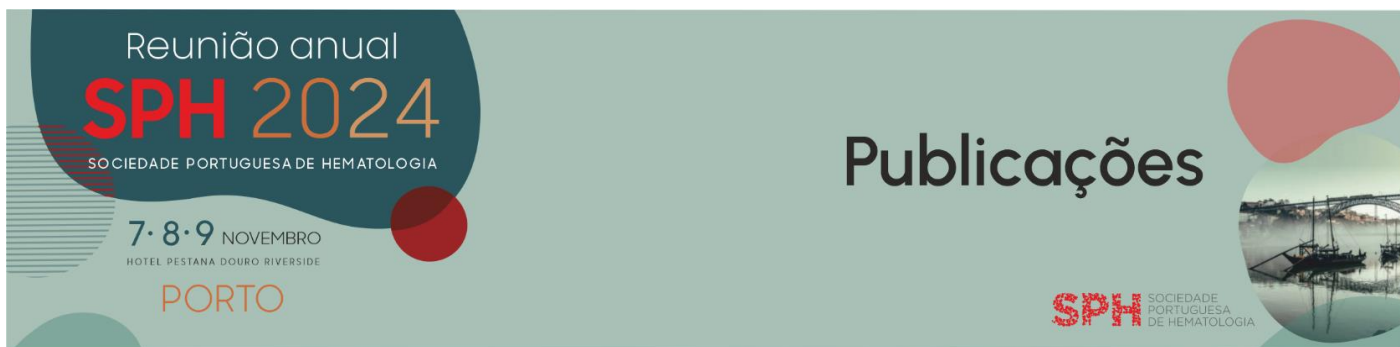
Introdução: O tratamento em primeira linha do linfoma não Hodgkin difuso de grandes células B (LNH DGCB) assenta em imunoquimioterapia, sendo o protocolo com rituximab, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina e prednisolona (R-CHOP) paradigmático. O diagnóstico destes linfomas implica análise histológica, e a vigilância pós-tratamento deve ser cuidadosa, com atenção às características da doença e do doente.

Objetivo: Relato e discussão de um caso clínico.

Material e métodos: Apresenta-se um doente de 74 anos com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, tuberculose e tabagismo. Por epigastralgia, perda ponderal e alteração do trânsito intestinal realizou endoscopia digestiva alta que mostrou uma lesão ulcerada na grande curvatura gástrica, histologia compatível com adenocarcinoma. Foi submetido a gastrectomia total, hepatectomia parcial e hemicolecomia, a histologia da peça operatória foi compatível com LNH DGCB. A revisão histológica não foi compatível com adenocarcinoma. O doente foi submetido a tratamento de quimioterapia com R-CHOP, com resposta completa em tomografia de emissão de positrões (PET) intermédia. Após 4 meses do final do tratamento, por perda ponderal associada a astenia, repetiu PET, com captação hepática de novo sugestiva de malignidade. Realizadas duas biópsias hepáticas com histologia inconclusiva, contudo a sugerir neoplasia primária do fígado/metastização de tumor sólido. O doente apresentou progressivo agravamento do estado geral e síndrome febril refratária a antibioterapia, o que motivou reavaliação imagiológica que revelou lesões hepáticas sugestivas de envolvimento secundário sem se poder excluir sobreinfecção/abscesso. Uma nova biópsia da lesão não demonstrou infiltração neoplásica tendo-se realizado culturas microbiológicas com isolamento de *Streptococcus anginosus* e *Prevotella oris* em abscesso hepático, assumindo-se esta infeção como uma complicação tardia do procedimento cirúrgico a que o doente foi inicialmente submetido.

Resultados: O doente mantém-se sob antibioterapia dirigida ao abscesso hepático em ambulatório, com melhoria clínica. Mantém-se em resposta completa e em vigilância após R-CHOP.

Conclusão: Neste doente, a extensa cirurgia prévia pode dificultar a valorização de alterações abdominais. O tratamento dos LNH DGCB passa por imunoquimioterapia, não sendo adequada a excisão das lesões. Apesar do prognóstico maioritariamente favorável, a vigilância após tratamento deve ser apertada.



Publicações

9 de Novembro | Sábado | 15h00

Sala 2

PUB 13 - LINFOMA DIFUSO DE GRANDES CÉLULAS B PRIMÁRIO DA SUPRARRENAL – UMA APRESENTAÇÃO RARA

Ana Raquel Dias¹, Ana Rita Leal¹, Joana Oliveira¹, Carolina Pavão¹, Carolina Viveiros¹, Fátima Oliveira¹

