Wilms Cancer Foundation

Tumeur de Wilms

Impact mondial

Statistiques, survie, inégalités, traitement, accès et coûts de santé





Wilms Cancer Foundation (WCF)

La Wilms Cancer Foundation (WCF) est un organisme caritatif qui soutient et représente les enfants, les familles et les organismes de santé touchés par le cancer rénal pédiatrique, notamment le néphroblastome, appelé tumeur de Wilms. Sa mission est de mettre en place un programme international de sensibilisation, d'éducation, de défense des patients, de détection précoce, de traitement et de soutien pour lutter contre la maladie.

Ce guide de la WCF est exclusivement éducatif. Il repose sur les normes internationales d'oncologie pédiatrique du Canada, des États-Unis et de l'Europe. Pour toute question ou inquiétude, consultez un professionnel de santé qualifié.

© Wilms Cancer Foundation | Tous droits réservés.

Sommaire

Impact mondial
Statistiques, survie, inégalités, traitement, accès et coûts de santé

1 - Résumé	1
2 - Carte mondiale de l'équité en matière de survie	2
3 - L'importance de la tumeur de Wilms dans le monde	3
4 - Données probantes et limites des données	4
5 - Disparités mondiales de survie	5
6 - Cadre de disponibilité du traitement	6
7 - Coûts pour les gouvernements et les systèmes de santé	7
8 - Aperçu des statistiques par pays	8
9 - Régions prioritaires d'intervention	10
10 - Messages aux bailleurs de fonds et gouvernements	11
11 - Tableau de bord recommandé	12
Annexe A : tableau de travail par pays	13
Annexe B : tableau de travail par pays	14
Notes sur les sources et bibliographie	21

