Wilms Cancer Foundation

Tumeur de Wilms

Outils mondiaux de nutrition clinique

Tumeur de Wilms pédiatrique





Important : Ce document est une ressource éducative et de planification pour les cliniciens, les ONG, les fondations et les programmes d'oncologie pédiatrique destinés aux aidants. Il ne remplace ni les conseils médicaux personnalisés, ni l'évaluation diététique rénale, ni les protocoles oncologiques, ni le jugement clinique de l'établissement.

Outils mondiaux de nutrition clinique

Ressource complète pour les cliniciens et les aidants, conforme aux normes mondiales, sur la nutrition au diagnostic, pendant le traitement, à la rechute et après le cancer.

Sommaire

Introduction 1

Cadre clinique mondial 2

Principes fondamentaux de nutrition 3

Protection rénale 4

Nutrition pendant le traitement actif 5

Nutrition en cas de rechute et de haut risque 6

Nutrition après le cancer 7

Parcours de nutrition clinique 8

Conseils aux aidants 9

Données et résultats cliniques 10

Conclusions 11

Annexe A : approches thérapeutiques 12

Annexe B : références 13

1 - Introduction

La tumeur de Wilms (néphroblastome) est la tumeur maligne primitive du rein la plus fréquente chez l'enfant. Elle apparaît généralement dans la petite enfance et représente la majorité des cancers rénaux pédiatriques. Les progrès des traitements multimodaux associant chirurgie, chimiothérapie et, dans certains cas, radiothérapie ont permis d'obtenir des taux de survie élevés dans de nombreuses régions. Toutefois, ces résultats ne dépendent pas uniquement du traitement oncologique. Les soins de soutien, notamment la prise en charge nutritionnelle, jouent un rôle essentiel et souvent sous-estimé dans le succès immédiat du traitement et la santé à long terme.

Les patients en oncologie pédiatrique se trouvent dans une situation physiologique particulièrement complexe. Contrairement aux adultes, les enfants poursuivent leur croissance et leur développement et ont besoin d'apports continus en énergie, en protéines et en micronutriments pour soutenir les processus biologiques normaux.

Le cancer et le stress métabolique du traitement augmentent considérablement ces besoins de base. Parallèlement, la perte d'appétit, les effets indésirables digestifs et la toxicité des traitements peuvent limiter la capacité de l'enfant à maintenir des apports suffisants. Des déficits nutritionnels peuvent ainsi apparaître rapidement et avoir des conséquences cliniques immédiates.

La dénutrition chez l'enfant atteint de cancer n'est pas une simple préoccupation secondaire : c'est une affection cliniquement importante qui influence directement les résultats. Un état nutritionnel insuffisant est associé à davantage d'infections, à une moindre tolérance à la chimiothérapie, à des hospitalisations plus longues et à davantage d'interruptions du traitement. À l'inverse, les patients bien nourris tolèrent mieux les traitements intensifs, récupèrent plus rapidement et conservent une meilleure stabilité physiologique globale pendant les soins.

Dans la tumeur de Wilms, le rôle central des reins dans la régulation métabolique complique encore la prise en charge nutritionnelle. Les reins assurent l'équilibre hydrique et électrolytique ainsi que l'élimination des déchets métaboliques, y compris des agents chimiothérapeutiques. La chirurgie, notamment la néphrectomie, réduit la capacité rénale. Il est donc essentiel d'adopter des stratégies nutritionnelles qui soutiennent la fonction rénale sans imposer une charge métabolique excessive. Cette double exigence — favoriser la croissance tout en protégeant les reins — rend la prise en charge diététique plus complexe.

Au-delà du traitement immédiat, la nutrition influence durablement la survie et la qualité de vie. Les survivants d'un cancer de l'enfant présentent un risque accru d'effets tardifs, notamment de maladies cardiovasculaires, d'altération de la fonction rénale et de troubles métaboliques. Des interventions nutritionnelles précoces et de bonnes habitudes alimentaires peuvent atténuer ces risques et favoriser une meilleure santé à l'adolescence et à l'âge adulte.

Des soins nutritionnels efficaces nécessitent une approche multidisciplinaire centrée sur la famille. Cliniciens, diététiciens, infirmiers et aidants doivent collaborer pour évaluer l'état nutritionnel, mettre en œuvre les interventions adaptées et ajuster les stratégies à l'évolution de l'enfant. Les aidants jouent un rôle essentiel au quotidien et doivent disposer de connaissances pratiques pour surmonter les difficultés alimentaires liées à la maladie.