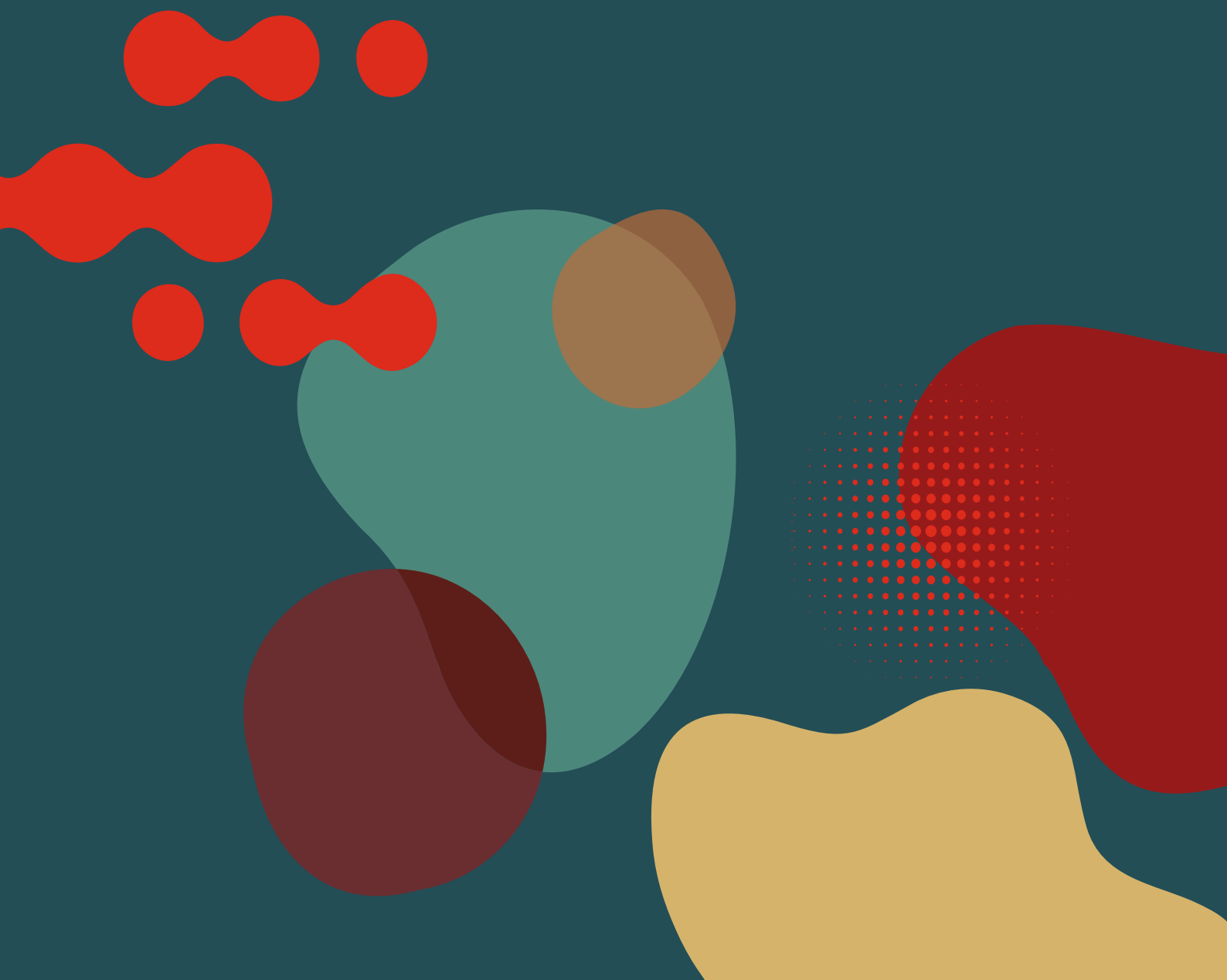
¹Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada

Introdução: O linfoma Difuso de Grandes Células B (LDGCB) primário da suprarrenal (SR) é uma entidade rara, estando apenas descritos cerca de 100 casos na literatura. Com predominância masculina (1.8:1), apresenta-se frequentemente sob a forma de massas bilaterais (70%), sendo a instalação de sintomas decorrente do efeito compressivo da(s) massa(s) e pode condicionar insuficiência adrenérgica parcial ou completa. A sobrevida estimada a um ano é de apenas 17,5%, apesar de terapêutica dirigida.

