

Tumeur de Wilms

Récidive de la tumeur de Wilms

Facteurs, options de traitement et prise en charge à long terme





Fondation du cancer de Wilms (WCF)

La Fondation du cancer de Wilms (WCF) est un organisme de bienfaisance qui soutient et représente les besoins des enfants, des familles et des organismes de santé touchés par le cancer rénal (du rein) pédiatrique, en particulier le néphroblastome, communément appelé tumeur de Wilms. Sa mission est de mettre en place un programme international de sensibilisation, d'éducation, de défense des droits, de dépistage précoce, de traitement et de soutien afin de lutter contre la propagation de cette maladie.

Ce guide de la WCF est fourni à des fins éducatives uniquement. Il est fondé sur les normes internationales en oncologie pédiatrique en vigueur au Canada, aux États-Unis et en Europe. Si vous avez des préoccupations ou des questions, demandez conseil à un professionnel de santé qualifié.

Table des matières

Wilms Tumor Relapse	Série d'information 6.2a
Facteurs, options de traitement et prise en charge à long terme (comprend les tumeurs de Wilms de stade I et II avec une histologie défavorable)	
Section I	4
Section II	5
Section III	6
Section IV	9
Section V	10

Section I

Pourquoi les récurrences surviennent

Une récurrence de la tumeur de Wilms survient lorsque le cancer du rein réapparaît après qu'un enfant a terminé son traitement et obtenu une rémission.

Les récurrences de la tumeur de Wilms surviennent parce que, malgré le traitement initial, certaines cellules cancéreuses peuvent survivre et rester cachées dans l'organisme. Ces cellules résiduelles peuvent être résistantes à la chimiothérapie ou à la radiothérapie, ou se trouver dans des zones difficiles à traiter complètement, comme les poumons ou les tissus abdominaux environnants.

La biologie de la tumeur joue également un rôle : certaines altérations génétiques ou une histologie anaplasique rendent les cellules cancéreuses plus agressives et plus susceptibles de se développer à nouveau. De plus, une ablation incomplète de la tumeur lors de la chirurgie ou des interruptions du traitement peuvent augmenter le risque de persistance de cellules cancéreuses microscopiques.

En résumé, une récurrence survient lorsque les cellules cancéreuses ayant survécu au traitement recommencent à se multiplier, échappant ainsi aux effets des traitements antérieurs. C'est pourquoi un suivi médical rigoureux et un dépistage précoce sont essentiels dans la prise en charge de la tumeur de Wilms chez l'enfant.

Récurrence du cancer rénal pédiatrique (tumeur de Wilms) :

Une récurrence signifie que le cancer réapparaît après avoir été traité et être entré en rémission (absence de cancer détectable).

La récurrence peut survenir :

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



Section II

Moment où les récurrences surviennent :

La plupart des récurrences surviennent au cours des deux premières années suivant la fin du traitement, bien que le risque diminue considérablement avec le temps et devienne beaucoup plus faible après cinq ans. Le cancer réapparaît le plus souvent dans les poumons, l'abdomen ou la région du rein initialement atteint, et il est fréquemment détecté lors des examens d'imagerie de suivi de routine avant même l'apparition des symptômes.

Les récurrences survenant au cours des deux premières années suivant la fin du traitement d'un enfant sont considérées comme la période présentant le plus grand risque de récurrence.

Pendant cette période, les enfants font généralement l'objet d'une surveillance étroite grâce à des examens d'imagerie réguliers et à un suivi médical, car de nombreuses récurrences sont détectées avant même l'apparition des symptômes.

La probabilité de récurrence diminue généralement après la deuxième année et baisse considérablement après cinq ans, bien que des récurrences tardives puissent occasionnellement survenir. Le moment où survient la récurrence peut également fournir des informations importantes sur le pronostic, car les récurrences précoces sont souvent associées à une maladie à plus haut risque et peuvent nécessiter un traitement plus intensif, tandis que les récurrences plus tardives peuvent parfois être plus faciles à prendre en charge.