Ce document propose un cadre complet, fondé sur la pratique clinique, pour la prise en charge nutritionnelle des enfants atteints d'une tumeur de Wilms. Il associe normes internationales, pratiques éclairées par les données disponibles et stratégies concrètes pour les aidants, du diagnostic au traitement actif, à la rechute et à la survie à long terme. En faisant de la nutrition un fondement des soins oncologiques pédiatriques, il vise à améliorer la tolérance au traitement, le rétablissement et les résultats globaux.

2 - Cadre clinique mondial

Cette boîte à outils s'appuie sur les normes d'oncologie pédiatrique reconnues internationalement et établies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Children's Oncology Group (COG) et la Société internationale d'oncologie pédiatrique (SIOP). Ces organisations définissent collectivement les bonnes pratiques, en insistant de plus en plus sur l'intégration de la nutrition comme composante essentielle du traitement. Ces cadres accordent tous la priorité au dépistage nutritionnel précoce et systématique dès le diagnostic, puis à une surveillance continue pendant le traitement. Ils reconnaissent que l'état nutritionnel peut se dégrader rapidement sous l'effet combiné de la maladie, de la toxicité thérapeutique et de l'augmentation des besoins métaboliques.

Repérer les patients à risque de manière proactive permet d'intervenir avant que la dénutrition ne devienne cliniquement importante. La prévention et la prise en charge de la dénutrition liée au cancer constituent un principe central de ces recommandations, car elle peut modifier la tolérance au traitement, le risque infectieux, les hospitalisations et la survie globale. Les soins nutritionnels sont donc intégrés aux parcours multidisciplinaires, avec une coordination étroite entre oncologues, diététiciens, équipes infirmières et aidants. Ce modèle adapte les stratégies alimentaires à l'état clinique, à la phase du traitement et aux besoins individuels.

Ces cadres soulignent aussi la nécessité de s'adapter aux différents systèmes de santé. Lorsque les ressources sont importantes, le soutien nutritionnel peut comprendre des interventions avancées, comme la nutrition entérale ou parentérale, associées à une surveillance biologique détaillée.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où l'accès aux soins spécialisés et aux produits nutritionnels peut être limité, l'accent porte sur des stratégies alimentaires pratiques, utilisant les ressources locales, et sur la formation précoce des aidants pour réduire les risques.

Dans les contextes à ressources limitées, la dénutrition initiale est plus fréquente et peut être présente avant même le traitement. Cela renforce l'importance d'une intervention précoce, car la dénutrition au diagnostic est associée à de moins bons résultats cliniques. La nutrition devient alors un facteur déterminant de la faisabilité du traitement et de la survie, au-delà de son rôle de soutien.

Le cadre clinique mondial traduit ainsi une évolution majeure : la nutrition est désormais considérée comme un fondement d'un traitement anticancéreux efficace. Elle exige des protocoles structurés, une intervention précoce et une attention constante tout au long du parcours de soins.

3 - Principes fondamentaux de nutrition

Une prise en charge nutritionnelle efficace de l'enfant atteint d'une tumeur de Wilms repose sur des principes physiologiques et cliniques établis. Contrairement aux adultes, les enfants poursuivent leur croissance et leur développement, ce qui augmente leurs besoins nutritionnels de base. Le stress métabolique du cancer et du traitement crée une situation nutritionnelle particulièrement complexe, qui nécessite une prise en charge attentive.

Les glucides constituent la principale source d'énergie pour le métabolisme de base et les besoins accrus du traitement et du rétablissement. Des apports suffisants limitent l'utilisation des réserves protéiques comme énergie et préservent la masse maigre. C'est essentiel en oncologie pédiatrique, où la fonte musculaire peut être rapide et est associée à de moins bons résultats cliniques.

Les protéines sont essentielles à la réparation tissulaire, à l'immunité et à la croissance. La chimiothérapie et la radiothérapie augmentent leur renouvellement par l'inflammation, les lésions cellulaires et l'activation immunitaire. Des apports insuffisants peuvent compromettre la cicatrisation et l'immunité et retarder la récupération. Chez les patients dont la capacité rénale est réduite, les apports doivent toutefois répondre aux besoins physiologiques sans surcharger les reins.