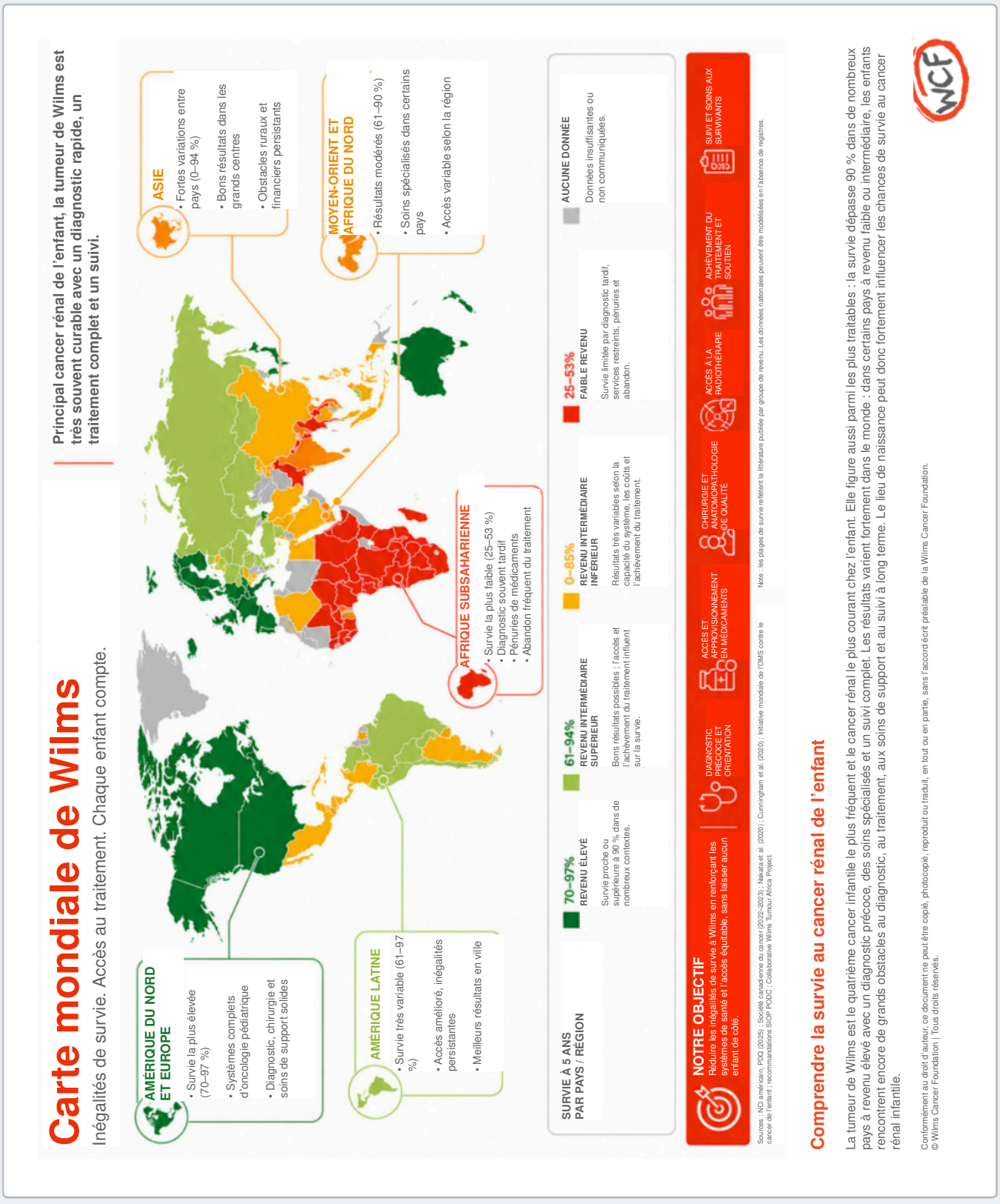
1 - Résumé

- La tumeur de Wilms est le principal cancer rénal de l'enfant et se guérit très souvent lorsque le diagnostic, la chirurgie, la chimiothérapie, la radiothérapie si nécessaire, l'anatomopathologie, les produits sanguins, la maîtrise des infections et le suivi sont accessibles à temps ;
- Le problème mondial n'est pas seulement scientifique. Il concerne aussi l'accès aux systèmes de santé : dans les pays à revenu élevé, la survie approche souvent 90 % ou plus, tandis que les résultats peuvent être bien inférieurs dans les contextes à faibles ressources ;
- Les statistiques nationales propres à la tumeur de Wilms sont incomplètes. Beaucoup de pays publient des données regroupées sur les cancers infantiles, les tumeurs rénales ou des séries hospitalières, plutôt que des données nationales de registres sur Wilms ;
- Pour défendre les politiques publiques, l'approche la plus fiable consiste à présenter les données nationales confirmées lorsqu'elles existent, les estimations modélisées lorsque les registres manquent, et un classement transparent de la fiabilité des données ;
- L'argument le plus fort pour agir maintenant est que la tumeur de Wilms est curable : diagnostic précoce, achèvement du traitement, accès aux médicaments et réseaux d'orientation peuvent améliorer la survie de façon mesurable.

« La tumeur de Wilms est souvent curable, mais la survie dépend encore du lieu de vie de l'enfant et de son accès au traitement. »

2 - Équité mondiale de la survie à la tumeur de Wilms

Fig. 1 / Carte de l'impact mondial de la tumeur de Wilms



Comprendre la survie au cancer rénal de l'enfant

La tumeur de Wilms est le quatrième cancer infantile le plus fréquent et le cancer rénal le plus courant chez l'enfant. Elle figure aussi parmi les plus traitables : la survie dépasse 90 % dans de nombreux pays à revenu élevé avec un diagnostic précoce, des soins spécialisés et un suivi complet. Les résultats varient fortement dans le monde : dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants rencontrent encore de grands obstacles au diagnostic, au traitement, aux soins de support et au suivi à long terme. Le lieu de naissance peut donc fortement influencer les chances de survie au cancer rénal infantile.

Conformément au droit d'auteur, ce document ne peut être copié, photocopié, reproduit ou traduit, en tout ou en partie, sans l'accord écrit préalable de la Wilms Cancer Foundation.
© Wilms Cancer Foundation | Tous droits réservés.

3 - L’importance de la tumeur de Wilms dans le monde

Fig. 2 / Domaine d’impact

Domaine d’impact	
Survie de l’enfant	La survie à la tumeur de Wilms peut être élevée, mais dépend d’un diagnostic rapide et d’un traitement complet.
Équité	La maladie révèle l’écart entre les pays disposant de systèmes complets d’oncologie pédiatrique et ceux où chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie ou soins de support sont tardifs ou indisponibles.
Charge familiale	Même si les médicaments sont disponibles, déplacements, hébergement, perte de salaire, frais diagnostiques et dépenses des ménages peuvent entraîner l’abandon ou l’inachèvement du traitement.
Gouvernement	Les systèmes nationaux de santé assument les coûts d’imagerie, chirurgie, chimiothérapie, hospitalisation, radiothérapie, anatomopathologie, etc. Peu de pays publient les coûts publics propres à Wilms.

4 - Données probantes et limites des données

- **Incidence :** peu de pays disposent de données nationales publiques propres à Wilms. Le NCI américain indique environ 650 cas annuels et une incidence de 9,7 par million d'enfants de moins de 15 ans. Le Canada publie les cas de cancers rénaux / du bassinet chez l'enfant, presque tous des tumeurs de Wilms ;
- **Indicateur indirect de l'incidence mondiale :** les données internationales situent l'incidence des tumeurs rénales infantiles autour de 8,3 par million, avec des taux plus élevés en Amérique du Nord et en Europe et plus faibles dans de nombreuses régions d'Asie ;
- **Survie :** une revue mondiale a trouvé des plages de 70–97 % dans les pays à revenu élevé, 61–94 % à revenu intermédiaire supérieur, 0–85 % à revenu intermédiaire inférieur et 25–53 % à faible revenu ;
- **Mortalité :** les taux nationaux propres à Wilms sont rarement publiés. La mortalité est donc exprimée ici par un indicateur relatif de risque ou de charge, sauf lorsqu'un chiffre national public existe ;
- **Coûts :** les coûts publics nationaux propres à Wilms ne sont pas publiés régulièrement. Ce document décrit les facteurs de coût et signale l'absence de données nationales publiées.



5 - Disparités mondiales de survie

Fig. 3 / Revenu du pays

Revenu du pays / contexte du système	Plage de survie rapportée	Interprétation
Pays à revenu élevé	70–97%	La plupart des enfants accèdent au traitement multimodal ; effets tardifs et suivi des survivants sont des enjeux majeurs
Pays à revenu intermédiaire supérieur	61–94%	De bons résultats sont possibles, mais l'accès, les inégalités régionales et l'achèvement du traitement influent sur la survie.
Pays à revenu intermédiaire inférieur	0–85%	Très variable ; résultats liés à la capacité des centres, au coût abordable et à l'achèvement du traitement.
Pays à faible revenu	25–53%	La survie est souvent limitée par le diagnostic tardif, les services restreints, les pénuries de médicaments et l'abandon.