Caso Clínico: Doente de 72 anos, sexo masculino, autónomo, com antecedentes de Diabetes Mellitus tipo 2 e dislipidemia, apresenta-se com quadro progressivo de astenia, hipotensão, agravamento de lombalgia habitual, a motivar uso frequente de anti-inflamatórios não-esteróides (AINES); anorexia, enfartamento precoce e perda ponderal de cerca de 5 Kg em 15 dias. Analiticamente, a realçar LDH de 375 e agravamento da função renal (creatinina 1,62 mg/dL e ureia 89 mg/dL), assumido inicialmente em contexto de abuso de AINES. Em tomografia computadorizada (TC) cérvico-tóraco-abdómino-pélvica, identificaram-se volumosas massas centradas em ambas as glândulas suprarrenais, aparentemente sólidas, à esquerda com 8x6.5cm e à direita com 6.5x5cm de maiores eixos axiais, com perda da sua habitual morfologia. O caso foi discutido com a equipa de Endocrinologia que, dado cortisol basal de 2.5 ug/dL e atividade da renina plasmática de 10,44 ng/mL/h, assumiu insuficiência SR e iniciou terapêutica com hidrocortisona e fludrocortisona. A biópsia percutânea da SR esquerda guiada por TC, foi consistente com LDGCB, não centro germinativo, com Ki67 de 95%. A biópsia osteomedular e a avaliação do líquido cefalorraquidiano foram negativas, estabelecendo-se um estadio IV de acordo com o sistema de Ann Harbor, R-IP1 3, CNS-IP1 4. O doente iniciou protocolo com R-CHOP (rituximab, doxorubicina, vincristina, ciclofosfamida, prednisolona) e metotrexato em alta dose, em Setembro de 2024, com boa tolerância até à data.

Discussão: O linfoma primário da SR é uma entidade rara, para a qual é necessária uma elevação grau de suspeição, mas que deve ser considerada no diagnóstico diferencial de lesões nodulares bilaterais da SR, particularmente se associadas a insuficiência adrenérgica.

ÍNDICE DE AUTORES



Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO
HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

ABRANTES, ANA MARGARIDA - PO 12
ABREU, NINA - PUB 8
ACÚRCIO, RITA C - CO 13
AFONSO, CAROLINA - PO 33
AFONSO, CELINA - PUB 9
AFONSO, SOFIA - CO 19
AGRESTI, STEPHANIE - PO 1
AGUIAR, ELIANA - CO 20
ALIKHANOV, GEORGY - CO 24
ALMEIDA, ANTÓNIO - PO 24
ALMEIDA, CÁTIA - PO 22
ALONSO, PILAR TAMAYO - PO 22
ALPOIM, MAFALDA - CO 23
ALVES, ALICE FONTOURA - PO 10
ALVES, DANIELA - CO 23
ALVES, RAQUEL - PO 13
AMARANTE, ANA - PUB 11, PUB 12
AMBRÓSIO, ANA PAULA - PUB 4
AMORIM, MARIA LUÍS - PUB 3
ANTÓNIO, ANA SANTO - CO 23
ARAÚJO, INÊS - PUB 3
AREDE, LILIANA - CO 9
AUTHOR), SOFIA CAETANO (PRESENTING - PO 19, PO 20
AZEVEDO, ALEXANDRA - PUB 3
AZEVEDO, ANA PAULA - PO 37
AZEVEDO, JOANA - PO 30
AZEVEDO, LUCIANA RAMOS DE - PO 48
B.A.A.BATORÉU, MARIA DE LURDES - PO 49
BABO, MARIA MANUELA DA ROCHA MELO - CO 28, PO 48
BACELAR, ANA GARCÍA - PO 22
BADIOR, MARGARIDA - CO 5
BAPTISTA, MARIANA - PO 15
BAPTISTA, PEDRO - CO 2
BAPTISTA1,6, PEDRO - CO 9
BARBOSA, ISABEL - PO 7
BARREIROS, IVO - PO 36
BASTOS, JULIANA - CO 2
BATISTA, ANA FILIPA FERREIRA - PO 44
BATORÉU, LURDES - CO 26, CO 27
BENTO, CELESTE - PO 36
BENTO, MARIA JOSÉ - PO 38
BERGANTIM, RUI - CO 20
BERRAL-GONZALEZ, ALBERTO - PO 13
BIBI, MÁRIO - PUB 10
BLISSETT, ROB - CO 16
BLUM, SABINE - CO 1
BLÁZQUEZ, MARTA GARCÍA - PO 22
BOGEN, BJARNE - CO 13
BORGES, MARGARIDA - PO 5
BOTELHO, MARIA FILOMENA - PO 12
BRAGA, FLORBELA - PO 10
BRANCA, ROSA - PUB 11, PUB 12
BRANCO, ANA PAULA LEITÃO JORGE - PO 49
BRITO, DRA. CAROLINA CHITAS DE - PUB 5
BRITO-AVÔ, LUÍS - PO 8