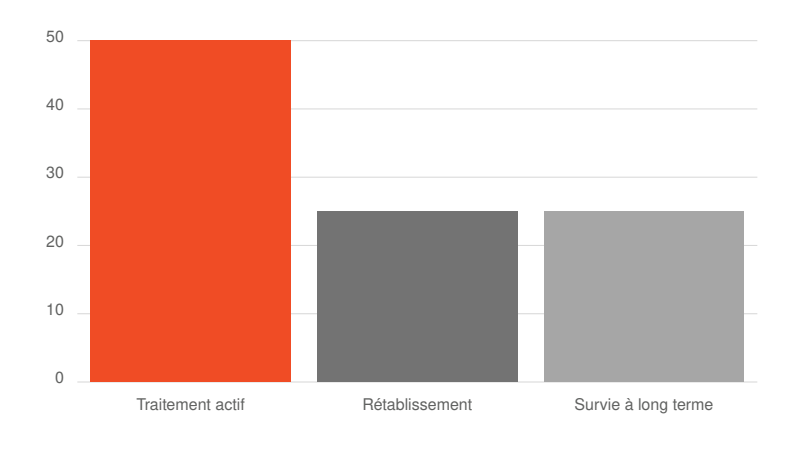
Les lipides offrent une source d'énergie concentrée, précieuse lorsque l'appétit ou les apports oraux diminuent. Ils favorisent aussi l'absorption des vitamines liposolubles et le développement neurologique. Les bonnes graisses augmentent la densité calorique sans accroître le volume des repas, ce qui aide en cas de satiété précoce ou de fatigue liée au traitement.

Des apports adéquats en micronutriments sont essentiels à la stabilité métabolique et à la résistance immunitaire. Le fer, le zinc et les vitamines A, C et D contribuent à la production des globules rouges, à la cicatrisation, à la santé osseuse et à la résistance aux infections. Des carences peuvent aggraver les effets secondaires et les complications. Toute supplémentation doit reposer sur une évaluation clinique pour éviter les excès ou les interactions avec le traitement.

L'hydratation est essentielle mais souvent sous-estimée, surtout dans la tumeur de Wilms, compte tenu du rôle rénal dans l'équilibre hydrique et électrolytique. Des apports suffisants favorisent l'élimination rénale des agents chimiothérapeutiques, maintiennent l'équilibre électrolytique et réduisent le risque de néphrotoxicité. Même légère, la déshydratation peut altérer la fonction rénale et la tolérance au traitement : boire régulièrement est donc prioritaire.

Ces principes doivent s'inscrire dans une approche souple et centrée sur le patient. Les variations d'appétit, les effets secondaires, les préférences culturelles et les facteurs psychosociaux influencent les apports. Les prescriptions rigides sont souvent moins efficaces que des stratégies adaptables privilégiant les apports globaux et le confort de l'enfant.

Fig. 1 / Nutrition aux étapes des soins (équilibre des macronutriments)



4 - Protection rénale

La protection rénale est une priorité clinique chez les enfants atteints d'une tumeur de Wilms, car la maladie et son traitement touchent directement les structures rénales. Beaucoup subissent une néphrectomie et ne conservent qu'un rein fonctionnel ; d'autres présentent une néphrotoxicité liée à la chimiothérapie. Les stratégies nutritionnelles doivent donc réduire la charge rénale tout en assurant la croissance et le soutien métabolique nécessaires.

La gestion des protéines est particulièrement importante. Elles sont indispensables à la croissance, à l'immunité et à la réparation tissulaire, mais un excès peut augmenter la demande de filtration glomérulaire et solliciter davantage le rein restant. Il faut optimiser les apports, sans chercher à les maximiser, afin de couvrir les besoins sans excès. Cet équilibre est essentiel pendant la croissance rapide ou la récupération après le traitement.

Le sodium constitue un autre facteur majeur. Des apports excessifs peuvent favoriser l'hypertension, la rétention hydrique et le risque cardiovasculaire à long terme, déjà préoccupants lorsque la réserve rénale est réduite. Une alimentation pauvre en produits transformés et très salés aide à stabiliser la pression artérielle et à limiter la sollicitation rénale.

L'équilibre électrolytique doit aussi être surveillé étroitement. Le potassium et le phosphore peuvent se dérégler en cas d'altération rénale. Leurs apports alimentaires peuvent nécessiter un ajustement selon les résultats biologiques, notamment en cas de traitement néphrotoxique ou de diminution de la fonction rénale.

