

VOL. II, N.º 1; 2005
SUPLEMENTO

Programa do 1.º Congresso Português do Cancro do Pulmão

Actividades do GECP

Estatutos do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão

Revista do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão

Director

Dr. Agostinho Costa

Corpo Redactorial

Dr. Agostinho Costa
Dr.^a Bárbara Parente
Dr.^a Cármen Calçada
Dr.^a Encarnação Teixeira
Dr. Fernando Barata

Conselho Científico

Dr. José Dinis
Oncologista/IPOFG, SA, Porto
Prof. Dr. Venceslau Hespanhol
Pneumologista/Hospital de S. João, Porto
Dr. Hernâni Lencastre
Cirurgião Torácico/IPOFG, SA, Porto
Dr.^a Paula Alves
Radioterapeuta/IPOFG, SA, Coimbra
Dr.^a Maria José Melo
Pneumologista/Hospital Pulido Valente, SA, Lisboa
Dr.^a Teresa Almodôvar
Pneumologista/IPOFG, SA, Lisboa
Dr. Jorge Melo
Centro de Estudos de Filosofia da Medicina, Lisboa

Direcção do GECP

Dr. Fernando Barata
Presidente
Dr.^a Encarnação Teixeira
Secretária
Dr. Agostinho Costa
Tesoureiro
Dr.^a Bárbara Parente
Vogal
Dr.^a Cármen Calçada
Vogal

Revista do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão
Volume 2. Número 1, 2005
SUPLEMENTO

Página da Direcção	5
Programa do 1.º Congresso Português do Cancro do Pulmão	7
Actividades do GECP	13
Estatutos do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão ..	22

Página da Direcção

A abordagem do cancro do pulmão deverá ser multidisciplinar, uma tarefa de equipa, com respeito mútuo, contando com a participação de todos.

O maestro ou coordenador poderá ser um Pneumologista, um Oncologista, um Cirurgião ou um Radioterapeuta dependendo das circunstâncias e condicionalismos locais. Ninguém é o melhor. Todos são precisos no conceito pluridisciplinar, contribuindo uns com o conhecimento molecular, outros com o epidemiológico, clínico, de diagnóstico ou terapêuticos.

A investigação médica e a sua divulgação é hoje um amplo espaço onde podem e devem coexistir a investigação universitária ou de institutos, a investigação clínica programada e desenvolvida pela indústria farmacêutica, a investigação de grupos cooperativos e a de grupos pequenos que se articulam e excedem na vocação, dedicação e colaboração.

Foram estes pressupostos que levaram à criação do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão (GECP), em 2000.

Como se pode ler nos estatutos, que mais uma vez publicamos, o GECP definiu como seus principais objectivos:

- Dinamizar o desenvolvimento de unidades de oncologia com interesse no cancro do pulmão, estabelecendo a cooperação entre os vários especialistas que se dedicam a esta patologia.
- Realizar e/ou cooperar em cursos de preparação e aperfeiçoamento para médicos que

se interessam pela prática de todas as técnicas associadas ao estudo e tratamento do doente com cancro do pulmão.

- Realizar e/ou cooperar em cursos de preparação, formação e aperfeiçoamento de outros profissionais que trabalhem na mesma área clínica.
- Desenvolver, coordenar e estimular a investigação clínica e experimental do cancro do pulmão através de acções conjuntas e articuladas envolvendo os vários especialistas, serviços e instituições.
- Promover a divulgação dos vários projectos realizados no âmbito do Grupo.
- Promover e dignificar o exercício da Oncologia Pulmonar e a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos doentes.

Neste suplemento da *Revista do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão* damos conta das actividades que temos desenvolvido.

A sua publicação ocorre num momento particularmente feliz para todos nós, sócios e membros da Direcção do GECP, que é o da realização do **1.º Congresso Português do Cancro do Pulmão**.

Desejamos que este seja um tempo de aquisição de saber, de partilha, mas também de convívio entre os múltiplos profissionais, de várias especialidades, que em Portugal e noutros países se dedicam ao cancro do pulmão.

A Direcção do GECP

PROGRAMA CIENTÍFICO / SCIENTIFIC PROGRAM

14 de Outubro de 2005 (Sexta-Feira)
14th October 2005 (Friday)

09.30 – 10.00

Conferência: **GRUPOS COOPERATIVOS NA
EUROPA: HOJE E AMANHÃ**

Lecture: **COOPERATIVE GROUPS IN EUROPE:
TODAY AND TOMORROW**

Jan van Meerbeeck (Bélgica)

Comentador / Discussant: Agostinho Costa (Lisboa)

10.00 – 11.00

I Sessão: **CANCRO DO PULMÃO EM PORTUGAL**
Session I: **LUNG CANCER IN PORTUGAL**

Moderador / Chairman: Renato Sotto-Mayor (Lisboa)

EPIDEMIOLOGIA

EPIDEMIOLOGY

Fátima Figueiredo (Lisboa)

**RECURSOS NO DIAGNÓSTICO E
TRATAMENTO DIAGNOSIS AND TREATMENT
RESOURCES**

Venceslau Hespagnol (Porto)

11.00 – 11.30 Coffee break

11.30 – 12.30

II Sessão: **IMAGIOLOGIA TORÁCICA**
Session II: **THORACIC IMAGING**

Moderador / Chairman: Caseiro Alves (Coimbra)

VALOR DA PET NO CANCRO DO PULMÃO
ROLE OF PET-SCAN IN LUNG CANCER

Jan van Meerbeeck (Bélgica)

**NOVAS TÉCNICAS: DO DIAGNÓSTICO AO
TRATAMENTO**

**NEW TECHNICS: FROM DIAGNOSIS TO
TREATMENT**

Paula Campos (Lisboa)

12.30 – 13.00

Abertura Oficial do Congresso / Opening Session

13.00 – 14.30 Almoço/Lunch

14.30 – 15.00

Conferência: **ÉTICA E CANCRO DO PULMÃO**
Lecture: **ETHICS AND LUNG CANCER**

Jorge Melo (Lisboa)