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO

HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

BROWN, JENNIFER R. - PO 1
BRÁS, GIL - PO 31
BULHOSA, CAROLINA - PO 5
CABRAL, RENATA - PUB 7
CABRERA, SILVIA JIMÉNEZ - PO 22
CALDAS, JOANA - CO 23
CALISTO, RITA - PO 38
CALVO, MÓNICA CABRERO - PO 22
CAMPO, PEDRO DURÁN DEL - PO 6
CAMPOS, DRA. FILIPA - PUB 5
CARDA, JOSÉ PEDRO - CO 23
CARDOSO, NELSON LOPES - PUB 2
CARNEIRO, ANA - CO 2
CARVALHAIS, INÊS - CO 2
CARVALHO, ANA JOÃO - PO 33
CARVALHO, MARIA DA LUZ - PO 46
CASAIS, CLÁUDIA - PO 26, PUB 7
CASTRO, LILIANA - PUB 4
CASTRO, RICARDO - PO 25
CATITA, BEATRIZ - PUB 2
CATITA, BEATRIZ MOTA - PUB 11, PUB 12
CAVADAS, BRUNO - CO 10
CHACIM, SÉRGIO - PO 10
CHOUPINA, MARGARIDA - PUB 6
CIPRIANO, ANA - PO 35
CLAUDINO, CLÁUDIA - PUB 9
COELHO, DANIELA - PO 25
COELHO, HENRIQUE - PO 16
COENTRÃO, MARIA RAQUEL - PUB 2
COHEN, AILEEN CLEARY - PO 1
CORREIA, HILDEBERTO - PUB 4
CORTESÃO, EMÍLIA - PO 28
COSTA, CARLOS - CO 19
COSTA, CATARINA - CO 5
COSTA, CATARINA CAMPOS - PUB 11, PUB 12
COSTA, EMÍLIA - PO 23
COSTA, GRACINDA - PO 12
COSTA, JOÃO - PO 5
COSTA, MARIA INÊS - PO 12
COUCELO, MARGARIDA - PO 30
COUTINHO, RITA - PUB 3
COUTINHO1,2,3,4, RITA - CO 9
COUTO, EDUARDA - PO 8
CRESPO, MARTA BRAS - PO 41
CRUZ, HUGO - PO 35
CRUZ, JOÃO PAULO - CO 16
CRUZ, PATRÍCIA - CO 1
CUNHA, ELIZABETE - PO 36
CÉSAR, PAULA - CO 19
DAMIÃO, MARIA CÂNDIDA MACHADO PACHECO - PO 51
DAMÁSIO, INÊS - CO 7
DANTAS, CATARINA - PO 31
DESTERRO, JOANA - PO 34
DIAS, ANA RAQUEL - PUB 13
DIAS, MARCO - CO 5

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO

HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

DOBLE, BRETT - CO 16
DOMINGUES, NELSON - PO 10
DOURADO, ANA LUÍS CARDEAL - PUB 1
DUARTE, DELFIM - PO 10
DUARTE, MARGARIDA - CO 6
DUARTE, SARA - CO 23
DUARTE, TIAGO - CO 11
DUARTE, XIMO - PUB 8
DUARTE1, TIAGO L - CO 9
DUARTE1,3,9,10, DELFIM - CO 9
DURÃO, SOFIA AMADO - PO 33
ELIAS, MARIA TERESA MORENO N.C. - PO 49
EREMINA, YULIANA - PUB 10
ESPADA, EDUARDO - PO 14
ESTEVES, GRAÇA - PO 32
EVIDENZE, - CO 23
FARIA, CATARINA - PO 33
FARIA, FLÁVIA - PO 35
FARIA, RAQUEL - PUB 3
FARIA2, RAQUEL - CO 9
FERNANDES, BRUNO - PUB 2
FERNANDES, ERIKA - PO 40
FERNANDES, JOÃO PAULO - CO 6
FERNANDES, MARIANA LEAL - CO 23
FERRANDO, JOSÉ TOMÁS NAVARRO - PO 6
FERRANT, EMMANUELLE - PO 1
FERREIRA*, MARIANA BAPTISTA - CO 14
FERREIRA, FILIPA - PO 8
FERREIRA, FÁTIMA - PO 8
FERREIRA, GISELA - CO 23
FERREIRA, KARANINI - PO 37
FERREIRA, MANUELA - PUB 1
FERREIRA, MARGARIDA BADIOR - CO 2
FERREIRA, MARIA FÁTIMA - PO 2, PO 29
FERREIRA, MARIANA BAPTISTA - PO 23
FERRÃO, ANABELA - PO 23
FIDALGO, JESSICA - CO 3
FIDALGO, TERESA - PO 4
FIGUEIREDO, MANUEL - PO 16
FILIPE, PAULO - PO 8
FLINN, IAN W. - PO 1
FLORINDO, HELENA F - CO 13
FONTINHA, TÂNIA - PO 14
FORJAZ-LACERDA, JOÃO - PO 32
FRANCO, ANA RITA - PO 40
FREITAS, JOSÉ - CO 19
FREITAS, JOSÉ - CO 17
FREITAS, JOSÉ GUILHERME - PO 5
GAMELAS, CRISTINA - PO 37
GANZHA, SOFIA - CO 1
GARCÍA, ANDRÉS GONZÁLEZ - PO 6
GARCÍA, MÓNICA ALAÑA - PO 22
GARCÍA-SANCHO, ALEJANDRO MARTÍN - PO 22
GARRIDO, TERESA - CO 19
GASPAR, CLÁUDIA SOFIA RODRIGUES - CO 25, PO 41, PO 42

