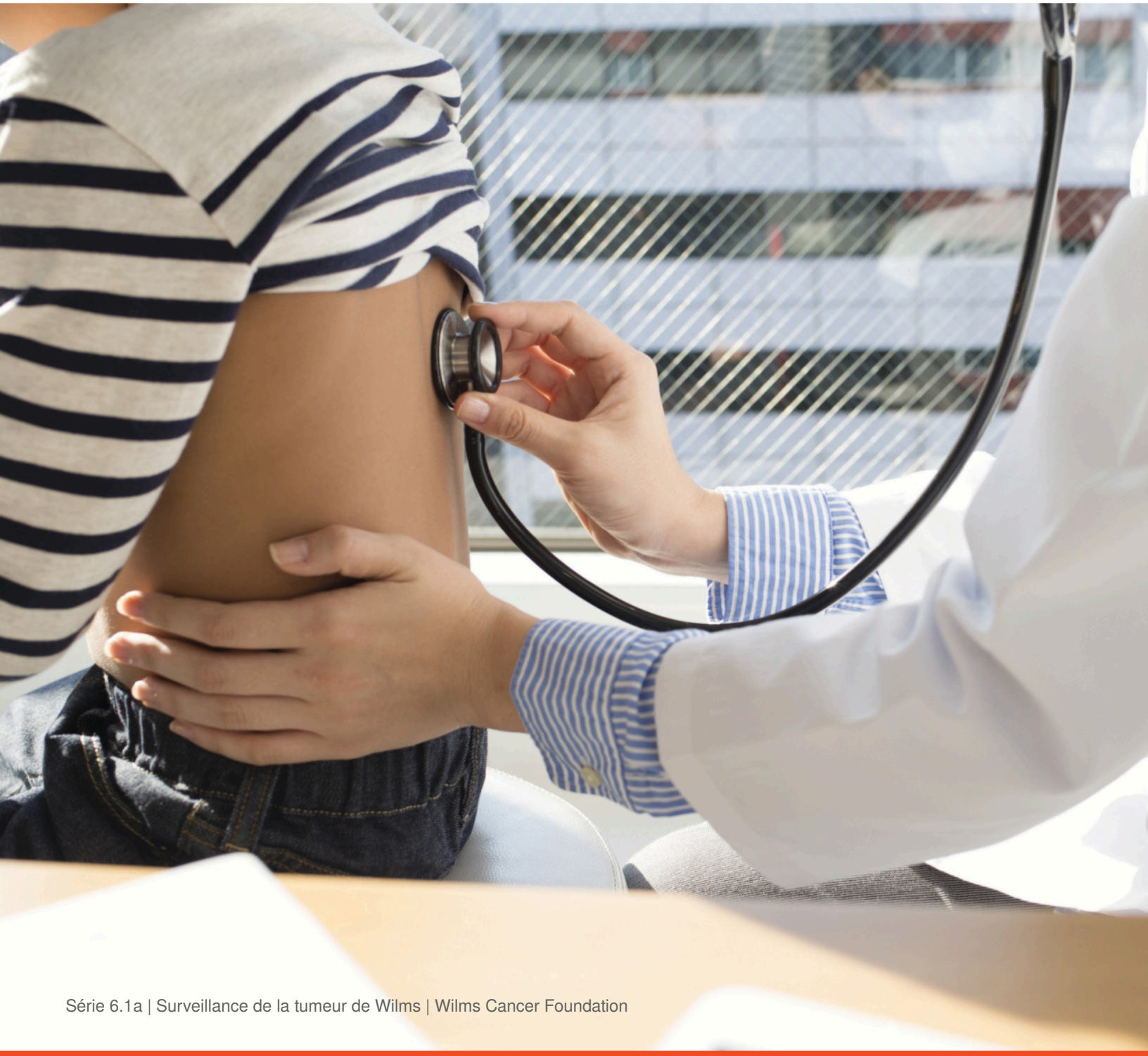
Wilms Cancer Foundation

Tumeur de Wilms

Recommandations de surveillance et de suivi

Tumeur rénale pédiatrique (Wilms) à risque standard et élevé





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

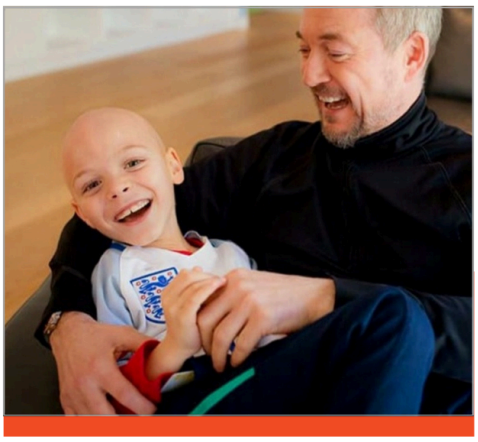
Recommandations pédiatriques de surveillance et de suivi
Tumeur de Wilms à risque standard et élevé | Série 6.1a