Comentador / Discussant: Silvério Marques (Lisboa)

15.00 – 17.00

Simposium Satélite / Satellite Symposium AMGEN

20.30

Jantar do Congresso / Conference Dinner

15 de Outubro de 2005 (Sábado)
15th October 2005 (Saturday)

09.30 – 10.00

Conferência: **BIOLOGIA MOLECULAR: O FUTURO**
Lecture: **MOLECULAR BIOLOGY: THE FUTURE**
Leonor Parreira (Lisboa)

Comentador / *Discussant*: Sérgio Barroso (Beja)

10.00 – 11.00

III Sessão: **CIRURGIA TORÁCICA**
Session III: **THORACIC SURGERY**

Moderador / *Chairman*: Hernâni Lencastre (Porto)

**CANCRO DO PULMÃO NÃO PEQUENAS
CÉLULAS**

NON-SMALL CELL LUNG CANCER
João Bernardo (Coimbra)

**CANCRO DO PULMÃO DE PEQUENAS
CÉLULAS**

SMALL CELL LUNG CANCER
Timothy Winton (Canadá)

11.00 – 11.30 Coffee break

11.30 – 12.30

IV Sessão: **RADIOTERAPIA**
Session IV: **RADIOTHERAPY**

Moderador / *Chairman*: Francisco Mascarenhas
(Lisboa)

**RADIOTERAPIA DE INTENSIDADE
MODULADA**
**INTENSITY MODULATED RADIATION
THERAPY**

Angels Roviroso (Espanha)

IRRADIAÇÃO PROFILÁCTICA CRANIANA
PROPHILACTIC CRANIAL IRRADIATION

Cármem Calçada (Porto)

12.30 – 13.00

Conferência: **TERAPÊUTICAS ALVO NO CANCRO
DO PULMÃO**

Lecture: **TARGETED THERAPIES IN LUNG
CANCER**

Nick Thatcher (UK)

Comentador / *Discussant*: Bartomeu Massuti
(Espanha)

13.00 – 14.30 Almoço / *Lunch*

14.30 – 15.00

Conferência: **ENSAIOS CLÍNICOS DE INICIATIVA
DO INVESTIGADOR**

Lecture: **INDEPENDENT CLINICAL TRIALS**

Bartomeu Massuti (Espanha)

Comentador/*Discussant*: Giorgio Scagliotti (Itália)

14 de Outubro

Simposium Satélite / *Satellite Symposium*



1.ª Parte “Experiência Clínica”

15h00 - Introdução

15h05

ANEMIA E QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO

Fernando Barata (Coimbra)

15h25

INFLUÊNCIA DOS NÍVEIS DE HEMOGLOBINA NO DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO SUBMETIDO A RADIOTERAPIA

Cármem Calçada (Porto)

15h45

NEUTROPENIA, CUMPRIMENTO DAS DOSES PROGRAMADAS E QUALIDADE DE VIDA NO DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO

Agostinho Costa (Lisboa)

16h05

O IMPACTO DA NEUTROPENIA FEBRIL NO DOENTE COM CANCRO DO PULMÃO – RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS

Jean Klastersky (Bruxelas)

16h25 – Discussão

15 de Outubro

Simposium Satélite / *Sattelite Symposium*



Respostas que Contam.

Chairman: Fernando Barata (Portugal)

15h00

TRATAMENTO DO MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO

Bárbara Parente (Portugal)

15h25

2.ª LINHA DO CPNPC: QUE QUIMIOTERAPIA ESCOLHER?

Giorgio Scagliotti (Itália)

15h50

ESTADO DA ARTE NO TRATAMENTO DE 1.ª LINHA DO CPNPC AVANÇADO OU METASTÁTICO

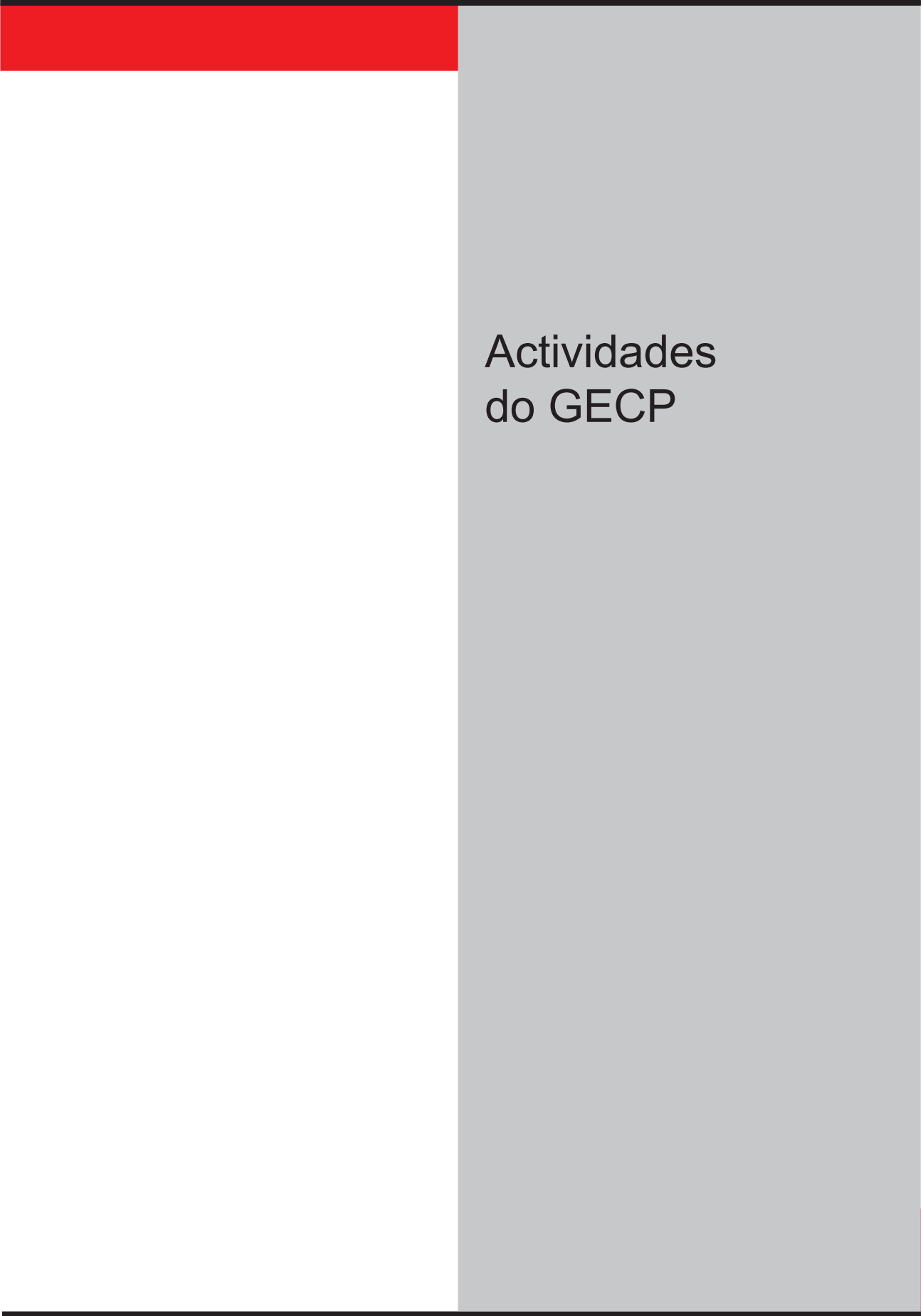
Encarnação Teixeira (Portugal)