Message essentiel

La tumeur de Wilms illustre l'une des inégalités mondiales les plus nettes du cancer infantile : la même maladie peut être curable dans un pays et mortelle dans un autre en raison de l'accès au système de santé.

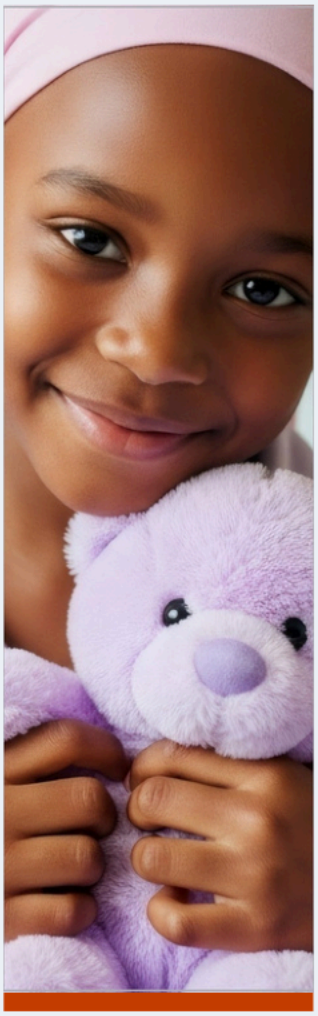
6 - Cadre de disponibilité du traitement

Fig. 4 / Éléments nécessaires

Élément nécessaire	Contexte de forte capacité	Risques si capacité limitée
Repérage précoce et orientation	Soins primaires, imagerie et parcours d'orientation identifient plus tôt les masses abdominales	Les enfants arrivent plus tard, avec des tumeurs plus grosses ou une maladie métastatique
Imagerie et stadification	Échographie, scanner, IRM, imagerie thoracique et anatomopathologie guident le traitement adapté au risque.	Une stadification incomplète peut entraîner un surtraitement, un sous-traitement ou un retard thérapeutique.
Chirurgie	Chirurgie oncologique et soutien anesthésique disponibles.	Retards chirurgicaux, manque d'anesthésie pédiatrique ou de produits sanguins augmentent le risque.
Chimiothérapie	Chimiothérapie selon protocoles et soins de support disponibles.	Pénuries, médicaments inabordables et complications infectieuses interrompent le traitement.
Radiothérapie	Disponible lorsqu'indiquée	Une radiothérapie indisponible ou tardive aggrave les résultats pour certains stades ou types histologiques.
Suivi	Surveillance des rechutes et des effets tardifs.	La perte de suivi peut empêcher la détection d'une rechute ou de complications à long terme.

7 - Coûts pour les gouvernements et les systèmes de santé

- Les coûts médicaux directs comprennent échographie, scanner, IRM, anatomopathologie, chirurgie, chimiothérapie, hospitalisations, produits sanguins, antibiotiques, radiothérapie si nécessaire, traitement des rechutes et consultations de suivi des survivants ;
- Les coûts publics indirects comprennent diagnostic tardif, prise en charge en urgence, soins intensifs, abandon du traitement, handicap, soutien social et perte de productivité au cours de la vie lorsque des cancers infantiles curables ne sont pas traités avec succès ;
- Dans les pays à revenu élevé, le coût par patient peut être élevé, mais les systèmes publics ou d'assurance l'absorbent généralement. Dans les contextes moins dotés, la baisse des dépenses publiques transfère souvent la charge aux familles et aux organismes caritatifs ;
- Les données publiées de projets africains ont identifié des coûts parentaux d'environ 100 à 1 100 dollars US comme obstacle majeur à l'achèvement du traitement. Pour beaucoup de familles, ce montant est catastrophique même lorsque les services hospitaliers sont subventionnés ;
- Du point de vue des politiques publiques, laisser une tumeur de Wilms sans traitement ne fait pas économiser les gouvernements ;
- Présentation tardive, rechute, traitement incomplet et décès évitables augmentent les pertes humaines, économiques et pour le système de santé.



8 - Aperçu des statistiques par pays

Fig. 5 / Statistiques par pays

Pays	Diagnostic annuel	Référence de survie	Disponibilité du traitement
États-Unis	~650 confirmés	~85-95%*	Oncologie pédiatrique complète, chirurgie, radiothérapie, anatomopathologie, essais cliniques
Canada	30 diagnostics de cancer rénal / du bassinet chez l'enfant en 2022	~96% survie globale à 5 ans	Réseaux provinciaux complets d'oncologie pédiatrique
Royaume-Uni	~70-90 estimés par modélisation	~85-95%+	Réseaux d'oncologie pédiatrique du NHS
France	~60-80 estimés par modélisation	~85-95%+	Réseaux nationaux d'oncologie pédiatrique
Allemagne	~70-90 estimés par modélisation	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète
Italie	~45-65 estimés par modélisation	~85-95%+	Centres nationaux d'oncologie pédiatrique
Espagne	~40-55 estimés par modélisation	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète
Pays-Bas	~15-25 estimés par modélisation	~85-95%+	Oncologie pédiatrique très centralisée
Suède	~8-15 estimés par modélisation	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète
Australie	~25-40 estimés par modélisation	~85-95%+	Centres complets d'oncologie pédiatrique
Japon	~45-65 estimés par modélisation	~85-95%	Oncologie pédiatrique complète
Corée du Sud	~15-25 estimés par modélisation	~85-95%	Oncologie pédiatrique tertiaire complète

8 - Aperçu des statistiques par pays (suite)