Le moment où survient la récurrence varie en fonction de facteurs tels que la biologie de la tumeur, le stade au moment du diagnostic et la réponse du cancer au traitement initial.

Moment où les récurrences surviennent :

La plupart des récurrences surviennent :

- Au cours des deux années suivant la fin du traitement ;
- Le risque diminue considérablement après cinq ans ;
- Des récurrences tardives peuvent survenir, mais elles sont rares.



Section III

Facteurs influençant le risque de récurrence :

Le risque de récurrence dépend de facteurs tels que le stade de la tumeur au moment du diagnostic, la biologie de la tumeur (notamment si l'histologie est favorable ou anaplasique) et la qualité de la réponse de la tumeur au traitement initial.

La probabilité de récurrence de la tumeur de Wilms dépend d'une combinaison de caractéristiques de la tumeur, de la réponse au traitement et du temps écoulé depuis la fin du traitement. L'un des facteurs les plus importants est l'histologie de la tumeur : une histologie favorable est généralement associée à un risque de récurrence plus faible, tandis qu'une histologie anaplasique (défavorable) est associée à un risque plus élevé.

Le stade du cancer au moment du diagnostic joue également un rôle majeur, car les tumeurs qui s'étaient déjà propagées au-delà du rein présentent généralement un risque de récurrence plus élevé.

La qualité de la réponse de la tumeur à la chimiothérapie initiale et à la chirurgie constitue un autre facteur prédictif important, car les tumeurs qui rétrécissent rapidement et sont complètement retirées ont généralement un meilleur pronostic.

Certaines caractéristiques génétiques et moléculaires de la tumeur peuvent également influencer le risque de récurrence.

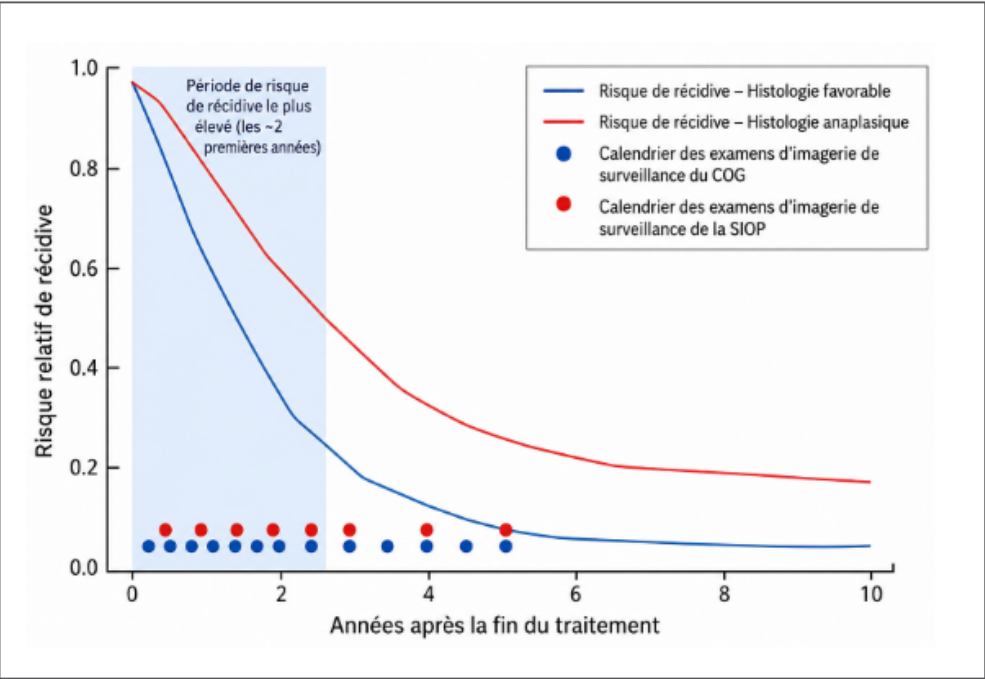
Le moment est également un facteur important, car le risque de récurrence est le plus élevé au cours des deux premières années suivant la fin du traitement et diminue considérablement avec le temps, en particulier après cinq ans.