16h15

IMPACTO DA ESCOLHA DA 1.ª LINHA NOS TRATAMENTOS SEGUINTE

Nick Thatcher (UK)

16h40 – Conclusões e Encerramento



Actividades
do GECP

ACTIVIDADE FORMATIVA DO GRUPO DE ESTUDOS DO CANCRO DO PULMÃO

Dando cumprimento aos objectivos inscritos nos Estatutos, a Direcção do GECP tem procurado desenvolver diferentes actividades, com destaque para as formativas que têm feito parte do programa de quase todas as duas reuniões anuais.

Os temas abordados estão relacionados com vários aspectos da nossa prática clínica e com a metodologia de ensaios clínicos.

Os prelectores, dos quais só alguns são sócios do Grupo, têm formação e actividade profissional diversas o que possibilita uma formação eclética.

2000

Novos critérios de avaliação da resposta tumoral (RECIST).

Dr. Agostinho Costa

2001

Ensaio clínico: definição e avaliação dos vários critérios de eficácia e de segurança.

Dr. Pedro Freitas

Ensaio clínico: regras para uma boa prática clínica.

Dra. Vera Temudo

2002

Ensaio clínico: noções básicas de estatística.

Prof. Dr. Venceslau Hespanhol

Qualidade de vida: métodos de avaliação.

Dr. Francisco Pimentel

Novos critérios de avaliação da resposta ao tratamento dos tumores sólidos.

Dr. Agostinho Costa

Neuro-oncologia: metástases com repercussão no sistema nervoso.

Dra. Cristina Oliveira

2003

Formação, organização e desenvolvimento do Grupo Español de Cáncer de Pulmón.

Dr. Bartomeu Massutí

Avaliação da resposta imagiológica torácica e abdominal.

Dr. Miranda Rodrigues

Avaliação da resposta imagiológica cerebral.

Dr. Alfredo Stockler

2004

Organização da assistência ao doente oncológico: plano oncológico nacional e rede de referência hospitalar de oncologia.

Dr. Sérgio Barroso

Anti-angiogénese: uma nova abordagem terapêutica?

Prof. Doutor Fernando Schmitt

Inibidores da angiogénese no tratamento do cancro do pulmão.

Dra. Encarnação Teixeira

Lei 46/2004 – Regime Jurídico dos Ensaio Clínicos.

Dr. Fernando Barata

Como melhorar os resultados do tratamento: perspectiva do doente.

Dr. Agostinho Costa

Intervenção psicológica nas diferentes fases da doença oncológica.

Dr.ª Ana Rita Nobre

2005

Radiocirurgia estereotáxica nas metástases cerebrais.

Dr. Francisco Mascarenhas

Planeamento de radioterapia.

Dr.ª Graça Fonseca

ENSAIOS CLÍNICOS

Protocolo 01-2001

ESTUDO PROSPECTIVO, FASE II, PARA AVALIAR DA EFICÁCIA E TOXICIDADE DE UM ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA DE INDUÇÃO COM PACLITAXEL E CARBOPLATINA (PC) E CONCORRENTE QT+RT COM PC EM DOENTES COM CPNPC, ESTÁDIO III RADICALMENTE TRATÁVEIS.

Incluídos 47 dos 68 doentes previstos. Análise interina apresentada na 11th World Conference on Lung Cancer, em Julho de 2005.

• **Protocolo 02-2002**

ENSAIO CLÍNICO DE FASE II, MULTICÊNTRICO, COM TEMOZOLAMIDA E RADIOTERAPIA CEREBRAL NO CPNPC COM METÁSTASES CEREBRAIS INOPERÁVEIS.

Suspenso por muito baixo recrutamento de doentes.

• **Protocolo 03-2003**

DURAÇÃO DA QUIMIOTERAPIA NO CARCINOMA PULMONAR NÃO PEQUENAS CÉLULAS: ESTUDO MULTICÊNTRICO, RANDOMIZADO DE QUATRO VERSUS SEIS CICLOS COM CARBOPLATINA E GEMCITABINA.

Concluída a inclusão de 220 doentes. Resultados preliminares apresentados na 11th World Conference on Lung Cancer.