L'hydratation protège les reins en facilitant l'élimination des déchets métaboliques et des agents chimiothérapeutiques. Des apports hydriques suffisants maintiennent la perfusion rénale et réduisent le risque d'atteinte rénale aiguë. Les recommandations doivent être individualisées, surtout en cas de troubles de l'équilibre hydrique ou de protocoles thérapeutiques particuliers.

La protection rénale exige une approche nutritionnelle évolutive et personnalisée, guidée par une surveillance clinique régulière. En associant prise en charge alimentaire, bilans biologiques et suivi clinique, les équipes peuvent préserver la fonction rénale et réduire les complications à long terme.

5 - Nutrition pendant le traitement actif

La phase de traitement actif présente certains des défis nutritionnels les plus importants en oncologie pédiatrique. La chimiothérapie et la radiothérapie peuvent fortement modifier l'appétit, la digestion et l'absorption des nutriments, réduisant souvent les apports oraux alors que les besoins sont accrus.

Les effets secondaires fréquents comprennent les nausées, les vomissements, la mucite, les modifications du goût et la fatigue. Ils peuvent constituer des obstacles physiques et psychologiques à l'alimentation, entraînant un apport calorique insuffisant et une perte de poids. Chez les plus jeunes, les difficultés de communication et les aversions alimentaires peuvent aggraver ces effets.

Les stratégies nutritionnelles doivent privilégier la souplesse et la tolérance. De petits repas fréquents sont souvent plus faciles à prendre que de grosses portions et assurent des apports réguliers. Les aliments riches en énergie, notamment ceux contenant de bonnes graisses, apportent davantage de calories dans un petit volume, ce qui est utile lorsque l'appétit diminue.

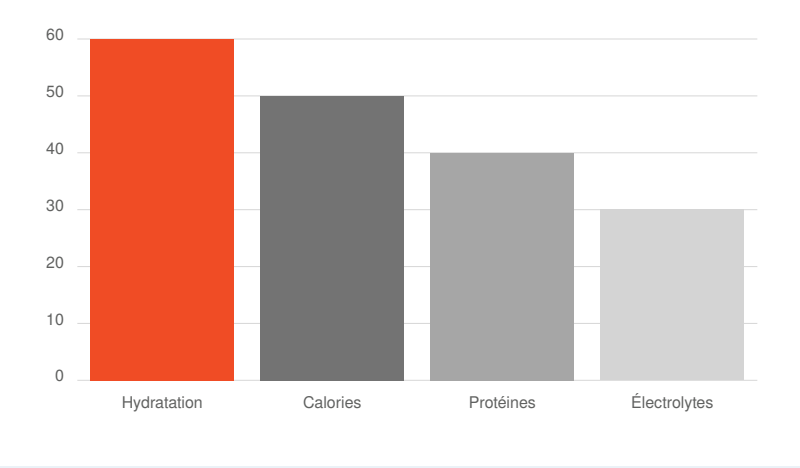
Adapter la texture et la température peut améliorer les apports. Les aliments mous, peu relevés ou frais sont souvent mieux tolérés en cas de mucite ou de nausées. Il peut être nécessaire d'éviter les odeurs fortes et les aliments très épicés, qui peuvent aggraver les nausées ou les aversions.

La sécurité alimentaire est essentielle pendant le traitement, surtout en cas d'immunodépression. Éviter les aliments crus ou insuffisamment cuits, les manipuler correctement et respecter les règles d'hygiène réduit le risque infectieux.

Lorsque les apports oraux sont insuffisants, des compléments nutritionnels oraux ou des produits de nutrition médicale peuvent être introduits pour couvrir les besoins énergétiques et protéiques. Une intervention précoce est essentielle : attendre une perte de poids importante peut rendre la récupération nutritionnelle plus difficile.

La nutrition pendant le traitement actif nécessite une approche réactive, centrée sur le patient, qui s'adapte aux symptômes et privilégie le maintien des apports plutôt que le respect strict d'un modèle alimentaire idéal.

Fig. 2 / Priorités nutritionnelles pendant le traitement



6 - Nutrition en cas de rechute et de haut risque

Les patients présentant une rechute de tumeur de Wilms reçoivent souvent des traitements plus intensifs et prolongés, ce qui accroît encore leur risque nutritionnel. Les effets cumulés des traitements antérieurs et les exigences des nouveaux traitements rendent indispensable une prise en charge nutritionnelle intensive et proactive.