De plus, des facteurs tels que le fait que le traitement ait été mené à son terme comme prévu et la présence d'une maladie résiduelle après la chirurgie peuvent influencer la probabilité globale de récurrence.



Facteurs de risque de récurrence

Les médecins estiment le risque de récurrence en se basant sur plusieurs caractéristiques.



Biologie de la tumeur :

Le risque est plus élevé si la tumeur présentait :

- Une histologie défavorable (tumeur de Wilms anaplasique) ;
- Certains marqueurs génétiques (par exemple : perte d'hétérozygotie au niveau des chromosomes 1p ou 16q).

Stade au moment du diagnostic :

Les stades plus avancés sont généralement associés à un risque de récurrence plus élevé :

Stages	Relapse Risk Trend
Stage I	Low
Stage II	Low-Moderate
Stage III	Moderate
Stage IV	Higher
Stage V (both kidneys)	Variable

Section III (suite)

Facteurs influençant le risque de récurrence :

Réponse au traitement — Risque de récurrence plus élevé si :

- La tumeur a répondu lentement à la chimiothérapie ;
- Une tumeur résiduelle est restée après la chirurgie ;
- Le traitement a été écourté ou interrompu.

Signes possibles de récurrence :

Les symptômes varient en fonction de la localisation de la récurrence..

Récurrence pulmonaire (la plus fréquente) :

- Toux persistante ;
- Essoufflement ;
- Douleur thoracique ;
- Souvent détectée lors des examens d'imagerie de routine avant l'apparition des symptômes.

Récurrence abdominale :

- Gonflement de l'abdomen ou présence d'une masse ;
- Douleur ;
- Vomissements ;
- Perte de poids.

Symptômes généraux :

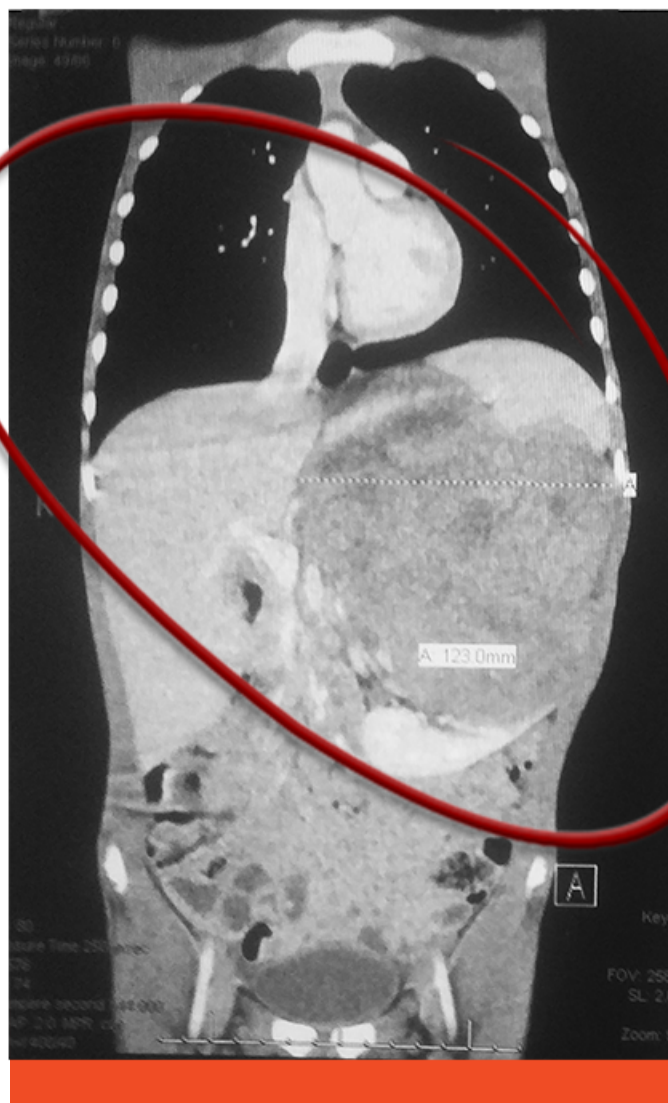
- Fatigue ;
- Fièvre ;
- Perte d'appétit.