• **Protocolo 04-2003**

ESTUDO DE FASE I COM VINOURELBINA ORAL, EM MONOTERAPIA, CONCOMITANTE COM RADIOTERAPIA STANDARD EM DOENTES IDOSOS COM CPNPC, DOENÇA AVANÇADA.

A efectuar no IPOFG - Porto e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Início previsto para breve

- **Protocolo 05-2003**

ESTUDO DE FASE II DE CARBOPLATINA E GEMCITABINA (PERFUSÃO CONTÍNUA A RITMO CONSTANTE) E CARBOPLATINA E GEMCITABINA (PERFUSÃO CONVENCIONAL) COMO QUIMIOTERAPIA DE 1ª LINHA PARA O CARCINOMA DO PULMÃO NÃO PEQUENAS CÉLULAS AVANÇADO, ESTÁDIOS IIIB E IV.

Actualmente em curso, estando programada a inclusão de 123 doentes.

- **Protocolo 06-2004**

ESTUDO CLÍNICO DE FASE II, MULTICÊNTRICO, RANDOMIZADO, DE TOPOTECANO SEMANAL *VERSUS* TOPOTECANO EM ESQUEMA DIÁRIO *STANDARD X5* NO TRATAMENTO DO CANCRO DO PULMÃO DE PEQUENAS CÉLULAS RECORRENTE.

Actualmente em curso, estando programada a inclusão de 64 doentes.

CONTACTOS INTERNACIONAIS

Em Março de 2002 estivemos presentes na Second World Conference on Clinical Cooperative Research for Lung Cancer em que nos demos a conhecer com um *poster* e com a apresentação duma comunicação de que retiramos alguns excertos:

The Portuguese Lung Cancer Study Group, which we call in portuguese GECP, was founded in January 2000.

Why did we found GECP? There are a lot of reasons, some of them are summarized in this slide. Lung Cancer (LC) is the first cause of death related to malignancy and the fifth cause of death in Portugal. There are about 3 thousand deaths/year and this number is still increasing.

Diagnosis and treatment of LC is performed

WHY ?

- First cause of death related to malignancy
- Number of deaths in 1998: 2843
- Mortality rate: 24.1/100 000 (M: 46.1: F: 7.1)
- More than 4000 admissions yearly
- Diagnosis is performed in 42 public hospitals
- Treatment in public hospitals:
 - Surgery 8 Centres
 - Radiotherapy 6 Centre
 - Chemotherapy 48 Centres

in a great number of centres. There are many differences between centres regarding the number of patients treated and therapeutics available. In most centres only chemotherapy is available; surgery, radiotherapy and CT are available together in 4 centres.

Most centres treat less than 50 new patients/year, but some of them treat more than a hundred.

Treatment is supervised by lung specialists in most centres and by medical oncologists in a small number of them.

These are some reasons why we decided to found GECP which main purposes are presented in this slide.

GECP MAIN PURPOSES ARE:

- Promoting the cooperation between different specialists and institutions working in the field in Portugal
- Organizing educational programs intended for doctors and nurses interested and/or involved in the management of lung cancer patients
- Promoting epidemiological studies and therapeutic trials on lung cancer
- Cooperating with international organizations and cooperative groups on clinical research and therapeutic trials

So far GECP main activities were educational programs intended for doctors related to methodology of clinical trials and discussion and approval of some therapeutic trials.

As you can see one of GECP main purposes is cooperating with other organizations. We hope this meeting represents the beginning of a fruitful cooperation with other groups.

O GECP marcou presença na 11th World Conference on Lung Cancer, que decorreu em Barcelona no mês de Julho de 2005, à qual submeteu três *abstracts* que foram aceites:

Abstract: 11

Citation: Lung Cancer 2005, Vol. 49, Supplement 2, Page S381

Multicentric Phase II induction chemotherapy with paclitaxel, carboplatin (PC) and subsequent radiation therapy with concomitant PC for stage III non small cell lung cancer. Portuguese Lung Cancer Study Group 01/01

B. Parente¹, F. Barata², J. Cunha³, E. Teixeira⁴, C. Calçada⁵, J. Dinis⁵, T. Almodovar⁶, A. Fernandes⁷

¹ Centro Hospitalar, Vila Nova Gaia, Portugal

² Centro Hospitalar, Coimbra, Portugal

³ Hospital S. Marcos, Braga, Portugal

⁴ Hospital Sta. Maria, Lisboa, Portugal

⁵ Instituto Português Oncologia, Porto, Portugal

⁶ Instituto Português Oncologia, Lisboa, Portugal

⁷ Centro Hospitalar Vila Real e Peso Régua, Portugal

Background: Chemotherapy improves survival of locally advanced NSCLC by decreasing systemic relapses and induction with concurrent chemo-radiation can achieve loco regional control. Phase I study confirmed the feasibility of concurrent chemoradiation with a weekly schedule of Paclitaxel and carboplatin in selected NSCLC patients.

Objective: To evaluate the toxicity, objective response (OR) and overall survival (OS) with concurrent chemoradiation after induction chemotherapy. We reported preliminary results, concerning safety and efficacy.

Methods: Since November 2001, a phase II multicentric study is being conducted in chemo-naïve patients with unresectable stage III NSCLC. Eligibility

criteria: age > 18 years; ECOG PS 0/1; measurable disease; adequate pulmonary, haematological, renal and liver functions; GTV less or equal to 8 cm; informed consent. Treatment consists of induction chemotherapy with 2 cycles of carboplatin (AUC 5, day 1) and paclitaxel (200 mg /m², d1) q 3 w, followed by concurrent chemoradiation: carboplatin AUC 2 + paclitaxel 50 mg /m², weekly; radiotherapy 2.0 Gy /day over 6 weeks (60 Gy).