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO

HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

GASPAR, CÁTIA - CO 23
GERALDES, CATARINA - PO 33
GERALDES, MARIA DO CÉU - PUB 4
GERIVAZ, RITA - CO 19
GHIA, PAOLO - PO 1
GODINHO, INÊS - CO 12
GOMES, ALEXANDRA DOS SANTOS - PUB 7
GOMES, BRUNA PATRÍCIA MANUEL - PO 51
GOMES, GUADALUPE FERREIRA - PO 37, PUB 9
GOMES, JOANA - CO 8
GOMES, JOÃO - PO 36
GOMES, MARTA - CO 23
GOMES, MARÍLIA - CO 5
GONZÁLEZ, MÓNICA BAILE - PO 22
GONÇALVES, ANA CRISTINA - CO 15, PO 12, PO 13
GONÇALVES, INÊS L. - PUB 8, PUB 9
GONÇALVES, MARIA INÊS - CO 23
GONÇALVES, VIVIANA - PUB 1
GRAÇA, INÊS - CO 17
GRAÇA, INÊS SALAZAR - CO 20
GUERRA, HELENA - CO 26
GUERRA, MARIA LUÍS - PUB 2
GUERREIRO, MANUEL - PO 31
GUTIÉRREZ, NORMA GUTIÉRREZ - PO 22
HARO, MANUEL ESPESO DE - PO 6
HAWKINS, EDWIN - CO 10
HEES, FRANK VAN - CO 16
HENRIQUES, INÊS - PO 28
HENRIQUES, JÚLIA - PO 37
HENRIQUES, MARTA - CO 2
HORTAS, ANA MARIA - PO 10
IGLÉSIAS, FILIPA - PUB 6
JAIME, RITA - CO 23
JANOWSKI, WOJCIECH - PO 1
JOÃO, CRISTINA - CO 19
JORGE, ANA - PO 37, PUB 9
JORGE, ANA ISABEL PINTO MOTA FERREIRA - PO 51
JORGE, JOANA - PO 13
JOÃO, CRISTINA - CO 18
JURCZAK, WOJCIECH - PO 1
KALIL, ESSY MOZAFFARI, AASTHA CHANDAK, ROBERT L GOTTLIEB, CHIDINMA CHIMA-MELTON, MARK
BERRY, ALPESH N AMIN, TOBIAS WELTE, PAUL SAX, ANDRE C - PO 20
KJOLLERSTROM, PAULA - PO 23
KJOLLERSTROM, PAULA - PO 4
KOEHLER, MARIANA - PO 24
LACERDA, J. F. - PO 14
LACERDA, JOÃO FORJAZ - CO 21
LAPA, BEATRIZ - PO 12
LAPA, BEATRIZ SANTOS - CO 15
LASICA, MASA - PO 1
LEAL, ANA RITA - PUB 13
LEAL, CARINA - PO 30
LEITE, LUÍS - PO 39
LEMONS, MARCOS - PO 18
LIMA, ANDREIA SÁ - PUB 10

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO
HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

LIMA, MARTA PIRES DE - PO 34
LOAIZA, MILEYDY - PO 37
LOBATO, JOANA - PO 34
LOPES, LURDES - CO 4
LOPES, MARIANA - CO 2
LOPES, MARTA - CO 11
LOPES, RAMIRO - PUB 4
LOPES, RAQUEL - PO 25
LOPES1,4, MARTA - CO 9
LOPES1,4,7,8, JOSÉ MANUEL - CO 9
LOPEZ, ANA ÁFRICA MARTÍN - PO 22
LOPEZ, LAURA MOSTEO - CO 11
LOUBET, ESSY MOZAFFARI, AASTHA CHANDAK, CHIDINMA CHIMA-MELTON, ANDRE C KALIL, MARK BERRY,
HENG JIANG, MICHELE BARTOLETTI, PAUL - PO 19
LOURENÇO, DIANA - CO 13
LOURENÇO, VÂNIA SORAIA - PO 41
LUPI, PEDRO - PUB 9
LUÍS, DINO - CO 14
LÓPEZ, ESTEFANÍA PÉREZ - PO 22
LÓPEZ-CORRAL, LUCÍA - PO 22
LÚCIO, PAULO - CO 17
MA, SHUO - PO 1
MACEDO, BRIGITTE - CO 29
MACEIRAS, ANA RAQUEL - CO 10
MACHADO, PEDRO AMORIM - PO 28, PO 30
MAIA, TABITA - PO 36
MAIA, TÂNIA - CO 23
MAIA, ÍRIS - PUB 2
MANTECA, M VICTORIA MATEOS - PO 22
MANTOVANI, EMILY - PO 1
MARABOINA, RAVIKANTH - CO 1
MARCÃO, ANA - CO 4
MARINI, CAROLINA - PO 9
MARIZ, JOSÉ MÁRIO - PO 31
MARIZ, MÁRIO - PUB 11, PUB 12
MARQUES, ANA RITA - PO 50
MARQUES, BÁRBARA - PO 23
MARQUES, GILBERTO - PO 11
MARQUES, INÊS - PO 12
MARTINHO, PATRÍCIA - PO 4
MARTINS, DRA. RITA - PO 21
MARTINS, GABRIELA - PUB 2
MARTINS, HELENA - PO 32
MARTINS, MADALENA - PO 5
MARTINS, ÂNGELO - PO 10
MARTÍNEZ, ALMUDENA CABERO - PO 22
MARTÍNEZ, ARACELI RUBIO - PO 6
MARTÍNEZ, NOELIA ALBALÁ - PO 22
MATA, ANA VAGOS - CO 6
MATOS, JOÃO - PO 35
MEDEIROS, JÚLIA - PO 14
MEIRELES, ANA MARIA - PUB 11, PUB 12
MENDES, SANDRINE - PO 25
MENDES, TATIANA - PUB 9
MESQUITA, BRUNO - CO 6