Fig. 6 / Statistiques par pays

Pays	Diagnostics annuels	Référence de survie	Disponibilité du traitement
Arabie saoudite	~60-90 estimés par modélisation par an	~70-95%	Oncologie spécialisée présente ; accès variable selon la région
Émirats arabes unis	~8-15 estimés par modélisation par an	~70-95%	Services tertiaires de grande capacité
Israël	~8-15 estimés par modélisation par an	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète
Chine	~900-1,400 estimés par modélisation	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Grands centres tertiaires ; lacunes rurales et financières
Brésil	~280-420 estimés par modélisation	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Vaste réseau oncologique ; variations entre États
Mexique	~180-280 estimés par modélisation	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Centres spécialisés ; retards et obstacles persistants
Argentine	~60-90 estimés par modélisation par an	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Soins spécialisés disponibles ; variations régionales
Chili	~20-35 estimés par modélisation par an	~70-95%	Réseau d'oncologie pédiatrique
Colombie	~70-110 estimés par modélisation par an	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Centres d'oncologie pédiatrique ; continuité variable
Pérou	~60-95 estimés par modélisation par an	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Soins spécialisés concentrés en ville
Afrique du Sud	~100-160 estimés par modélisation	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Soins spécialisés publics et privés ; obstacles ruraux
Turquie	~120-180 estimés par modélisation par an	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Oncologie pédiatrique spécialisée en ville

9 - Régions prioritaires d’intervention

Fig. 7 / Régions prioritaires

Région / contexte	Pourquoi c’est important	Actions prioritaires
Pays à faible revenu et États fragiles	Risque maximal de diagnostic tardif, d’abandon, de pénuries et d’absence de radiothérapie.	Parcours d’orientation, approvisionnement, aides au traitement, accompagnement des parents et développement des registres.
Pays très peuplés à revenu intermédiaire inférieur	Plus grand nombre d’enfants touchés, même si certains centres obtiennent de bons résultats.	Développer les centres régionaux, réduire l’abandon, soutenir la protection et intégrer les protocoles nationaux.
Pays à revenu intermédiaire supérieur avec inégalités régionales	Les moyennes nationales peuvent masquer les inégalités rurales ou liées aux faibles revenus.	Jumelages, cliniques satellites, télépathologie, aides au transport et résultats par région.
Petits États et îles	Le faible nombre de cas complique les soins spécialisés nationaux.	Accords régionaux d’orientation, protocoles communs et accès transfrontalier aux médicaments.

10 - Messages aux bailleurs de fonds et gouvernements

- La tumeur de Wilms offre un point de départ concret pour améliorer les systèmes de soins du cancer infantile : elle exige des soins coordonnés mais réalisables, associant diagnostic, chirurgie, chimiothérapie, soins de support et suivi ;
- Les disparités de survie sont inacceptables, car la maladie est souvent curable avec un traitement rapide et complet ;
- L'objectif ne se limite pas à acheter des médicaments. Il faut construire un parcours complet de soins qui maintient les enfants en traitement jusqu'à la guérison et assure ensuite leur suivi ;
- Les investissements nationaux doivent mesurer le délai entre symptômes et diagnostic, le stade à la présentation, l'abandon du traitement, les pénuries, les retards de chirurgie et de radiothérapie, les rechutes et la survie ;
- Un observatoire mondial de la tumeur de Wilms ou un partenariat de registres comblerait une importante lacune de données et aiderait les pays à comparer leurs progrès de façon responsable.



11 - Tableau de bord recommandé

Fig. 8 / Indicateurs

Indicateur	Définition	Pourquoi c'est important
Nouveaux diagnostics	Cas annuels confirmés de tumeur de Wilms, 0-14 ou 0-19 ans	Mesure la charge et les besoins de planification
Stade au diagnostic	Répartition des stades I à V	Montre l'efficacité du dépistage précoce et de l'orientation
Délai de mise en traitement	Jours entre première consultation et traitement oncologique	Repère les retards réduisant la survie
Achèvement du traitement	Pourcentage terminant le protocole thérapeutique	Mesure directement l'abandon et le soutien du système
Disponibilité des médicaments	Jours de rupture des chimiothérapies et médicaments de support essentiels	Montre la fiabilité de l'approvisionnement
Accès à la radiothérapie	Disponibilité et délai lorsqu'indiquée	Important pour certains stades et groupes de risque
Survie	Survie globale / sans événement à 1, 3 et 5 ans	Mesure finale des résultats

Annexe A : tableau de travail par pays

Fig. 9 / Étapes

Étapes	Action	Objectif pratique
Étape 1	Bilan nutritionnel initial	Repérer tôt le risque et établir un bilan de croissance et des apports
Étape 2	Optimisation de l'alimentation orale	Augmenter les apports : aliments préférés, repas fréquents et densité calorique
Étape 3	Compléments oraux / aliments enrichis	Combler les déficits lorsque les apports habituels sont insuffisants
Étape 4	Nutrition entérale	Assurer des apports fiables si l'alimentation orale est insuffisante
Étape 5	Nutrition parentérale	Utiliser si l'alimentation entérale est impossible ou insuffisante
Étape 6	Réévaluation et ajustement	Adapter le plan aux symptômes, à la fonction rénale et à la phase du traitement
Étape 7	Bilan nutritionnel initial	Repérer tôt le risque et établir un bilan de croissance et des apports

Important : Les lignes indiquées « estimés par modélisation » ne sont pas des statistiques nationales confirmées par des registres. Ce sont des estimations de planification fondées sur les références publiques d'incidence et la littérature générale sur la survie selon les systèmes de santé et les groupes de revenu.