Results: Forty-one out of 68 patients (pts) were included until December 04. Pts characteristics are: mean age 59 yrs; ECOG PS 0/1-1/40; male/female 37/4; smokers/non smokers 35/6; adenocarcinoma/squamous cell/others 17/17/7; 39 pts were evaluable for response. Induction response: 16 PR (RR 41.1 %; CI 95 %), 21 SD (53.8 %) and 2 PD (5.1%); 34 pts completed the concurrent chemoradiation, with 2 CR, 21 PR (RR 63.9 %) 7 SD (19.4 %) and 4 PD (11.1 %) To date only 12, out of 41 enrolled pts are deceased. A total of 78 cycles of chemotherapy (induction) were administered and 194 cycles (weekly-concurrent chemoradiation) were administered (5.9 per pt); 4 % cycles were delayed; 94 % of the patients completed 60 Gy of radiotherapy. There were no haematological toxicities induced by induction chemotherapy. Chemoradiation toxicities: grade 3/4 neutropenia 2/0 (1 %); thrombocytopenia 1/1 (1 %); grade 2/3 anaemia 1/1 (1 %) esophagitis grade 1/2/3 in 3/5/1 (26.5 %) patients; alopecia in all patients, grade 1/2/3 in 9/18/12 pts, respectively.

Conclusions: Concurrent chemoradiation with weekly carboplatin + paclitaxel, after induction chemotherapy, is feasible in selected patients with unresectable stage III NSCLC with a good response rate. Esophagitis incidence was low due to selected patients and prophylactic therapy.

Accrual is ongoing and updated response and toxicity analysis will be presented.

Publicado no livro de *abstracts*

Abstract: PD-065

Citation: Lung Cancer 2005, Vol. 49, Supplement 2, Page S85

Duration of chemotherapy in non-small-cell lung cancer: Multicenter, randomized, prospective clinical trial comparing 4 vs 6 cycles of carboplatin and gemcitabine. (Portuguese Lung Cancer Study Group 03/03)

F. Barata¹, B. Parente², E. Teixeira³, F. Nogueira⁴, A. Fernandes⁵, J. Cunha⁶, A. Araújo⁷, A. Costa⁸, L. Valente⁹, L. Ferreira¹⁰

¹ Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Vila Nova de Gaia, Portugal

³ Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

⁴ Hospital Egas Moniz, Lisboa, Portugal

⁵ Centro Hospitalar Vila Real/Peso da Régua, Portugal

⁶ Hospital S. Marcos, Braga

⁷ Instituto Português de Oncologia do Porto, Porto, Portugal

⁸ Hospital Pulido Valente, Lisboa, Portugal

⁹ Centro Hospitalar da Cova da Beira, Portugal

¹⁰ Hospital Sousa Martins, Guarda, Portugal

Background: So far there are few published data on optimal duration of chemotherapy in patients with stage IIIB (with pleural effusion) and IV non-small cell lung cancer (NSCLC). The goal of treatment is to prolong survival and palliate symptoms. Recent guidelines recommend that first-line chemotherapy should be stopped at four cycles in patients who are not responding to treatment and also recommend that it should be administered no more than six cycles.

Methods: We designed a phase III trial to compare 4 cycles vs 6 cycles of chemotherapy using a standard combination. Primary endpoint is overall survival (OS). Secondary endpoints included time to progression (TPP), overall response rate (ORR), one-year survival (1y-S) and safety.

Randomization was stratified by stage (IV vs IIIB) and performance status (0/1 vs 2). Patients received gemcitabine 1250 mg/m², day 1 and 8 + carboplatin, AUC 5, day 1, every 21 days. Eligibility criteria: age > 18 years, histologically proven NSCLC, weight loss < 10 %, no brain metastasis, adequate renal, hematological, hepatic functions and informed consent. The efficacy analysis (OS, TTP, 1y-S) will be performed on intent to treat basis.

Results: Between October 2002 and December 2004, 220 pts were enrolled. Arm A - 4 cycles (n = 110) and Arm B - 6 cycles (n = 110) were well-balanced for patient characteristics: median age (A/B): 64.7 vs 63.9 yrs; male/female (A/B) 86/24 vs 86/24; ex and smokers (A/B) 82 vs 83; IIIB/IV (A/B) 24/86 vs 29/81; PS 0,1 vs 2 (A/B) 90/20 vs 91/19; adenocarcinoma (A/B) 59 vs 57; squamous (A/B) 35 vs 37. ORR and toxicity was evaluated in 204 pts (7.2 % pts were not evaluated). At Jan/2005 193 pts completed chemotherapy as planned (A vs B); ORR % (43.8 vs 47.3); median number courses (3.5 vs 4.8). Disease progression was the main reason for stopping chemo % (A vs B) (20.4 vs 34.7). Grade 3/4 toxicities included neutropenia (10.2 % vs 13.6 %); thrombocytopenia (3.1 % vs 5.2 %); anemia (1.0 % vs 2.1 %). All grades of nausea/vomiting (14.2 % vs 16.8 %). At Jan/2005 151 pts (A vs B) have progressive disease (49 % vs 51 %) and 129 (50.4 % vs 49.6 %) died. Fifteen pts (Arm A) and sixteen pts (Arm B) have had a second line therapy (docetaxel) after disease progression.

Conclusions: Overall response rate is not statistically different between 4 vs 6 cycles. Major haematologic toxicity was neutropenia. Mature data of Overall Survival, One-Year Survival and Time to Progression will be available by the time of the meeting.

Poster com discussão

Abstract: P-447

Citation: Lung Cancer 2005, Vol. 49, Supplement 2, Page S234

Treatment of non-small-cell lung cancer with gefitinib (IRESSA) in a compassionate-use program: The Portuguese experience

A. Araújo¹, M. Teixeira², A. Figueiredo³, J. Correia⁴, M. Melo⁵, B. Parente⁶, M. Bernardo⁷, H. Queiroga⁸, F. Barata³

¹ Instituto Português de Oncologia, Porto, Portugal

² Hospital de Santa Maria, Lisboa, Portugal

³ Centro Hospitalar de Coimbra, Coimbra, Portugal

⁴ Hospital de Egas Moniz, Lisboa, Portugal

⁵ Hospital de Pulido Valente, Lisboa, Portugal

⁶ Centro Hospitalar V N Gaia, VN Gaia, Portugal

⁷ Hospital dos Capuchos, Lisboa, Portugal

⁸ Hospital São João, Porto, Portugal

Background: Until now, there have been no treatment options for patients with non-small-cell lung cancer (NSCLC) who have relapsed after second-line chemotherapy. Gefitinib (IRESSA), an orally active epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor, has been shown to be effective as second-line monotherapy in two Phase II trials (IDEAL [IRESSA Dose Evaluation in Advanced Lung cancer] 1 and 2) [Fukuoka et al., J Clin Oncol 2003;21:2237-46; Kris et al., JAMA 2003;290:2149-58]. We have carried out a retrospective analysis of patients who received gefitinib as part of the Expanded Access Programme (EAP) and Named Patient Program (NPP) in Portugal.