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO
HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

MESQUITA, ELISABETE MARIA JESUS MATOS PEREIRA - PO 47

MESQUITA, ISABEL - PO 14

MESQUITA, ISABEL PAULOS - PO 32

MIGUEL, FERNANDO - PO 30

MIRANDA, FRANCISCA - PUB 9

MIRANDA, MARIANA TRIGO - PO 27

MOITA, FILIPA - PO 31

MONJARDINO, TERESA - PO 39

MONTALVÃO, ANA - CO 23

MONTANHA, MARIA JOSÉ - PUB 1

MONTEIRO, ALEXANDRA - CO 24

MONTEIRO, ANA RAQUEL - CO 15

MONTEIRO, CÁTIA - CO 17

MONTEIRO, LUIS - PO 18

MONTEIRO, LUÍS - CO 24

MONTEIRO, MARIA DO CÉU PIRES DELGADO - PO 47

MONTEIRO, SANDRA RAQUEL FERREIRA DOS SANTOS - PO 51

MONTEIRO-BRÁS, TIAGO - PUB 7

MONTES-MORENO, SANTIAGO - PO 6

MOREIRA, CLÁUDIA - PUB 11, PUB 12

MOREIRA, SÓNIA - PO 8

MORENO, MARTA - CO 26

MORGADO, PEDRO - PO 8

MOSTEO, LAURA - CO 12

MOUSINHO, FILIPA - PUB 9

MOÇO, LEONARDO - PO 10

MOÇO, LEONARDO MAIA - PO 2, PO 3, PO 29

MUNIR, TALHA - PO 1

NASCIMENTO, MARIA VIEGAS - PO 5

NEGALHA, GONÇALO DE CÂMARA - PO 10

NETO, MIGUEL - CO 19

NETO, MIGUEL ÂNGELO - CO 20

NEVES, MANUEL - CO 19

NOVELA, FRANCISCO - PO 35

NUNES, ALBERTINA - PO 34

NUNES, MARTA - PUB 6

NUNES, MIRIAM - CO 27

OCHS, ANDREAS - CO 1

OLIVEIRA, ANABELA - PO 8

OLIVEIRA, FÁTIMA - PUB 13

OLIVEIRA, ISABEL - PO 10

OLIVEIRA, JOANA - PUB 13

OLIVEIRA, MAITÊ - PO 12

OLIVEIRA, MARTA - CO 27

PAIVA, ARTUR - CO 14

PALMEIRA, CARLOS - CO 12

PARDAL, ANDRÉ - CO 19

PARDAL, ANDRÉ AIROSA - PO 8

PARDAL, RITA - PO 40

PARRA, MIRIAM LÓPEZ - PO 22

PASCOAL, JESSICA CATARINA TEIXEIRA - PO 49

PAVÃO, CAROLINA - PUB 13

PEDRO, SÓNIA - PUB 4

PEDROSA, CLÁUDIA - PUB 7

PEDROSA, JOÃO - CO 26, CO 27

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO
HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

