

Trabalha no Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de Nova Iorque, um dos maiores centros oncológicos do mundo, e numa das áreas mais difíceis da medicina, a oncologia pediátrica. Especialista em cancro da cabeça, este americano vê doentes uma vez por semana. Nos restantes dias, dedica-se à investigação na área das metástases. Há alguns anos que mantém uma ligação a Portugal, laços reforçados desde que aceitou dirigir o Programa de Investigação em cancro da Fundação Champalimaud.

A Fundação Champalimaud acaba de lançar o programa de cancro. Quais serão os primeiros passos?

Já está montado o programa de doutoramento para médicos. E, como não queremos esperar pela abertura do centro, em Outubro de 2010, seleccionámos já três laboratórios, nas Universidades de Cornell, Princeton e Harvard [todas nos EUA] onde esses estudantes serão treinados e farão investigação. A ideia é depois regressarem a Portugal e continuarem o trabalho. Terão agora oportunidade de aprender a fazer ensaios clínicos e investigação básica. O grande objectivo da Fundação Champalimaud é a aplicação clínica.

Vão focar-se só nas metástases, porquê?

Nos últimos 150 anos temos concentrado no tumor principal – no material que analisamos, no tecido radiografado. Recentemente percebemos que, em termos biológicos, o tecido metastático é muito diferente do principal. Tornou-se importante conhecer



David Lyden

‘As metástases são muito diferentes do tumor principal,’

POR SARA SÁ

o tecido em redor das metástases, o seu ambiente, as proteínas sintetizadas. Este será o primeiro centro no mundo totalmente dedicado ao estudo das metástases. Foi por isso que aceitei imediatamente o convite que a Fundação me dirigiu.

Um doente pode vir a receber tratamentos diferentes, um para o tumor principal e outro para as metástases?

Será como tratar duas doenças diferentes. Para o tumor primário primeiro já temos terapias, amplamente testadas e até direccionadas. O nosso objectivo agora é conseguir tratar o tecido metastático, que no final pode acabar por matar os pacientes. Esperamos, por exemplo, desenvolver análises sanguíneas que antecipem o risco de metastização. Também queremos perceber como é que outras doenças,

inflamatórias, condicionam o aparecimento de metástases.

Estarão muito virados para o cancro do pulmão. Porquê?

A maioria dos doentes apresenta metástases no pulmão. Quer tenham cancro da pele, pâncreas, útero... E sabemos muito pouco sobre este tipo de cancro, tratamos mal estes doentes. Em Portugal, a taxa de cancro do pulmão é muito elevada e são de louvar as medidas recentemente adoptadas para controlo do fumo em locais públicos.

Para novas terapias são fundamentais ensaios clínicos. Em Portugal o processo de autorização está muito burocratizado. Como vão lidar com isso?

Portugal talvez esteja um bocadinho atrasado no capítulo dos ensaios clínicos, mas vamos treinar os médicos neste sentido. Queremos que os doentes sejam tratados aqui, em Portugal. Vamos trabalhar com a União Europeia de forma a aumentar o número de ensaios clínicos nesta área.

O cancro pediátrico também é considerado diferente.

Podemos aprender muito com ele. De todos os cancros, o pediátrico representa apenas 10 por cento. Como a população afectada é menor, tem sido ignorado. A divisão celular é muito rápida nas crianças e por isso temos de actuar rapidamente ou as metástases espalham-se depressa. Na maioria dos casos, trata-se de tecido embrionário: células indiferenciadas que estão a dividir-se.

Continua a ver doentes?

Sim, uma vez por semana, crianças com cancro na cabeça. Conseguimos curar 60 a 70 por cento dos casos. No entanto, estas crianças sofrem tremendos efeitos secundários. As suas personalidades mudam, os pais já não os reconhecem ao fim de dois anos de terapia. Mas os que sobrevivem e conseguem fazer uma vida normal, ir para a universidade, casar-se, ter filhos, são esses que nos fazem continuar. ▣