Methods: Patients with locally advanced or metastatic NSCLC who had failed second-line chemotherapy or for whom no other treatment options existed were eligible to receive gefitinib (250 mg/day orally) as part of the EAP or NPP. Data were collected retrospectively from the records of patients enrolled in centers participating in the Portuguese Lung Cancer Study

Group (GECP). Objective response (OR; complete [CR] or partial [PR] response) was evaluated using RECIST and safety assessed using serious or non-serious adverse events (SAEs/AEs).

Results: By December 2004, 9 GECP centers had enrolled 105 patients who had received gefitinib for 4 weeks, and were considered evaluable for both objective response and safety. Demography: male/female, 66/39; mean age, 61.0 years (range 29-86); adenocarcinoma/squamous-cell carcinoma/other histology, 60/22/23; prior chemotherapy 0/1/2/ > 2, 7/25/63/10; Eastern Cooperative Oncology Group performance status 0-2/ > 2, 84/21. Mean duration of treatment was 4.2 months (range 1-22.5); 38 patients received gefitinib for < 3 months and 36 are still re-

ceiving gefitinib. Disease control (OR + stable disease [SD]) was observed in 64 (61.0 %) patients: 1 (1.0 %) CR, 9 (8.6 %) PR and 54 (51.4 %) SD. Median overall survival was 6.6 months. Gefitinib was well tolerated, with the majority of non-serious AEs being grade 1/2 skin rash, diarrhea, and dry skin.

Conclusions: Our retrospective analysis has observed a comparable disease control rate (61.0 %) to that seen in the IDEAL trials. Median overall survival was 6.6 months, probably a little more than that expected with best supportive care, reinforcing the need to identify some measurable factors that may guide us in the selection of our patients. Gefitinib was well tolerated in this patient population.

Poster

REVISTA DO GRUPO DE ESTUDOS DO CANCRO DO PULMÃO

A Revista do GECP surgiu da necessidade de divulgar o esforço científico de todos quantos se dedicam ao estudo do cancro do pulmão. Adicionalmente, pretende divulgar o trabalho realizado, os projectos e ser um veículo preferencial de publicação da investigação desen-

volvida no âmbito do GECP e desta forma beneficiar o conhecimento médico e, em consequência, melhorar o serviço que todos pretendemos prestar aos nossos doentes.

A Revista tem periodicidade semestral e a sua publicação começou em 2004.



ESTATUTOS DO GRUPO DE ESTUDOS DO CANCRO DO PULMÃO

CAPÍTULO 1º – INSTITUIÇÃO E OBJECTIVOS

Artigo 1º - O Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão, adiante designado por GECP é uma associação científica sem fins lucrativos. Rege-se pelo estabelecido no presente Estatuto e pela Lei Geral.

Artigo 2º - O GECP tem a sua sede social no Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar de Coimbra, Quinta dos Vales em Coimbra.

Artigo 3º - O GECP tem por objectivos:

A) Dinamizar o desenvolvimento de unidades de oncologia com interesse no cancro do pulmão, estabelecendo a cooperação entre os vários especialistas que se dedicam a esta patologia.

B) Realizar e/ou cooperar em cursos de preparação e aperfeiçoamento para médicos que se interessam pela prática de todas as técnicas associadas ao estudo e tratamento do doente com cancro do pulmão.

C) Realizar e/ou cooperar em cursos de preparação, formação e aperfeiçoamento de outros profissionais que trabalhem na mesma área clínica.

D) Desenvolver, coordenar e estimular a investigação clínica e experimental do Cancro do Pulmão através de acções conjuntas e articuladas envolvendo os vários Especialistas, Serviços e Instituições.

E) Colaborar e dar consultadoria às Instituições Hospitalares ou outros Organismos de Assistência, que a solicitem no âmbito do Grupo.

F) Colaborar na definição de uma política de saúde, sobretudo no que respeita à prática da Oncologia Pulmonar.

G) Promover e dignificar o exercício da Oncologia Pulmonar e a melhoria da qualidade de saúde dos serviços prestados aos doentes.

CAPÍTULO 2º – DA ADMISSÃO DOS SEUS MEMBROS

Artigo 4º - Podem ser membros do GECP todos os profissionais, que trabalhando no âmbito da patologia pulmonar, demonstrem o seu interesse pela

actividade assistencial, científica e investigacional no campo da oncologia pulmonar e aceitem as normas do presente Estatuto.

Artigo 5º - São considerados sócios fundadores, todos os membros presentes ou representados legalmente na primeira reunião do GECP após a aprovação do presente Estatuto.

Artigo 6º - A admissão de novos membros far-se-á sob proposta de dois dos seus membros efectivos e aprovação da Direcção.

CAPÍTULO 3º – DOS DIREITOS E DEVERES DOS MEMBROS

Artigo 7º - São direitos dos Membros do GECP:

Participar nas actividades científicas e nos actos sociais promovidos pelo GECP.

Participar na Assembleia Geral com direito a voto.

Eleger e ser eleito para os Órgãos do GECP.

Artigo 8º - São deveres dos Membros do GECP:

Cumprir os objectivos do presente Estatuto.

Participar nas actividades do Grupo e manter-se delas informado.

Cumprir as recomendações e directivas dos Órgãos Directivos.