PEITO, FLORINDA - PO 50
PEREIRA, ALEXANDRA - PO 27
PEREIRA, ANA ISABEL ARAÚJO - PO 50
PEREIRA, BÁRBARA SILVA - PUB 10
PEREIRA, CAROLINA - CO 11
PEREIRA, CATARINA MOTA - PO 33
PEREIRA, DULCINEIA - PO 10
PEREIRA, JANET - PO 36
PEREIRA, LUÍSA - PO 8
PEREIRA, MARTA - PO 28
PEREIRA, RITA QUEIRÓS - CO 20
PEREIRA, SÓNIA - CO 16
PIERDOMENICO, FRANCESCA - CO 5
PIMENTA, MÁRIO - PO 10
PINHEIRO, BERNARDETE - PO 5
PINHEIRO, EDGAR - PO 5
PINTO, ANA LUÍSA - CO 6
PINTO, ANDREIA - CO 12
PINTO, CATARINA S. - PO 4
PINTO, FILIPE - CO 6
PINTO, FILIPE R. - PUB 7
PINTO, RICARDO - CO 2
PINTO, SANDRA - PUB 1
PIRES, JORGE CANCELA - CO 20
PITA, ALEJANDRO AVENDAÑO - PO 22
POMBAL, RITA - PO 16
POMBO, GRAÇA - PUB 1
PORTO, GRAÇA - CO 11
PRIETO, NOEMI BLANCO - PO 22
QUEIRÓS, ANA C - CO 13
QUINTELA, MIGUEL - PUB 9
RAMALHEIRA, SOFIA - CO 6
RAMOS, INÊS - CO 18, CO 19
RAMOS, INÊS - PO 31
RAMOS, INÊS OLIVEIRA - CO 22
RAPOSO, JOÃO - PO 5
REBELO, ANA - PO 17, PO 18
REBELO, ANA MARGARIDA - CO 14
REGADAS, LUÍSA - PUB 3
REICHERT, ALICE - PUB 9
REIS, CÁTIA SOL DOS - CO 6
REIS, DANIELA - PO 40
REIS, JOANA PEREIRA - CO 11
REIS, SORAIA MERCEDES - PO 26, PUB 7
REIS, SÍLVIA MAGDA SANTOS PEREIRA DOS - PO 44
RELVAS, LUÍS - PO 36
RIBEIRO, ANA BELA SARMENTO - PO 13
RIBEIRO, LUÍS - PUB 1
RIBEIRO, PATRÍCIA - CO 3
RIBEIRO, PATRÍCIA - PO 17, PO 18
RIBEIRO, TERESA - CO 23
RITO, LUÍS - PO 33
RIVAS, JAVIER DE LAS - PO 13
ROBAK, TADEUSZ - PO 1
ROCHA, ANDREIA ELIANA FARROBA - PO 41

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO
HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

ROCHA, INÊS GRILO - PO 17, PO 18
ROCHA, LÍDIA - CO 10
ROCHATE, DINA - CO 19
RODRIGUES, CATARINA - PO 46
RODRIGUES, DIOGO - CO 4
RODRIGUES, FERNANDO - PO 11
RODRIGUES, INÊS COELHO - PO 8
RODRIGUES, LÉNIA PEREIRA - PUB 9
RODRIGUES, RAQUEL - PO 34
RODRIGUEZ-GUADARRAMA, Yael A - CO 16
RODRÍGUEZ, PIEDAD ARIAS - PO 22
ROQUE, ADRIANA - PO 22
SANCHES, CLARA AFONSO - CO 20
SANCHEZ, CLARA - CO 17
SANTINHA, JOÃO - CO 19
SANTO, ANA ESPÍRITO - PO 38
SANTOS, ANA RAQUEL - CO 3
SANTOS, CRISTINA - PO 46
SANTOS, JOANA - CO 24
SANTOS, JOANA DOS - PUB 10
SANTOS, JOANA SARAIVA - CO 19
SANTOS, MAFALDA - PO 30
SANTOS, MÓNICA - CO 6
SANTOS, PAULA SOUSA - CO 24
SANTOS, PEDRO RODRIGUES - CO 5
SANTOS, SUSANA - CO 14
SANTOS, SUSANA FRANCO - PUB 8
SARAIVA, FILIPA - PO 17, PO 18
SARMENTO, ANA BELA - PO 15
SARMENTO, LEONOR - CO 17
SARMENTO-RIBEIRO, ANA BELA - PO 28
SAUNDERS, CHRISTOPHER - CO 3
SEABRA, PATRÍCIA - PO 26, PUB 7
SERRA, RODOLFO - PO 11
SERRE, KARINE - CO 13
SHADMAN, MAZYAR - PO 1
SILVA, ANDREIA CRISTIANA MATOS DA - PO 51
SILVA, ANDRÉ - PUB 9
SILVA, CATARINA - CO 5
SILVA, CATARINA DE JESUS FERNANDES RAPOSO - PO 43
SILVA, CÂNDIDO - PO 37
SILVA, DUARTE - PO 13
SILVA, FERNANDO - CO 14
SILVA, HELENA MATOS - PO 27
SILVA, ISABEL - CO 14
SILVA, JOSÉ P. - PO 36
SILVA, MADALENA - CO 3
SILVA, MARGARIDA MARIA DUARTE - PO 44
SILVA, MARIA GOMES DA - PO 34
SILVA, PATRÍCIA ROCHA - CO 6
SILVA, SARA VAZ DA - PO 34
SILVA, VÍTOR - PO 10
SILVA., DRA. FERNANDA SEGANFREDO, DRA. VERA NUNES, ENF. CLARA EZEQUIEL, DRA. JOANA LOBATO,
DRA. MARIA JESUS FRADE, DRA. ALBERTINA NUNES, DRA. FRANCESCA PIERDOMENICO, DRA. JOANA
DESTERRO, PROF. DRA. MARIA GOMES DA - PO 21