Ces patients présentent fréquemment un stress métabolique accru, une inflammation plus importante et des effets secondaires plus sévères. Ces facteurs augmentent la dépense énergétique tout en diminuant les apports, d'où un risque nettement accru de dégradation nutritionnelle rapide.

Les cliniciens doivent donc intervenir plus précocement. L'alimentation orale reste la voie privilégiée, mais elle peut être insuffisante. Une nutrition entérale mise en place tôt permet des apports fiables et contrôlés, notamment lorsque la prise alimentaire est irrégulière ou inadéquate.

Lorsque des complications digestives ou une intolérance sévère empêchent l'alimentation entérale, une nutrition parentérale peut être nécessaire. Plus invasive et associée à des risques supplémentaires, elle peut néanmoins être vitale pour maintenir l'état nutritionnel pendant les phases critiques du traitement.

Les déséquilibres électrolytiques sont plus fréquents chez les patients à haut risque et nécessitent une surveillance étroite. Les plans nutritionnels doivent être ajustés de façon dynamique selon les bilans biologiques, l'état clinique et l'évolution du traitement.

Le poids psychologique et émotionnel de la rechute ne doit pas être négligé. Préférences alimentaires, aliments réconfortants, lassitude liée à l'alimentation et relations avec les aidants influencent les apports. Une approche globale associant soutien médical et psychosocial est essentielle pour maintenir une nutrition adéquate pendant cette période difficile.

7 - Nutrition après le cancer

Lorsque les enfants atteints d'une tumeur de Wilms entrent dans la période de l'après-cancer, les soins nutritionnels passent du soutien aigu à l'optimisation de la santé à long terme et à la prévention des effets tardifs. Même lorsque les traitements deviennent moins intensifs, leurs conséquences durables, notamment rénales et cardiovasculaires, nécessitent une attention continue.

Les survivants peuvent présenter un risque accru d'hypertension, de réduction de la fonction rénale, de troubles métaboliques et de maladies cardiovasculaires, particulièrement après une néphrectomie ou des traitements néphrotoxiques. La nutrition contribue à atténuer ces risques.

Une alimentation équilibrée à base d'aliments peu transformés est recommandée, privilégiant fruits, légumes, céréales complètes, protéines maigres et bonnes graisses. Réduire le sodium reste important pour maintenir une pression artérielle saine et protéger les reins. Une hydratation suffisante soutient toujours la santé rénale et l'équilibre physiologique global.

La croissance et le développement doivent être surveillés, surtout chez les jeunes enfants ayant présenté des retards liés au traitement. Les apports doivent permettre un rattrapage de croissance si nécessaire, tout en évitant une prise de poids excessive susceptible de favoriser des complications à long terme.

L'activité physique, associée à une nutrition adaptée, fait aussi partie du suivi après le cancer. Encourager tôt de bonnes habitudes de vie aide à instaurer des comportements susceptibles de réduire le risque de maladies chroniques ultérieures.

La nutrition après le cancer est une stratégie évolutive, adaptée aux antécédents médicaux, à l'état de santé actuel et au profil de risque à long terme de chaque personne.

8 - Parcours de nutrition clinique

Un parcours décisionnel clinique structuré permet une prise en charge nutritionnelle systématique des enfants atteints d'une tumeur de Wilms, assurant cohérence et intervention rapide. Il progresse généralement de l'évaluation à l'intervention, puis à l'intensification du soutien, selon les indicateurs cliniques.

La première étape est une évaluation nutritionnelle complète : poids, taille, indice de masse corporelle, périmètre brachial lorsque disponible, courbes de croissance, apports alimentaires et paramètres biologiques pertinents. Elle établit une référence et repère les patients à risque.

Les cliniciens optimisent ensuite la nutrition orale en augmentant la densité calorique et la fréquence des repas et en levant les obstacles à l'alimentation. Cette étape comprend souvent la formation des aidants et des adaptations alimentaires.

Si les apports oraux ne couvrent pas les besoins, la nutrition entérale permet un apport contrôlé et régulier tout en maintenant le fonctionnement digestif.

Lorsque l'alimentation entérale n'est pas possible, la nutrition parentérale offre une autre voie, mais impose une surveillance attentive en raison des risques infectieux et métaboliques.

