Wilms Cancer Foundation

Tumeur de Wilms

Rechute de la tumeur de Wilms

Facteurs, traitements et suivi à long terme





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

Rechute de la tumeur de Wilms

Facteurs, traitements et suivi à long terme (y compris les tumeurs de Wilms de stades I et II à histologie défavorable)
Série 6.2a

Section I 4
Section II 5
Section III 6
Section IV 9
Section V 10

Section I

Pourquoi les rechutes surviennent-elles ?

La rechute de la tumeur de Wilms survient lorsque le cancer rénal réapparaît après la fin du traitement et l'obtention d'une rémission.

Malgré le traitement initial, certaines cellules cancéreuses peuvent survivre et rester cachées dans l'organisme. Elles peuvent résister à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, ou se trouver dans des zones difficiles à traiter complètement, comme les poumons ou les tissus abdominaux voisins.

La biologie tumorale intervient aussi : certaines modifications génétiques ou une histologie anaplasique rendent les cellules plus agressives et plus susceptibles de se multiplier à nouveau. Une ablation incomplète de la tumeur ou des interruptions du traitement peuvent également favoriser la persistance d'une maladie microscopique.

La rechute se produit lorsque les cellules survivantes recommencent à se multiplier malgré les traitements antérieurs. Un suivi attentif et une détection précoce sont donc essentiels dans la prise en charge de la tumeur de Wilms pédiatrique.

Rechute du cancer rénal pédiatrique (tumeur de Wilms)

La rechute signifie que le cancer revient après avoir été traité et être entré en rémission, c'est-à-dire sans cancer détectable.

Elle peut survenir :

- Dans la région du rein initialement atteint ;
- Dans les poumons, site le plus fréquent ;
- Dans l'abdomen ;
- Plus rarement, dans les os, le foie ou le cerveau.



Section II

Quand les rechutes surviennent-elles ?

La plupart des rechutes surviennent dans les deux premières années après la fin du traitement. Le risque diminue nettement avec le temps et devient beaucoup plus faible après cinq ans. Le cancer revient surtout dans les poumons, l'abdomen ou la région du rein initialement atteint. Il est souvent détecté par l'imagerie de suivi avant l'apparition de symptômes.

Les deux premières années après la fin du traitement constituent la période où le risque de récidive est le plus élevé.

L'enfant bénéficie alors généralement d'une surveillance étroite, avec des examens d'imagerie et des consultations réguliers, car de nombreuses rechutes sont détectées avant les symptômes.

Le risque diminue après la deuxième année et fortement après cinq ans, même si des rechutes tardives restent possibles. Le délai de rechute renseigne aussi sur le pronostic : les rechutes précoces sont souvent associées à une maladie à plus haut risque et peuvent nécessiter un traitement plus intensif ; les rechutes tardives peuvent parfois être plus faciles à prendre en charge.

Ce délai dépend notamment de la biologie tumorale, du stade au diagnostic et de la réponse au traitement initial.

Période de survenue

La plupart des rechutes :

- Surviennent dans les 2 ans après le traitement ;
- Le risque diminue fortement après 5 ans ;
- Les rechutes tardives sont possibles mais rares.



Section III

Facteurs influençant le risque de rechute

Le risque dépend du stade au diagnostic, de la biologie tumorale, notamment de l'histologie favorable ou anaplasique, et de la réponse au traitement initial.

La probabilité de rechute associe les caractéristiques de la tumeur, la réponse au traitement et le temps écoulé depuis la fin des soins. L'histologie est un facteur majeur : une histologie favorable est généralement associée à un risque plus faible, et une histologie anaplasique (défavorable) à un risque plus élevé.

Le stade au diagnostic joue aussi un rôle important : les tumeurs déjà étendues au-delà du rein présentent généralement un risque accru de récidive.

La réponse à la chimiothérapie initiale et à la chirurgie est un autre indicateur essentiel. Les tumeurs qui diminuent rapidement et sont retirées complètement ont généralement de meilleurs résultats.

Certaines caractéristiques génétiques et moléculaires peuvent également influencer le risque.

Le temps écoulé est important : le risque est maximal dans les deux premières années après le traitement, puis diminue nettement, surtout après cinq ans.