Annexe B : tableau de travail par pays

Important
Les lignes indiquées « estimés par modélisation » ne sont pas des statistiques nationales confirmées par des registres. Ce sont des estimations de planification fondées sur les références publiques d'incidence et la littérature générale sur la survie selon les systèmes de santé et les groupes de revenu.

États-Unis | Élevé | ~650 confirmés par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Oncologie pédiatrique complète, chirurgie, radiothérapie, anatomopathologie, essais cliniques | Coût direct élevé ; coût public précis propre à Wilms rarement publié

Canada | Élevé | 30 diagnostics de cancer rénal / du bassinet chez l'enfant en 2022 | 6 décès par cancer rénal / du bassinet chez l'enfant en 2023 | ~96% survie globale à 5 ans | Réseaux provinciaux complets d'oncologie pédiatrique | Coût public provincial ; coût exact propre à Wilms rarement publié

Royaume-Uni | Élevé | ~70-90 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Réseaux d'oncologie pédiatrique du NHS | Coût public du NHS ; coût propre à Wilms rarement publié

France | Élevé | ~60-80 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Réseaux nationaux d'oncologie pédiatrique | Coût public / assurance sociale ; coût propre à Wilms rarement publié

Allemagne | Élevé | ~70-90 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Oncologie pédiatrique complète | Coût assurance / public ; coût propre à Wilms rarement publié

Italie | Élevé | ~45-65 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Centres nationaux d'oncologie pédiatrique | Coût du système public de santé ; coût propre à Wilms rarement publié

Espagne | Élevé | ~40-55 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Oncologie pédiatrique complète | Coût du système public de santé ; coût propre à Wilms rarement publié

Pays-Bas | Élevé | ~15-25 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Oncologie pédiatrique très centralisée | Coût public / assurance

Suède | Élevé | ~8-15 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Oncologie pédiatrique complète | Coût du système public de santé

Australie | Élevé | ~25-40 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Centres complets d'oncologie pédiatrique | Coûts publics Medicare / États, plus assurance

Japon | Élevé | ~45-65 estimés par modélisation par an | Faible à modérée | ~80-95% | Oncologie pédiatrique complète | Coût public / assurance

Corée du Sud | Élevé | ~15-25 estimés par modélisation par an | Faible à modérée | ~80-95% | Oncologie pédiatrique tertiaire complète | Coût public / assurance

Arabie saoudite | Élevé | ~60-90 estimés par modélisation par an | Modérée ; l'orientation régionale influe sur les résultats | ~70-95% | Oncologie spécialisée présente ; accès variable selon la région | Soins tertiaires financés par l'État

Émirats arabes unis | Élevé | ~8-15 estimés par modélisation par an | Modérée ; peu de cas | ~70-95% | Services tertiaires de grande capacité | Coûts État / assurances privées

Israël | Élevé | ~8-15 estimés par modélisation par an | Faible mortalité relative | ~85-95%+ | Oncologie pédiatrique complète | Coût public / assurance

Chine | Intermédiaire supérieur | ~900-1,400 estimés par modélisation par an | Forte charge absolue de mortalité | ~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur | Grands centres tertiaires ; lacunes rurales et financières | Charge mixte publique, privée et à charge des ménages

Brésil | Intermédiaire supérieur | ~280-420 estimés par modélisation par an | Charge absolue modérée à élevée | ~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur | Vaste réseau oncologique ; variations entre États | Coûts SUS / publics et privés

Mexique | Intermédiaire supérieur | ~180-280 estimés par modélisation par an | Modérée à élevée | ~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur | Centres spécialisés ; retards et obstacles persistants | Assurance publique et coûts familiaux

Argentine | Intermédiaire supérieur | ~60-90 estimés par modélisation par an | Modérée | ~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur | Soins spécialisés disponibles ; variations régionales | Coûts publics / assurance sociale

Chili | Élevé / intermédiaire supérieur | ~20-35 estimés par modélisation par an | Modérée à faible | ~70-95% | Réseau d'oncologie pédiatrique | Coûts du système public et des assurances

Colombie | Intermédiaire supérieur | ~70-110 estimés par modélisation par an | Modérée à élevée | ~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur | Centres d'oncologie pédiatrique ; continuité variable | Payeurs publics / privés et coûts familiaux

Pérou, Afrique du Sud, Turquie, Iran, Inde, Pakistan, Bangladesh, Indonésie, Philippines, Vietnam, Thaïlande, Malaisie, Égypte, Maroc, Algérie, Nigeria, Ghana, Kenya, Ouganda, Tanzanie, Éthiopie, RD du Congo, Soudan, Irak, Syrie, Yémen, Jordanie, Liban, Palestine, Oman, Koweït, Bahreïn, Afghanistan, Népal, Sri Lanka, Myanmar, Cambodge, Laos, Mongolie, Ukraine, Pologne, Roumanie.