La réévaluation continue est essentielle à chaque étape. Les besoins peuvent changer rapidement sous l'effet du traitement, de l'évolution de la maladie ou du rétablissement. Le parcours doit rester souple et réactif pour adapter les interventions au fil du temps.

Fig. 3 / Parcours d'intensification du soutien nutritionnel

Étape	Action	Objectif pratique
Étape 1	Évaluation nutritionnelle initiale	Repérer tôt les risques et établir une référence pour la croissance et les apports
Étape 2	Optimisation de la nutrition orale	Augmenter les apports grâce aux aliments préférés, à des repas plus fréquents et à une densité calorique accrue
Étape 3	Compléments oraux / aliments enrichis	Combler les besoins lorsque l'alimentation habituelle ne suffit pas
Étape 4	Nutrition entérale	Assurer une nutrition fiable lorsque les apports oraux sont insuffisants
Étape 5	Nutrition parentérale	Utiliser lorsque l'alimentation entérale est impossible ou insuffisante
Étape 6	Réévaluation et ajustement	Adapter le plan à l'évolution des symptômes, de la fonction rénale et de la phase du traitement

9 - Conseils aux aidants

Les aidants jouent un rôle central et indispensable dans le maintien d'une nutrition adéquate chez les enfants atteints d'une tumeur de Wilms. L'équipe clinique définit la stratégie globale, mais les aidants mettent en œuvre le plan alimentaire au quotidien, suivent les apports et réagissent aux changements de l'état de l'enfant. Leur formation et leur soutien sont donc essentiels.

L'un des principaux défis est de gérer les variations de l'appétit et les difficultés alimentaires liées au traitement. La chimiothérapie peut provoquer des aversions soudaines pour des aliments auparavant appréciés, des modifications du goût ou un inconfort lors des repas. Ces changements peuvent être éprouvants pour l'enfant et l'aidant. La souplesse est essentielle : il faut privilégier les apports globaux en calories et nutriments, en adaptant les choix aux préférences du moment, plutôt que des repas rigides.

De petits repas fréquents, généralement toutes les deux à trois heures, favorisent des apports réguliers sans surcharger l'enfant. Des portions adaptées, riches en calories et en nutriments, sont souvent plus efficaces que de gros repas. Un cadre bienveillant, sans pression, réduit l'anxiété et peut encourager l'enfant à manger.

L'hydratation est une autre responsabilité majeure. Les enfants malades ne reconnaissent ou n'expriment pas toujours bien leur soif. Les aidants doivent encourager des prises régulières de liquides et proposer des options acceptables : eau, solutions de réhydratation orale ou autres liquides cliniquement adaptés.

Les aidants doivent reconnaître les premiers signes de dégradation nutritionnelle ou clinique : vomissements persistants, refus de manger ou de boire, perte de poids rapide, diminution des urines, lèvres sèches ou léthargie. Il est essentiel de contacter rapidement l'équipe soignante pour prévenir les complications.

La dimension émotionnelle et psychologique est tout aussi importante. Les repas peuvent devenir stressants et les aidants peuvent se sentir obligés de faire manger suffisamment leur enfant. Les rassurer, fournir des conseils pratiques et faciliter l'accès à des professionnels, notamment aux diététiciens pédiatriques, les aide à gérer ces difficultés.

Des connaissances, de la souplesse et du soutien permettent aux aidants de contribuer activement et avec confiance à la santé nutritionnelle de leur enfant tout au long du traitement.

Fig. 4 / Comparaison des approches

Catégorie	Approche COG	Approche SIOP
Moment	Soutien immédiat après le diagnostic	Stabilisation préopératoire
Priorité	Apports caloriques et protéiques élevés	Hydratation et stabilisation
Intensification	Nutrition entérale / parentérale précoce	Intensification progressive
Surveillance	Bilans fréquents et suivi du poids	Suivi de la croissance et de la tolérance

10 - Données et résultats cliniques

Des données croissantes soulignent le rôle essentiel de la nutrition dans les résultats cliniques en oncologie pédiatrique. Dans la tumeur de Wilms, dont le traitement est souvent intensif mais très efficace, l'état nutritionnel peut fortement influencer la tolérance au traitement, la récupération après ses effets toxiques et les résultats à long terme.