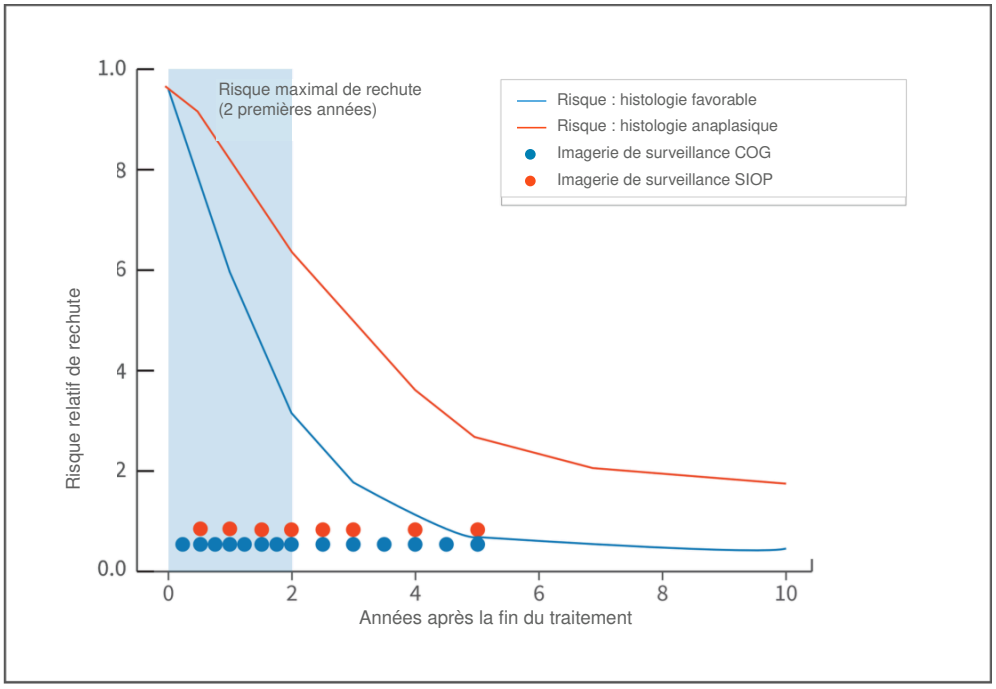
Enfin, l'achèvement du traitement comme prévu et la présence éventuelle d'une maladie résiduelle après la chirurgie influencent la probabilité globale de rechute.



Section III (suite)

Facteurs de risque de rechute

Les médecins estiment le risque à partir de plusieurs caractéristiques.



Biologie tumorale

Le risque est plus élevé en présence de :

- Une histologie défavorable (tumeur de Wilms anaplasique) ;
- Certains marqueurs génétiques, par exemple la perte d'hétérozygotie en 1p ou 16q.

Stade au diagnostic

Les stades plus élevés présentent généralement un risque de rechute accru.

Stade	Tendance du risque de rechute
Stade I	Faible
Stade II	Faible à modéré
Stade III	Modéré
Stade IV	Plus élevé
Stade V (deux reins)	Variable

Section III (suite)

Facteurs influençant le risque de rechute

La réponse au traitement : le risque augmente si :

- La tumeur répond lentement à la chimiothérapie ;
- Une tumeur résiduelle persiste après la chirurgie ;
- Le traitement est raccourci ou interrompu.

Signes possibles de rechute

Les symptômes varient selon la localisation.

Rechute pulmonaire (la plus fréquente)

- Toux persistante ;
- Essoufflement ;
- Douleur thoracique ;
- Souvent découverte à l'imagerie de suivi avant les symptômes.

Rechute abdominale

- Gonflement ou masse dans le ventre ;
- Douleur ;
- Vomissements ;
- Perte de poids.

Symptômes généraux

- Fatigue ;
- Fièvre ;
- Perte d'appétit.

Comment la rechute est-elle détectée ?

La plupart des rechutes sont détectées lors des examens de suivi programmés, avant les symptômes. La surveillance comprend habituellement :

- Radiographies ou scanners thoraciques ;
- Échographie abdominale ou scanner/IRM ;
- Examens physiques ;
- Analyses de sang et d'urine.

Le suivi est généralement le plus intensif pendant les 2–3 premières années après le traitement.



Section IV

Options thérapeutiques en cas de rechute

Même si la rechute est inquiétante, de nombreux enfants peuvent encore être traités avec succès par une nouvelle chimiothérapie, une chirurgie, une radiothérapie ou des traitements spécialisés.

Les options dépendent du site de la rechute, du temps écoulé depuis le traitement initial et des thérapies déjà reçues.

La prise en charge associe généralement plusieurs traitements pour obtenir une nouvelle rémission.

La chimiothérapie en est souvent la composante principale, avec des associations de médicaments différentes ou plus intensives. Une chirurgie peut retirer les tumeurs récidivantes lorsque c'est possible, notamment si la rechute est localisée.