Reunião anual
SPH 2024

SOCIEDADE PORTUGUESA DE HEMATOLOGIA

7·8·9 NOVEMBRO
HOTEL PESTANA DOURO RIVERSIDE

PORTO

Índice de Autores

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

SILVA5, SUSANA - CO 9
SILVEIRA, MARIA PEDRO - CO 19
SIMÃO, SARA - PO 46
SIMÕES, ANA TERESA - CO 14
SIMÕES, MARIANA - PUB 8
SIMÕES1, RUI V - CO 9
SMITH, NATE J - CO 16
SOARES, FRANCISCA - PO 18
SOARES, FRANCISCA RIBEIRO - CO 24
SOUSA, ANDREIA - PO 11
SOUSA, EMÍLIA - CO 12
SOUSA, LUÍS JOSÉ SANTOS LOPES - PO 44
SOUSA, PATRÍCIA - CO 19
SOUSA, SARA DE - PUB 10
SOUSA, SÉRGIO - PO 30
SOUSA, TERESA - PUB 2
SOUSA-PIMENTA, MÁRIO - PO 31
SPYRIDONIDIS, ALEXANDROS - CO 1
SÁNCHEZ-GUIJO, FERMÍN - PO 22
TAM, CONSTANTINE S. - PO 1
TANI, MONICA - PO 1
TAVARES, MÁRCIO - PO 5
TAVARES, SARA - CO 5
TEDESCHI, ALESSANDRA - PO 1
TEIXEIRA, ANA - PUB 8
TEIXEIRA, ANA RITA - PO 7
TEIXEIRA, ANA TERESA - PUB 8
TEIXEIRA, ANDREIA - PO 27
TELES, MARIA JOSÉ - CO 11
TIAN, TIAN - PO 1
TOMÉ, ANA - CO 5
TOMÉ, ANA LUISA - CO 19
TRAVADO, LUZIA - PO 7
TRIGO, FERNANDA - PO 2, PO 29
UBIETO, ANA JIMÉNEZ - PO 6
URBANO*, MAFALDA - CO 14
URBANO, MAFALDA - PO 23
URBANO, MAFALDA RAMOS PEREIRA VIDAL - PO 15
VADGAMA, SACHIN - CO 16
VALADÃO-SILVEIRA, MARIA PEDRO - CO 18
VARGAS, DRA. FERNANDA - PUB 5
VARGAS, FERNANDA - CO 23
VAZ, CARLOS PINHO - PO 39
VIEIRA, INÊS - CO 24
VIEIRA, JOANA - PO 32
VIEIRA, JOANA RAMOS - CO 19
VIEIRA, LÚCIA - PO 16
VILARINHO, LAURA - CO 4
VILLARÓN, EVA - PO 22
VITERBO, LUÍSA - PO 10
VITÓRIA, HELENA - CO 23
VIVEIROS, CAROLINA - PUB 13
XU, LINLIN - PO 1

Prémios

A Sociedade Portuguesa de Hematologia atribui anualmente prémios aos trabalhos que contribuam para a investigação em Hematologia.

O anúncio e a entrega dos prémios decorrerá durante a Sessão de Encerramento, a realizar no sábado, dia 11 de Novembro de 2023.

- • • 1º Prémio Apresentação Oral - **Takeda**
- • • 2º Prémio Apresentação Oral – **Takeda**
- • • Prémio Jovem Hematologista – **SPH**
- • • 1º Prémio Poster Trabalho Experimental - **SPH**
- • • 2º Prémio Poster Trabalho Experimental – **SPH**
- • • 1º Prémio Poster Trabalho Clínico – **Pharma Kern**
- • • 2º Prémio Poster Trabalho Clínico – **SPH**
- • • Prémio Melhor Comunicação Oral Enfermagem – **Pharma Kern**
- • • Prémio Melhor Poster Enfermagem – **SPH**



A Sociedade Portuguesa de Hematologia
agradece a colaboração de:

ABBVIE

BEIGENE

JANSSEN

ASTRAZENECA

LILLY

ROCHE

GILEAD

AMGEN

INCYTE

PFIZER

SOBI

TAKEDA

NOVARTIS

PIERRE FABRE

GSK

SERVIER

SANOFI

KYOWA KIRIN

ASTELLAS

PHARMAKERN

RECORDATI



Reunião anual
SPH 2024

SPH SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE HEMATOLOGIA

Congresso acreditado por:



Secretariado Executivo: VERANATURA

+351 217 120 778 / 79 | cidaliampacheco@veranatura.pt | www.veranatura.pt