Les patients bien nourris tolèrent mieux la chimiothérapie et la radiothérapie, avec moins de réductions de dose et de retards. Un état nutritionnel adéquat soutient l'immunité, limite les infections susceptibles d'interrompre le traitement ou de prolonger l'hospitalisation et améliore la cicatrisation après une intervention, notamment une néphrectomie.

À l'inverse, la dénutrition est associée à davantage d'infections, à des hospitalisations plus longues, à une moindre résistance physique et à une réponse thérapeutique réduite. Dans les cas graves, elle peut imposer une modification de l'intensité du traitement et compromettre son efficacité globale.

Au-delà des résultats immédiats, la nutrition influence la récupération fonctionnelle et la qualité de vie. Un meilleur état nutritionnel favorise le maintien de la masse musculaire, de l'énergie et des activités normales du développement, avec des conséquences importantes pour le bien-être physique et psychosocial.

Des recherches récentes suggèrent aussi qu'un soutien nutritionnel précoce et continu peut modifier les risques à long terme, notamment de maladies cardiovasculaires et de troubles métaboliques. Cela souligne l'importance d'intégrer la nutrition à l'ensemble du parcours de soins, plutôt que d'intervenir uniquement lorsqu'un problème apparaît.

À l'échelle du système de santé, une prise en charge nutritionnelle efficace peut réduire les complications et la durée d'hospitalisation et améliorer l'efficacité globale des soins. C'est particulièrement pertinent lorsque les ressources sont limitées, car l'optimisation des soins de soutien peut fortement influencer les résultats.

La nutrition fait partie intégrante du succès du traitement oncologique pédiatrique, avec des effets mesurables sur les résultats cliniques et la santé à long terme.

11 - Conclusions

La nutrition est un fondement de la prise en charge de la tumeur de Wilms pédiatrique. Elle influence chaque étape, du diagnostic au traitement, à la prise en charge de la rechute et à la survie à long terme. Les progrès des traitements oncologiques ont nettement amélioré la survie, mais leur plein potentiel nécessite des soins nutritionnels complets et bien intégrés.

La complexité de cette prise en charge reflète l'interaction entre les besoins de croissance, les difficultés liées au traitement et les considérations propres aux organes, notamment la protection rénale. Une approche multidisciplinaire associant oncologues, diététiciens, infirmiers et aidants est indispensable pour concevoir et mettre en œuvre des stratégies individualisées.

L'intervention précoce et la surveillance continue sont des thèmes centraux de ce document. La dégradation nutritionnelle peut être rapide, mais une évaluation proactive et une action opportune permettent souvent de la prévenir. Intégrer la nutrition aux parcours cliniques habituels garantit une prise en charge systématique plutôt que seulement réactive.

Les soins nutritionnels efficaces dépassent le cadre clinique. Les aidants jouent un rôle essentiel dans leur mise en œuvre. Leur capacité à répondre aux besoins de l'enfant dépend de conseils clairs, d'une formation et d'un soutien continu.

Il faut poursuivre les efforts pour harmoniser les protocoles nutritionnels, élargir l'accès aux soins spécialisés et intégrer la nutrition aux initiatives mondiales d'oncologie pédiatrique. C'est particulièrement crucial dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les disparités des soins de soutien peuvent fortement influer sur les résultats.

Faire de la nutrition un pilier central des soins du cancer de l'enfant peut améliorer la survie, mais aussi la qualité de vie et la santé à long terme des enfants atteints d'une tumeur de Wilms.

Annexe A

Fig. 5 / Vue d'ensemble

Catégorie	Pratique COG / NWTS	Pratique SIOP	Conséquences nutritionnelles
Séquence thérapeutique	Privilégie souvent la chirurgie initiale, puis un traitement adapté au risque	Privilégie souvent la chimiothérapie préopératoire, puis la chirurgie et un traitement adapté au risque	Prévoir les différences de calendrier thérapeutique, de récupération chirurgicale et de symptômes
Priorités des soins de soutien	Soins multidisciplinaires précoces, avec évaluation nutritionnelle lorsqu'un risque est identifié	La stabilisation avant une intervention majeure est importante en cas de traitement préopératoire	Le dépistage nutritionnel au diagnostic doit être réalisé quelle que soit la séquence thérapeutique
Adaptation aux ressources	Appliquée surtout dans des groupes coopératifs disposant de ressources importantes	Inclut les recommandations SIOP PODC adaptées aux ressources et les collaborations associées	En contexte de ressources limitées : aliments locaux, formation des aidants et surveillance pratique
Protection rénale	La fonction rénale, la pression artérielle et les effets tardifs sont surveillés après le cancer	La protection rénale reste centrale face à la néphrectomie et aux expositions néphrotoxiques	Modérer le sodium, maintenir l'hydratation et adapter les protéines restent des priorités

Annexe B

Références

1) Organisation mondiale de la Santé. Initiative mondiale contre le cancer de l'enfant. Genève : OMS ; 2018.