Annexe B : statistiques par pays (suite)

Fig. 10 / Groupe de revenu du pays

Pays	Groupe de revenu	Diagnostics annuels	Indicateur de mortalité / charge	Référence de survie	Disponibilité du traitement	Pression sur les coûts
États-Unis	Élevé	~650 confirmés	Faible mortalité relative	~85-95%*	Oncologie pédiatrique complète, chirurgie, radiothérapie, anatomopathologie, essais cliniques	Coût direct élevé ; coût public précis propre à Wilms rarement publié
Canada	Élevé	30 diagnostics de cancer rénal / du bassinet chez l'enfant en 2022	6 décès par cancer rénal / du bassinet chez l'enfant en 2023	~96% survie globale à 5 ans	Réseaux provinciaux complets d'oncologie pédiatrique	Coût public provincial ; coût exact propre à Wilms rarement publié
Royaume-Uni	Élevé	~70-90 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Réseaux d'oncologie pédiatrique du NHS	Coût public du NHS ; coût propre à Wilms rarement publié
France	Élevé	~60-80 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Réseaux nationaux d'oncologie pédiatrique	Coût public / assurance sociale ; coût propre à Wilms rarement publié
Allemagne	Élevé	~70-90 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète	Coût assurance / public ; coût propre à Wilms rarement publié
Italie	Élevé	~45-65 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Centres nationaux d'oncologie pédiatrique	Coût du système public de santé ; coût propre à Wilms rarement publié
Espagne	Élevé	~40-55 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète	Coût du système public de santé ; coût propre à Wilms rarement publié
Pays-Bas	Élevé	~15-25 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Oncologie pédiatrique très centralisée	Coût public / assurance
Suède	Élevé	~8-15 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète	Coût du système public de santé
Australie	Élevé	~25-40 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%+	Centres complets d'oncologie pédiatrique	Coûts publics Medicare / États, plus assurance
Japon	Élevé	~45-65 estimés par modélisation	Faible à modérée ; incidence possiblement plus faible en Asie	~85-95%	Oncologie pédiatrique complète	Coût public / assurance
Corée du Sud	Élevé	~15-25 estimés par modélisation	Faible mortalité relative	~85-95%	Oncologie pédiatrique tertiaire complète	Coût public / assurance

Annexe B : statistiques par pays (suite)

Fig. 11 / Groupe de revenu du pays

Pays	Groupe de revenu	Diagnostics annuels	Indicateur de mortalité / charge	Référence de survie	Disponibilité du traitement	Pression sur les coûts
Arabie saoudite	Élevé	~60-90 estimés par modélisation par an	Modérée ; l'orientation régionale influe sur les résultats	~70-95%	Oncologie spécialisée présente ; accès variable selon la région	Soins tertiaires financés par l'État
Émirats arabes unis	Élevé	~8-15 estimés par modélisation par an	Modérée ; peu de cas	~70-95%	Services tertiaires de grande capacité	Coûts État / assurances privées
Israël	Élevé	~8-15 estimés par modélisation par an	Faible mortalité relative	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète	Coût public / assurance
Chine	Intermédiaire supérieur	~900-1,400 estimés par modélisation	Forte charge absolue de mortalité	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Grands centres tertiaires ; lacunes rurales et financières	Charge mixte publique, privée et à charge des ménages
Brésil	Intermédiaire supérieur	~280-420 estimés par modélisation	Charge absolue modérée à élevée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Vaste réseau oncologique ; variations entre États	Coûts SUS / publics et privés
Mexique	Intermédiaire supérieur	~180-280 estimés par modélisation	Modérée à élevée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Centres spécialisés ; retards et obstacles persistants	Assurance publique et coûts familiaux
Argentine	Intermédiaire supérieur	~60-90 estimés par modélisation par an	Modérée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Soins spécialisés disponibles ; variations régionales	Coûts publics / assurance sociale
Chili	Élevé / intermédiaire supérieur	~20-35 estimés par modélisation par an	Modérée à faible	~70-95%	Réseau d'oncologie pédiatrique	Coûts du système public et des assurances
Colombie	Intermédiaire supérieur	~70-110 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Centres d'oncologie pédiatrique ; continuité variable	Payeurs publics / privés et coûts familiaux
Pérou	Intermédiaire supérieur	~60-95 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Soins spécialisés concentrés en ville	Charge publique et dépenses des ménages
Afrique du Sud	Intermédiaire supérieur	~100-160 estimés par modélisation	Modérée à élevée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Soins spécialisés publics et privés ; obstacles ruraux	Coûts publics / privés et transport familial
Turquie	Intermédiaire supérieur	~120-180 estimés par modélisation par an	Modérée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Oncologie pédiatrique spécialisée en ville	Coût public / sécurité sociale

Annexe B : statistiques par pays (suite)