Comment la récurrence est détectée :

La plupart des récurrences sont détectées lors des examens d'imagerie de suivi programmés, et non en raison de symptômes. La surveillance comprend généralement :

- Radiographies thoraciques ou tomodensitométries (TDM) ;
- Échographies abdominales ou tomodensitométries (TDM) / IRM ;
- Examens cliniques ;
- Analyses de sang et d'urine.

Le suivi est généralement le plus intensif au cours des 2 à 3 premières années suivant la fin du traitement.



Section IV

Options de traitement en cas de récurrence :

Bien qu'une récurrence puisse être effrayante, de nombreux enfants peuvent encore être traités avec succès grâce à une chimiothérapie supplémentaire, une chirurgie, une radiothérapie ou des traitements spécialisés.

Les options de traitement après une récurrence de la tumeur de Wilms dépendent de l'endroit où le cancer est réapparu, du temps écoulé depuis le traitement initial et des traitements déjà administrés.

La prise en charge repose généralement sur une combinaison de traitements visant à obtenir une nouvelle rémission..

La chimiothérapie constitue généralement le principal traitement et comprend souvent des associations de médicaments différentes ou plus intensives que celles utilisées initialement. Une intervention chirurgicale peut être réalisée pour retirer les tumeurs récidivantes lorsque cela est possible, en particulier si la récurrence est localisée.

La radiothérapie est souvent envisagée, en particulier si elle n'a pas été utilisée lors du traitement initial ou si la récurrence survient dans une région pouvant être traitée en toute sécurité. Dans certains cas de récurrence à haut risque ou de récurrences répétées, les médecins peuvent recommander une chimiothérapie à forte dose suivie d'un soutien par cellules souches afin de favoriser la restauration de la fonction de la moelle osseuse.

Les plans de traitement sont généralement individualisés et élaborés par des équipes spécialisées en oncologie pédiatrique. Bien qu'une récurrence puisse être grave, de nombreux enfants peuvent encore obtenir une survie à long terme grâce aux traitements modernes.

Traitement après une récurrence :

La tumeur de Wilms en récurrence peut souvent encore être traitée. Le traitement dépend de :

- Le site de la récurrence ;
- Le délai écoulé entre la fin du traitement et la survenue de la récurrence ;
- Les traitements reçus auparavant ;
- La biologie de la tumeur.

Options de traitement courantes :

Chimiothérapie : Souvent plus intensive ou faisant appel à des médicaments différents de ceux utilisés lors du traitement initial.

Exemples:

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

Chirurgie : Les médecins peuvent retirer les tumeurs récidivantes lorsque cela est possible.

Radiothérapie : Souvent utilisée si elle n'a pas été administrée auparavant ou ciblée sur les zones de récurrence.

Greffe de cellules souches / Chimiothérapie à forte dose : Utilisée dans certains cas de récurrence à haut risque ou de récurrences répétées.



Section V

Suivi à long terme :

Un suivi à long terme est important non seulement pour surveiller une éventuelle récurrence, mais aussi pour dépister les effets du traitement sur la santé cardiaque, la fonction rénale, la croissance, la fertilité et la qualité de vie des survivants.

Le suivi à long terme des enfants traités pour une tumeur de Wilms constitue un élément essentiel de la prise en charge des survivants. Il vise à détecter précocement une éventuelle récurrence et à prendre en charge les effets tardifs du traitement.

La surveillance repose généralement sur un calendrier structuré de consultations de suivi comprenant des examens cliniques, des analyses de sang et d'urine, ainsi que des examens d'imagerie tels que des radiographies thoraciques, des échographies abdominales ou des tomodensitométries (TDM) / IRM. Au cours des deux premières années suivant le traitement — la période où le risque de récurrence est le plus élevé — ces évaluations sont plus fréquentes, souvent tous les 2 à 3 mois.