2) Organisation mondiale de la Santé. Initiative mondiale de l'OMS contre le cancer de l'enfant : brochure de présentation. Genève : OMS ; 2020.

3) National Cancer Institute. Traitement de la tumeur de Wilms et des autres tumeurs rénales de l'enfant (PDQ) — version destinée aux professionnels de santé. Bethesda (MD) : National Cancer Institute ; mise à jour 2025.

4) Société internationale d'oncologie pédiatrique. Recommandations thérapeutiques adaptées SIOP PODC : tumeur de Wilms et soins de soutien. SIOP ; consulté en 2026.

5) Israels T, Moreira C, Scanlan T, Molyneux L, Kampondeni S, Hesseling P, et al. SIOP PODC : recommandations cliniques pour la prise en charge des enfants atteints d'une tumeur de Wilms dans les contextes à faible revenu. Pediatr Blood Cancer. 2013;60(1):5-11.

6) Wang J, Li M, Tang D, Gu W, Mao J, Shu Q. Traitement actuel de la tumeur de Wilms : normes COG et SIOP. World J Pediatr Surg. 2019;2(3):e000038.

7) Dome JS, Fernandez CV, Mullen EA, Kalapurakal JA, Geller JI, Huff V, et al. Tumeur de Wilms (néphroblastome), version 2.2021, recommandations de pratique clinique du NCCN en oncologie. J Natl Compr Canc Netw. 2021;19(8):945-977.

8) Ladas EJ, Sacks N, Brophy P, Rogers PC. Normes de soins nutritionnels en oncologie pédiatrique : résultats d'une enquête nationale sur les pratiques. Pediatr Blood Cancer. 2006;46(3):339-344.

9) Ladas EJ, Sacks N, Meacham L, Henry D, Enriquez L, Lowry G, et al. Revue multidisciplinaire des considérations nutritionnelles en oncologie pédiatrique : point de vue du Children's Oncology Group. Nutr Clin Pract. 2005;20(4):377-393.

10) Brinksma A, Huizinga G, Sulkers E, Kamps WA, Roodbol PF, Tissing WJE. Dénutrition chez les enfants atteints de cancer : revue de sa prévalence et de ses causes possibles. Crit Rev Oncol Hematol. 2012;83(2):249-275.

11) Joffe L, Dwyer S, Glade Bender JL, Frazier AL, Ladas EJ. État nutritionnel et résultats cliniques en oncologie pédiatrique. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(10):719-731.

12) Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN, et al. Définir la dénutrition pédiatrique : changement de paradigme vers des définitions liées à l'étiologie. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013;37(4):460-481.

13) Becker PJ, Nieman Carney L, Corkins MR, Monczka J, Smith E, Smith SE, et al. Déclaration de consensus de l'Academy of Nutrition and Dietetics et de l'American Society for Parenteral and Enteral Nutrition : indicateurs recommandés pour identifier et documenter la dénutrition pédiatrique. J Acad Nutr Diet. 2014;114(12):1988-2000.

14) Barr RD. Le rôle de la nutrition en oncologie pédiatrique. Pediatr Blood Cancer. 2020;67 Suppl 3:e28211.

15) Children's Oncology Group. Recommandations de suivi à long terme pour les survivants de cancers de l'enfance, de l'adolescence et du jeune adulte. Monrovia (CA) : Children's Oncology Group ; version actuelle.

16) KDOQI Work Group. Recommandations de pratique clinique KDOQI pour la nutrition des enfants atteints de maladie rénale chronique : mise à jour 2008. Am J Kidney Dis. 2009;53(3 Suppl 2):S1-S124.

17) National Kidney Foundation. Nutrition et maladie rénale chez l'enfant : ressources éducatives pour les patients et les familles. New York : National [référence incomplète dans l'original].



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 : 98-3478827 | Canada : organisme de bienfaisance enregistré : 756261939BC0001

© Wilms Cancer Foundation | Tous droits réservés.

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.

© 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.