La radiothérapie est souvent envisagée si elle n'a pas été utilisée initialement ou si la zone de rechute peut être ciblée sans risque excessif. Dans certaines rechutes à haut risque ou répétées, une chimiothérapie à haute dose suivie d'un soutien par cellules souches peut aider à restaurer la fonction médullaire.

Le plan est personnalisé par une équipe spécialisée en oncologie pédiatrique. Malgré la gravité possible d'une rechute, les traitements modernes permettent encore une survie à long terme à de nombreux enfants.

Traitement après une rechute

Une tumeur de Wilms en rechute reste souvent traitable. Le traitement dépend de :

- La localisation de la rechute ;
- Son délai après le traitement ;
- Les traitements déjà reçus ;
- La biologie tumorale.

Options thérapeutiques courantes

Chimiothérapie : médicaments souvent plus puissants ou différents de ceux du traitement initial.

Exemples :

- Ifosfamide ;
- Carboplatine ;
- Étoposide ;
- Cyclophosphamide ;
- Doxorubicine, si la dose maximale n'a pas déjà été atteinte.

Chirurgie : ablation des tumeurs récidivantes si possible.

Radiothérapie : souvent utilisée si elle n'a pas été administrée auparavant, ou ciblée sur les zones de rechute.

Cellules souches / chimiothérapie à haute dose : utilisées dans certaines rechutes à haut risque ou répétées.



Section V

Suivi à long terme

Le suivi à long terme surveille les rechutes, mais aussi les effets du traitement sur le cœur, les reins, la croissance, la fertilité et la santé après le cancer.

La surveillance des enfants traités pour une tumeur de Wilms est essentielle pour détecter tôt une récidive et prendre en charge les effets tardifs.

Elle repose sur des consultations programmées avec examen physique, analyses de sang et d'urine et imagerie : radiographie thoracique, échographie abdominale, scanner ou IRM. Pendant les deux premières années, lorsque le risque est maximal, ces évaluations sont plus fréquentes, souvent tous les 2–3 mois.

Si l'enfant reste sans cancer, les consultations s'espacent progressivement. Une surveillance périodique se poursuit généralement pendant au moins cinq ans, parfois davantage.

Elle évalue aussi les effets tardifs sur la fonction rénale, la santé cardiaque, la croissance, le développement, la fertilité et le risque de cancers secondaires.

Ce suivi structuré aide les familles et les cliniciens à repérer les problèmes tôt, à intervenir rapidement et à soutenir la santé et la qualité de vie à long terme.

Pronostic après une rechute

Les résultats varient beaucoup. Fourchettes de survie approximatives (moyennes générales de recherche) :

- Rechute pulmonaire à histologie favorable : environ 70–80 % ;
- Rechute abdominale : environ 40–60 % ;
- Rechute précoce (<12 mois) : survie plus faible ;
- Rechutes multiples : plus difficiles, mais parfois encore curables.

Considérations après le cancer

Les enfants ayant rechuté peuvent nécessiter :

- Une attention au risque accru d'effets tardifs ;
- Un suivi cardiaque après anthracyclines ;
- Un suivi de la fonction rénale ;
- Une prise en compte de la fertilité ;
- Une surveillance des cancers secondaires.

Un message rassurant

Même en cas de rechute :

- De nombreux enfants peuvent encore guérir ;
- Les traitements se sont nettement améliorés au fil du temps.

Calendrier de suivi habituel (général)

Exemple utilisé dans de nombreux programmes d'oncologie pédiatrique :

Années après le traitement	Calendrier des évaluations
0–2 ans	Imagerie tous les 3 mois
3–5 ans	Imagerie tous les 4–6 mois
Après 5 ans	Imagerie tous les 12 mois
Le suivi après-cancer se poursuit, mais le risque de rechute est beaucoup plus faible.	



© Wilms Cancer Foundation | Tous droits réservés.



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 ET SONT PROTÉGÉS PAR LE DROIT D'AUTEUR. CONTENU ET CONCEPTION DU DOCUMENT : WILMS CANCER FOUNDATION. © TOUS DROITS RÉSERVÉS.

Conformément aux lois sur le droit d'auteur, cette documentation ne peut être copiée, photocopiée, reproduite ou traduite, en tout ou en partie, sans le consentement écrit préalable de la Wilms Cancer Foundation.

États-Unis : organisme exonéré d'impôts 501(c)(3) | EIN : 98-1563988 | 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.