Fig. 12 / Groupe de revenu du pays

Pays	Groupe de revenu	Diagnostics annuels	Indicateur de mortalité / charge	Référence de survie	Disponibilité du traitement	Pression sur les coûts
Iran	Intermédiaire inférieur / supérieur	~110-170 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Oncologie tertiaire présente ; accès variable aux médicaments	Coûts publics / caritatifs / familiaux
Inde	Intermédiaire inférieur	~1,600-2,500 estimés par modélisation par an	Très forte charge absolue	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Centres d'excellence présents ; accès inégal	Dispositifs publics et coûts familiaux élevés
Pakistan	Intermédiaire inférieur	~450-700 estimés par modélisation par an	Charge absolue élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Grands centres ; accès et coût abordable variables	Charge publique / caritative / familiale
Bangladesh	Intermédiaire inférieur	~300-500 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Capacité spécialisée concentrée dans les grandes villes	Charge État / ONG / familles
Indonésie	Intermédiaire supérieur / inférieur	~500-800 estimés par modélisation par an	Charge absolue élevée	~0-85% à 61- 94% plage mixte	Centres spécialisés dans les grandes villes	Assurance publique et coûts familiaux
Philippines	Intermédiaire inférieur	~180-280 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Oncologie pédiatrique dans les grands centres	Charge publique / assurances / familles
Vietnam	Intermédiaire inférieur	~130-220 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Hôpitaux spécialisés dans les grandes villes	Assurance publique et coût familial
Thaïlande	Intermédiaire supérieur	~70-110 estimés par modélisation par an	Modérée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Capacité d'oncologie pédiatrique ; apport de la couverture universelle	Coût pour le payeur public
Malaisie	Intermédiaire supérieur	~45-75 estimés par modélisation par an	Modérée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Oncologie pédiatrique publique ; orientation variable	Coût du système public de santé
Égypte	Intermédiaire inférieur	~220-350 estimés par modélisation par an	Charge absolue élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Grands établissements d'oncologie pédiatrique	Charge État / organismes caritatifs / familles
Maroc	Intermédiaire inférieur	~65-100 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Oncologie spécialisée dans les grands centres	Charge publique / caritative / familiale
Algérie	Intermédiaire supérieur	~85-130 estimés par modélisation par an	Modérée	~61-94% plage revenu intermédiaire supérieur	Services spécialisés dans les grandes villes	Soins financés par l'État

Annexe B : statistiques par pays (suite)

Fig. 13 / Groupe de revenu du pays

Pays	Groupe de revenu	Diagnostics annuels	Indicateur de mortalité / charge	Référence de survie	Disponibilité du traitement	Pression sur les coûts
Nigeria	Intermédiaire inférieur	~900-1,500 estimés par modélisation par an	Charge absolue très élevée	~0-85% plage des pays à revenu intermédiaire inférieur ; de nombreux centres en dessous	Centres spécialisés, mais capacité limitée et obstacles de coût et d'approvisionnement	Dépenses publiques limitées ; charge familiale / caritative
Ghana	Intermédiaire inférieur	~120-190 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Centres spécialisés ; couverture nationale limitée	Charge État / assurances / familles
Kenya	Intermédiaire inférieur	~150-240 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Grands centres de référence ; accès inégal	Charge publique / assurances / organismes caritatifs / familles
Ouganda	Faible	~160-250 estimés par modélisation par an	Élevé	~25-53% plage faible revenu	Oncologie pédiatrique limitée ; contraintes d'orientation et de soutien	Pression budgétaire publique ; coûts familiaux
Tanzanie	Intermédiaire inférieur	~180-290 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Centres de référence ; accès national limité	Coûts État / ONG / familles
Éthiopie	Faible	~300-500 estimés par modélisation par an	Charge absolue très élevée	~25-53% plage faible revenu	Soins spécialisés concentrés ; contraintes diagnostiques	Pression budgétaire publique ; déplacements / dépenses des ménages
RD du Congo	Faible	~280-450 estimés par modélisation par an	Très élevée	~25-53% plage faible revenu	Accès très limité aux soins complets	Faible capacité publique ; charge familiale / caritative
Soudan	Faible / intermédiaire inférieur	~130-220 estimés par modélisation par an	Très élevée ; perturbations liées aux conflits	~25-53% faible revenu / 0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Accès fortement restreint	Capacité publique restreinte ; charge ONG / familles
Irak	Intermédiaire supérieur / inférieur	~80-130 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~0-85% à 61- 94% plage mixte	Services spécialisés avec variations régionales	Coûts État / familles
Syrie	Faible / intermédiaire inférieur	~50-90 estimés par modélisation par an	Très élevée si les soins sont interrompus	~25-53% faible revenu / 0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Capacité fortement touchée par les conflits	Charge État / ONG / familles
Yémen	Faible	~90-150 estimés par modélisation par an	Très élevée	~25-53% plage faible revenu	Accès très limité aux soins complets	Capacité publique très limitée ; charge humanitaire / familiale
Jordanie	Intermédiaire inférieur / supérieur	~18-30 estimés par modélisation par an	Modérée	~0-85% à 61- 94% plage mixte	Soins spécialisés régionaux disponibles	Charge État / organismes caritatifs / familles

Annexe B : statistiques par pays (suite)

Fig. 14 / Groupe de revenu du pays

Pays	Groupe de revenu	Diagnostics annuels	Indicateur de mortalité / charge	Référence de survie	Disponibilité du traitement	Pression sur les coûts
Liban	Intermédiaire inférieur	~8-15 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée ; effets de la crise économique	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Soins spécialisés présents ; obstacles financiers	Coûts publics / privés / caritatifs / familiaux
Palestine	Intermédiaire inférieur	~10-20 estimés par modélisation par an	Élevée en raison des restrictions d'orientation	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Dépend souvent d'autorisations et de centres externes	Charge de transport État / ONG / familles
Oman	Élevé	~8-15 estimés par modélisation par an	Modérée ; peu de cas	~70-95%	Orientation tertiaire spécialisée	Soins financés par l'État
Koweït	Élevé	~7-12 estimés par modélisation par an	Modérée ; peu de cas	~70-95%	Soins tertiaires bien dotés	Soins financés par l'État
Bahreïn	Élevé	~2-4 estimés par modélisation par an	Modérée ; peu de cas	~70-95%	Soins tertiaires / orientation régionale	Soins financés par l'État
Afghanistan	Faible	~150-250 estimés par modélisation par an	Très élevée	~25-53% plage faible revenu	Accès limité aux soins complets	Charge État / humanitaire / familles
Népal	Intermédiaire inférieur	~45-75 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Centres spécialisés ; accès inégal	Charge État / ONG / familles
Sri Lanka	Intermédiaire inférieur	~25-40 estimés par modélisation par an	Modérée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Oncologie pédiatrique publique disponible	Soins financés par l'État
Myanmar	Intermédiaire inférieur	~100-170 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Accès spécialisé limité et inégal	Charge État / familles / humanitaire
Cambodge	Intermédiaire inférieur	~35-60 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Capacité spécialisée limitée	Charge État / ONG / familles
Laos	Intermédiaire inférieur	~14-25 estimés par modélisation par an	Élevé	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Capacité limitée en oncologie pédiatrique	Charge État / ONG / familles
Mongolie	Intermédiaire inférieur	~5-10 estimés par modélisation par an	Modérée à élevée	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Soins spécialisés centralisés	Charge État / familles