Au fil du temps, si l'enfant reste exempt de cancer, l'intervalle entre les consultations s'allonge progressivement. Toutefois, une surveillance périodique est généralement poursuivie pendant au moins cinq ans, et parfois plus longtemps.

En plus de la détection d'une éventuelle récurrence, le suivi à long terme vise également à surveiller les effets tardifs potentiels du traitement, notamment sur la fonction rénale, la santé cardiaque, la croissance et le développement, la fertilité, ainsi que le risque de cancers secondaires.

Cette approche structurée aide les familles et les professionnels de santé à identifier les problèmes précocement, à mettre en place des interventions en temps opportun et à favoriser la santé globale ainsi que la qualité de vie à long terme de l'enfant.

Pronostic après une récurrence :

Les résultats varient considérablement, avec des taux de survie approximatifs (moyennes générales issues de la recherche) :

- Récurrence pulmonaire avec histologie favorable : survie d'environ 70 à 80 % ;
- Récurrence abdominale : environ 40 à 60 % ;
- Récurrence précoce (< 12 mois) : survie plus faible ;
- Récurrences multiples : prise en charge plus difficile, mais une guérison reste parfois possible.

Considérations relatives à la survie à long terme :

Les enfants ayant présenté une récurrence peuvent être confrontés à :

- Risque accru d'effets tardifs du traitement ;
- Surveillance cardiaque (si une chimiothérapie à base d'anthracyclines a été utilisée) ;
- Surveillance de la fonction rénale ;
- Considérations relatives à la fertilité ;
- Surveillance des cancers secondaires.

Message rassurant important :

Même lorsqu'une récurrence survient :

- De nombreux enfants peuvent encore être guéris ;
- Les approches thérapeutiques se sont considérablement améliorées au fil du temps.

Calendrier de suivi habituel (général) :

Exemple de calendrier utilisé dans de nombreux programmes d'oncologie pédiatrique :

Year Post-Treatment	Evaluation Schedule
0-2yrs.	Imaging every 3 months
3-5yrs.	Imaging every 4-6 months
After 5yrs.	Imaging every 12 months
Survivorship monitoring continues but relapse risk much lower	





Fondation du cancer de Wilms

Téléphone : +1 (778) 514 5000

Courriel : info@WilmsFoundation.org

Site Web : www.WilmsFoundation.org

Adresse : Suite 2147, 712 H Street NE, Washington, DC, États-Unis, 20002.

LA FONDATION DU CANCER DE WILMS (WCF) ET LES SLOGANS : « VAINCRE LE CANCER DU REIN CHEZ L'ENFANT » ET « LE CAS DONT VOUS N'AVEZ JAMAIS ENTENDU PARLER » SONT DES MARQUES INTERNATIONALES DE LA FONDATION DU CANCER DE WILMS ET SONT PROTÉGÉS PAR LE DROIT D'AUTEUR. LA CONCEPTION ET LE CONTENU DE CE DOCUMENT ONT ÉTÉ RÉALISÉS PAR LA FONDATION DU CANCER DE WILMS. © 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 Fondation du cancer de Wilms.

États-Unis : Organisme exonéré d'impôt qualifié en vertu de l'article 501(c)(3) | EIN : 98-1563988

Canada : Organisme de bienfaisance enregistré : 756261939BC0001



© Organisation mondiale de la Santé (OMS). Utilisé avec autorisation en collaboration avec la Fondation du cancer de Wilms (WCF). « CureAll » fait partie de l'Initiative mondiale de l'OMS contre le cancer de l'enfant (GICC). L'Organisation mondiale de la Santé n'approuve ni ne recommande aucune organisation, aucun produit ni aucun service en particulier.

© DROITS D'AUTEUR | FONDATION DU CANCER DE WILMS | TOUS DROITS RÉSERVÉS.