Exercer com empenho e dedicação as funções que lhe cabem nos corpos sociais, para os quais tenham aceitado candidatar-se e tiverem sido eleitos.

Agir solidariamente na defesa dos interesses comuns e do prestígio do Grupo.

Participar nas Assembleias Gerais.

Pagar a quotização nos termos e quantitativos fixados em Assembleia Geral.

CAPÍTULO 4º – DOS ORGÃOS DIRECTIVOS

Artigo 9º - São órgãos do GECP a Direcção, a Assembleia Geral e o Conselho Fiscal.

Os Órgãos Sociais são eleitos em Assembleia Geral entre as várias listas propostas.

A duração do mandato dos Órgãos Directivos é de três anos.

Artigo 10º - A Direcção do GECP é constituída por

cinco membros, um Presidente, um Secretário, um Tesoureiro e dois vogais.

Parágrafo único – O Presidente será um Pneumologista com vasta experiência em Oncologia Pneumológica.

Artigo 11º - São funções da Direcção:

Administrar e dirigir as actividades do GECP.
Zelar pela observância e cumprimento dos objectivos do GECP.
Elaborar o programa de actividades do triénio e proceder às alterações e ajustamentos julgados necessários ao seu cumprimento.
Promover reuniões de carácter científico ou quaisquer outras que interessem aos objectivos do GECP.
Nomear, entre os membros do GECP, comissões para desempenharem determinados objectivos científicos.
Promover o estreitamento das relações científicas entre os vários Grupos no âmbito da Oncologia.
Executar as decisões da Assembleia Geral.

Artigo 12º - São funções do Presidente:

Representar o GECP.
Convocar e presidir a todas as reuniões do GECP.
Tomar decisões de carácter administrativo de conhecida urgência necessárias ao eficaz funcionamento do GECP.

Artigo 13º - São funções do Secretário:

Convocar as reuniões da Direcção.
Elaborar as actas das reuniões da Direcção.
Manutenção e actualização dos ficheiros.
Substituir o Presidente na sua ausência ou impedimento.

Artigo 14º - São funções do Tesoureiro, movimentar as receitas e despesas do Grupo e contabilizá-las.

Artigo 15º - A Assembleia Geral é constituída por todos os membros efectivos e em pleno gozo dos seus direitos.

A Mesa da Assembleia Geral é constituída por um Presidente, um Vice-Presidente, que substitui o Presidente na sua ausência, e dois Secretários.

A Assembleia Geral reúne obrigatoriamente, em sessão ordinária, todos os anos, por impulso do Presidente da Mesa da Assembleia Geral.

A Assembleia Geral reunirá em sessão extraordinária, por solicitação da Direcção, do Conselho Fiscal ou de número de sócios não inferior a quinze. A

solicitação será dirigida ao Presidente da Mesa, dela constando necessariamente uma proposta de ordem de trabalhos.

A convocatória far-se-á por carta, pelo menos com trinta dias de antecedência e dela constará a Ordem de Trabalhos.

Artigo 16º - Compete à Assembleia Geral:

Deliberar e recomendar sobre assuntos de maior importância para o futuro do GECP.
Examinar e votar as contas anuais.
Propor a demissão da Direcção depois de convocada para esse fim e se estiverem presentes metade mais um, dos membros inscritos no GECP.
Alterar os estatutos e dissolver o GECP, em Assembleias convocadas para esses fins, desde que prevenidas as maiorias estabelecidas no Código Civil.
Fixar a quota anual a pagar pelos sócios.

Artigo 17º - O Conselho Fiscal é constituído por um Presidente, um Secretário e um Vogal.

Artigo 18º - Compete ao Conselho Fiscal fiscalizar a administração e contabilidade do Grupo e apresentar o respectivo parecer à Assembleia Geral.

CAPÍTULO 5º – DAS RECEITAS

Artigo 19º - Constituem receitas do GECP:

Os subsídios que lhe sejam concedidos.
Outras receitas, incluindo donativos, legados ou quaisquer outros proventos.
As quotas dos seus associados.

CAPÍTULO 6º – DO FUNCIONAMENTO

Artigo 20º - O GECP terá pelo menos duas reuniões científicas anuais em dois locais distintos do território nacional.

Artigo 21º - Todas as publicações do Grupo deverão ter no seu título a designação GECP e terão de ser aprovadas pela Direcção.

Artigo 22º - A autoria das publicações patrocinadas pelo Grupo, será decidida pelos membros participantes tendo em consideração que a participação com 10% dos casos avaliáveis confere o direito de integrar a lista de autores.

Artigo 23º - A) Qualquer membro do GECP poderá apresentar propostas de ensaios de investigação clínica ou experimental. B) Os protocolos de

investigação redigidos por um ou mais dos membros do Grupo, terão de ser aprovados pela Direcção.

Artigo 24º - Para cada ensaio de Investigação Clínica ou Experimental, de âmbito Nacional ou Internacional, o GECP designará o respectivo coordenador que terá de apresentar todos os dados referentes à evolução do estudo nas reuniões científicas do Grupo.

Artigo 25º - Os membros participantes em qualquer protocolo deverão possibilitar a Consulta dos dados clínicos dos seus doentes a pedido do Coordenador, sempre no respeito pelas normas éticas e deontológicas estabelecidas pela Ordem dos Médicos.

DISPOSIÇÕES FINAIS

Artigo 26º - O GECP poderá integrar-se em Associações de Grupos Cooperativos de âmbito Nacional por decisão da Direcção.

Quando convidado ou por sua iniciativa, após aprovação da Assembleia Geral, poderá integrar-se em Associações Cooperativas de âmbito Internacional.

Artigo 27º - Os casos omissos neste Estatutos serão resolvidos pelas normas aplicáveis do Código Civil.

Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão – GECP

CRITÉRIOS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DO GECP

PROPOSTA DE ADESÃO

(A informação constante neste formulário será guardada na base de dados do grupo, tendo como objectivo facilitar a identificação e contacto dos seus membros.)

O Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão é uma associação científica, sem fins lucrativos, tendo como objectivos principais o incentivo, o desenvolvimento e a coordenação de projectos de investigação clínica sobre o cancro do pulmão através de acções conjuntas e articuladas envolvendo os vários especialistas e instituições que se dedicam ao assunto.

Nome completo _____

Nome clínico _____

Data de nascimento __ / __ / __

Morada _____

Código postal _____

Telefones: Casa _____ Telemóvel _____

E-mail: _____

Local de Trabalho _____

Departamento/Serviço _____ Especialidade _____

Telefone _____ Fax _____

E-mail _____

Declaro ter intenção de pertencer ao Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão

Data __ / __ / __

Assinatura _____

Membro proponente _____

Assinatura _____

Membro proponente _____

Assinatura _____

Enviar para: Dr. Fernando Barata
Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão
Serviço de Pneumologia
Centro Hospitalar de Coimbra
Quinta dos Vales – 3040 Coimbra – Portugal
Tel.: 351 239 800 140 Fax: 351 239 812 503

Quota anual: 5 €

(fotocopie e envie-nos por Correio ou fax)

CRITÉRIOS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA DO GRUPO DE ESTUDOS DO CANCRO DO PULMÃO

A **Revista do GECP** considera para publicação trabalhos (artigos originais, de revisão, de actualização, casos clínicos, cartas ao editor, resumos críticos a livros, etc.) relacionados directa ou indirectamente com tumores torácicos. As opiniões expressas são da exclusiva responsabilidade dos autores. **Os artigos publicados ficarão propriedade da Revista, não podendo ser reproduzidos, no todo ou em parte, sem autorização do editor.** A aceitação dos originais enviados para publicação é condicionada à avaliação pelo Conselho Científico da Revista. Nesta avaliação os artigos poderão ser:

- a) aceites sem alterações;
- h) aceites após as modificações propostas e aceites pelos autores;
- c) recusados.

Apresentação dos trabalhos - Os textos devem ser escritos em português, dactilografados, com margens largas (25 mm) a dois espaços, numa só face do papel e em três exemplares com as páginas numeradas no canto superior direito. Deverão ainda ser acompanhados pela disquete e indicação do programa de computador em que foram executados.

Poder-se-ão considerar para publicação artigos redigidos em inglês, francês ou espanhol. Nestes casos, deve incluir-se o resumo, o título e as palavras-chave também em português e em inglês.

Deverão ser referenciados pelos próprios autores como artigos originais, de revisão, cartas ao editor, ou outros.

Estrutura - Sempre que possível, será adoptado o esquema convencional em que se iniciará cada parte do trabalho numa nova página pela seguinte ordem:

- a) Na primeira página:
 - título do trabalho em português e inglês
- b) Na segunda página:
 - nome dos Autores com os respectivos títulos académicos e/ou profissionais;
 - local de trabalho ou da Instituição onde foi realizado trabalho.
- c) Na(s) página(s) seguinte(s):
 - o resumo em português que não deverá ultrapassar 250 palavras para os trabalhos originais e de 150 para os casos clínicos;
 - os resumos em inglês com características idênticas ao do inicial em português;
 - as palavras-chave, em português e inglês (3 a 10), que servirão de base à indexação do artigo, de acordo com a terminologia do *Index Medicus* «*Medica Subject Headings*».
- d) O texto que, no caso dos artigos originais, terá em geral:

Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusões

- e) Agradecimentos
- f) Bibliografia
- g) Quadros e Figuras.

Bibliografia - As referências bibliográficas devem ser numeradas por ordem consecutiva da sua primeira citação no texto. Devem ser identificadas no texto com números árabes. As referências devem conter no caso das revistas o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da publicação e da sua identificação (ano, volume e páginas).

Quadros e figuras - Os quadros e figuras devem ser apresentados em páginas separadas, em fáceis condições de reprodução. Devem ser acompanhados da respectiva legenda em página à parte, mencionando no verso a lápis o número de ordem. Todos os gráficos deverão ser apresentados através de fotografia do respectivo original.

Modificações e revisões - No caso de a aceitação do artigo ser condicionada a modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo máximo de vinte dias.

As provas tipográficas serão realizadas pela Redacção, caso os autores não indiquem o contrário. Neste caso, elas deverão ser feitas no prazo determinado pela Redacção em função das necessidades editoriais da Revista.

Separatas - Podem ser fornecidas separatas, a expensas dos autores, quando requisitadas antes da impressão.

Cartas ao editor - Devem constituir um comentário crítico a um artigo da Revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 500 palavras, nem conter mais de um quadro ou figura e um máximo de 6 referências bibliográficas. As respostas do(s) autor(es) devem obedecer às mesmas características.

Pedido de publicação - Os trabalhos deverão ser enviados à Redacção, dirigidos ao Director da Revista, para a seguinte morada: Publicações Ciência e Vida, Lda. – Apartado 44 - 2676-901 Odivelas, acompanhados de uma carta com pedido de publicação, subscrito por todos os autores, indicação da cedência do *copyright* e que não foram publicados ou enviados para publicação em outra revista nacional ou estrangeira. Não serão aceites trabalhos já publicados ou enviados simultaneamente a outras revistas.

Nota final - Para um mais completo esclarecimento sobre este assunto, aconselha-se a leitura dos requisitos do International Committee of Medical Journal Editors, publicados no N. Engl J. Med 1991; 324: 424-428.

**Laboratórios patrocinadores
do 1.º Congresso Português do Cancro do Pulmão**

AMGEN

GRÜNENTHAL

 **NOVARTIS**

AstraZeneca 

 **JANSSEN-CILAG**
FARMACÉUTICA, Lda.


Pierre Fabre
Médicament

 **Bristol-Myers Squibb**
Unidade de Oncologia

Lilly
Respostas que Contam.


Roche

 **gsk**
GlaxoSmithKline

 **MSD**


Grupo
sanofi aventis
O essencial é a saúde