Annexe B : statistiques par pays (suite)

Fig. 15 / Groupe de revenu du pays

Pays	Groupe de revenu	Diagnostics annuels	Indicateur de mortalité / charge	Référence de survie	Disponibilité du traitement	Pression sur les coûts
Ukraine	Intermédiaire inférieur	~45-75 estimés par modélisation par an	Variable en raison de la guerre	~0-85% plage revenu intermédiaire inférieur	Centres spécialisés présents ; continuité perturbée	Coûts publics / humanitaires / familiaux
Pologne	Élevé	~30-45 estimés par modélisation par an	Faible à modérée	~85-95%+	Oncologie pédiatrique complète	Coût du système public de santé
Roumanie	Élevé / intermédiaire supérieur	~15-30 estimés par modélisation par an	Modérée	~61-94% à la plage revenu élevé	Centres spécialisés disponibles	Coût du système public de santé

Notes sur les sources et bibliographie

Important :

S1 : U.S. National Cancer Institute, PDQ, Wilms Tumor and Other Childhood Kidney Tumors Treatment, mise à jour du 15 avril 2025 : incidence de 9,7 par million d'enfants de moins de 15 ans et environ 650 cas annuels aux États-Unis ;

S2 : Société canadienne du cancer : 30 diagnostics de cancer rénal / du bassinet chez les enfants de 0 à 14 ans au Canada en 2022 et 6 décès en 2023 ; presque tous ces cancers infantiles sont des tumeurs de Wilms ;

S3 : Nakata et al., International Journal of Cancer / UKHSA Research Portal, 2020 : incidence mondiale des tumeurs rénales infantiles de 8,3 par million, plus élevée en Amérique du Nord et en Europe, plus faible dans la plupart des régions asiatiques ;

S4 : Cunningham et al., Global Disparities in Wilms Tumor, 2020 : survie de 70–97 % dans les pays à revenu élevé, 61–94 % à revenu intermédiaire supérieur, 0–85 % à revenu intermédiaire inférieur et 25–53 % à faible revenu ;

S5 : Statistiques de survie de Cancer.ca : survie globale à 5 ans d'environ 96 % chez les enfants de 0 à 14 ans atteints d'une tumeur de Wilms au Canada ;

S6 : Initiative mondiale de l'OMS contre le cancer de l'enfant : objectif d'au moins 60 % de survie au cancer infantile dans le monde d'ici 2030 ;

S7 : Plateforme mondiale OMS / St. Jude d'accès aux médicaments contre le cancer de l'enfant : vise un approvisionnement ininterrompu en médicaments de qualité garantie dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, pour environ 120 000 enfants ;

S8 : Recommandations SIOP PODC pour la tumeur de Wilms : le traitement à visée curative peut être adapté aux contextes à faible revenu lorsque des conditions minimales sont réunies ;

S9 : Rapport initial du Collaborative Wilms Tumour Africa Project : survie de 39 % à la fin du traitement dans les centres participants ; traitement incomplet et coûts parentaux ont contribué au non-achèvement ;

S10 : Disease Control Priorities / Treating Childhood Cancer in LMICs : le traitement de Wilms est moins intensif que celui de certains autres cancers infantiles, ce qui favorise un renforcement des systèmes à bon rapport coût-efficacité.



Wilms Cancer Foundation

Téléphone : +1 (778) 514 5000
E-mail : info@WilmsFoundation.org
Site : www.WilmsFoundation.org
Adresse : Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, États-Unis, 20002.

WILMS CANCER FOUNDATION, WCF ET LES SLOGANS « DEFEATING CHILDHOOD KIDNEY CANCER » ET « THE DISEASE YOU'VE NEVER HEARD OF » SONT DES MARQUES INTERNATIONALES DE LA WILMS CANCER FOUNDATION PROTÉGÉES PAR LE DROIT D'AUTEUR. CONTENU ET CONCEPTION : WILMS CANCER FOUNDATION. © TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Conformément au droit d'auteur, ce document ne peut être copié, photocopié, reproduit ou traduit, en tout ou en partie, sans l'accord écrit préalable de la Wilms Cancer Foundation.

États-Unis : organisme exonéré d'impôt 501(c)(3) | EIN : 98-3478827 | Canada : organisme de bienfaisance enregistré : 756261939BC0001

© Wilms Cancer Foundation | Tous droits réservés.

© Organisation mondiale de la Santé (OMS). Utilisé avec autorisation en collaboration avec la Wilms Cancer Foundation (WCF). CureAll fait partie de l'Initiative mondiale de l'OMS contre le cancer de l'enfant (GICC). L'OMS ne recommande aucun organisme, produit ou service particulier.

© Wilms Cancer Foundation | Tous droits réservés.