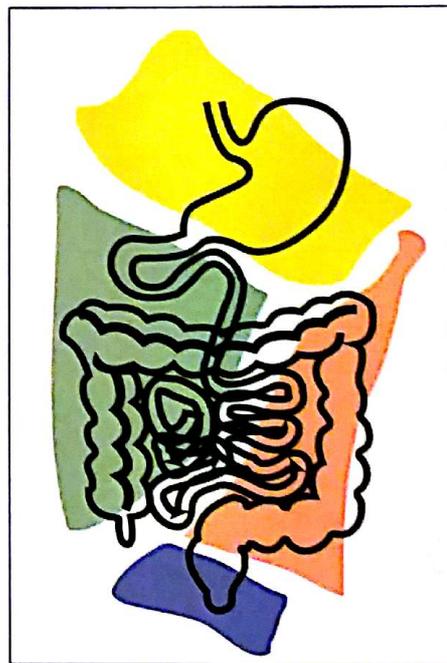


*FFCD*

**C** FONDATION FRANÇAISE DE  
CANCÉROLOGIE DIGESTIVE



**RECOMMANDATIONS**

**EDITO****QUE FAIRE DEVANT UN CANCER DIGESTIF EN 1999 ?**

L. BEDENNE, O. BOUCHÉ (coordinateur), J. FAIVRE, Ph. ROUGIER et J.F. SEITZ pour le Conseil Scientifique de la FFCD.

Les progrès dans le traitement des cancers digestifs sont faits de petits pas. Pour les valider, il faut réaliser de grands essais randomisés, d'autant plus vastes que le bénéfice attendu d'un nouveau traitement est modéré (en moyenne 1000 patients pour mettre en évidence une amélioration de 10 % de la survie à 5 ans).

Actuellement moins de 5 % des patients participent à des essais cliniques, ce qui est dommageable à la fois pour la recherche et pour les patients. En effet un traitement, quel qu'il soit, est mieux appliqué et un patient mieux suivi dans un essai grâce à la rigueur qu'il demande au clinicien. C'est pourquoi dans cet aide mémoire nous indiquerons préférentiellement, dans chaque situation clinique, le ou les essais prospectifs ouverts à l'inclusion. Des acronymes complexes désignent les groupes de recherche clinique (significations et coordonnées regroupées à la fin de ce texte). Les autres recommandations sont tirées d'études randomisées publiées.

Il ne faut pas se baser sur les résultats d'études de phase II pour traiter des malades en routine. En effet, les essais de phase II sont réalisés sur des patients sélectionnés par des centres spécialisés (bon état général, extension tumorale limitée, sans insuffisance viscérale). Trop souvent les résultats ne portent que sur les malades dits "évaluables". Ceci sélectionne dans le groupe étudié les malades les moins affaiblis ou dont l'évolution est la moins rapide. En pratique il ne faut considérer que les résultats donnés à partir des patients éligibles.

L'inclusion préférentielle des patients dans des essais thérapeutiques ne doit pas conduire à oublier le premier principe de la médecine qui est d'abord de ne pas nuire et de répondre à la demande des patients et non aux désirs des médecins. Les recommandations que nous donnons sont indicatives et doivent s'inscrire dans une démarche médicale globale. Elle doivent servir de base à la discussion au cas par cas en colloque pluridisciplinaire de concertation qui reste la base de la pratique de l'oncologie avec l'acquisition des connaissances théoriques. Ce texte, volontairement simple, ne remplace pas des publications plus exhaustives telles que les standards, options, recommandations (S.O.R.) en cours de publication par la FNCLCC ou le texte des Conférence de consensus.

Les protocoles utilisables en routine sont donnés sous forme de résumé. Leur application à un patient suppose la lecture de la référence bibliographique qui précise les détails de prescription, la surveillance et les adaptations de dose.

Ces recommandations de la FFCD diffusées une première fois il y a 5 ans (lettre FFCD, mars 1994, n°5) et mises à jour en 1997 sont datées, provisoires et seront régulièrement actualisées. Ces actualisations prendront place sur le futur site FFCD Internet.

Toutes les remarques sont les bienvenues.

ŒSOPHAGE

CARDIA

ESTOMAC

CÔLON NON MÉTASTATIQUE

CÔLON MÉTASTATIQUE

RECTUM