Objectifs de la surveillance

Calendrier de surveillance à risque standard et élevé 2
Surveillance complémentaire 2
Stratégie générale 3
Stratification du risque 4
Stratégie d'imagerie 4
Surveillance biologique 4
Durée de la surveillance 5
Considérations complémentaires 5
Résumé du parcours de surveillance 5

Définitions

Anamnèse et examen physique (H&P) 6
Métabolisme (Metab) 7
Numération formule sanguine (CBC) 8
Bilan de biochimie sérique (Chem) 9
Imagerie (CXR & Abdo U/S) 10
Analyses d'urine 11
Débit de filtration glomérulaire (GFR) 12
Échocardiographie (ECHO) 13
Explorations fonctionnelles respiratoires (PFTs) 14
Dosages hormonaux (LH, FSH, Test ou Est) 15



Objectifs de la surveillance

Tumeur rénale à risque standard et élevé*

Mois après le traitement	Date	Lieu	H&P	Metab	CBC	Chem	CXR + écho abd.	Urine	GFR	ECHO*	PFTs	LH, FSH, Test/Est	Dépistages complémentaires	Général
0														Résumé pour le suivi à long terme
3			+				+							
6			+		+	+	+	+						Revaccination : vaccins atténués
9			+				+							
12			+	+	+	+	+	+	+	+	+			Revaccination : vaccins vivants
15			+				+							
18			+		+	+	+	+						
21			+				+							
24			+		+	+	+	+						
27			+											
30			+				+							
33			+											
36			+	+	+	+	+	+						
42			+				+							
48			+		+	+	+	+						
54			+				+							
60			+	+	+	+	+	+						Consultation des effets tardifs

Évaluations en fin de traitement : selon le protocole. **Consultations :** suivi précoce jusqu'au mois 24 ; suivi à long terme dès le mois 27.
Metab : glucose sans jeûne, HbA1c et bilan lipidique. **Chem :** électrolytes, Ca, Mg, PO_4, créatinine, urée et bilan hépatique.
Imagerie : poursuivre tous les 3 mois jusqu'à 36 mois en cas de stade V. **Urine :** analyse, rapports protéines/créatinine et albumine/créatinine.
DFG : tous les 2 ans si anormal. **ECHO :** ajouter la fréquence prévue par les recommandations cardiaques ; ECG si inquiétude clinique.
EFR : après irradiation ou chirurgie pulmonaire ; tous les 2 ans si anormales. **Hormones :** bilan initial à 11 ans si CED > 4 ou inquiétude clinique ; puis annuel.
Dépistages complémentaires : selon les sites des métastases, la chirurgie ou la radiothérapie.

*Inclut les tumeurs de Wilms de stades I–II à histologie défavorable, de stades III–IV quelle que soit l'histologie, et le sarcome à cellules claires du rein. CED : dose équivalente de cyclophosphamide.

Surveillance complémentaire

Indication / examen	Suivi
Syndrome de Beckwith-Wiedemann	Échographie abdominale et AFP tous les 3 mois jusqu'à 8 ans
Néphroblastomatose	Alterner IRM abdominale et échographie tous les 6 mois pendant 5 ans d'examens ou jusqu'à 8 ans
Spermogramme	À partir de 18 ans chez les garçons à risque modéré ou élevé
Hormone antimüllérienne	Dès 12 ans chez les filles si CED > 6 g/m² ou irradiation pelvienne ; plus tôt si inquiétude clinique. Tous les 3 ans si normal ; gynécologie pédiatrique si anormal
IRM mammaire et mammographie	À partir de 25 ans ou 8 ans après irradiation thoracique, selon l'échéance la plus tardive
Coloscopie ou analyses de selles	À partir de 30 ans ou 5 ans après irradiation abdominale, selon l'échéance la plus tardive

1. Stratégie générale

Détecter précocement la récidive tumorale

- Rechute locale dans la loge rénale ;
- Métastases à distance : poumons, foie, autres sites.

Surveiller les effets tardifs du traitement

- Fonction rénale, surtout après néphrectomie ou chimiothérapie néphrotoxique ;
- Fonction cardiovasculaire après anthracyclines ou radiothérapie ;
- Troubles endocriniens et pubertaires après irradiation abdominale ou pelvienne ;
- Fonction pulmonaire après irradiation thoracique ou métastases pulmonaires.

Soutenir la croissance, la nutrition et le développement

- Détecter l'hypertension, la protéinurie ou d'autres complications métaboliques.

Voici les grandes lignes de la surveillance et du suivi des tumeurs rénales pédiatriques à risque standard et élevé, selon les recommandations habituelles, notamment les protocoles du COG pour la tumeur de Wilms et d'autres cadres d'oncologie pédiatrique.

2. Stratification du risque

Catégorie	Définitions habituelles	Conséquences pour le suivi
Risque standard	Stades I–II ; histologie favorable ; absence de caractéristiques à haut risque	Imagerie et analyses moins fréquentes ; détection précoce des récidives et suivi habituel des effets tardifs
Haut risque	Stades III–IV ; anaplasie diffuse ; biologie défavorable ; néphrectomie et chimiothérapie ; irradiation	Surveillance plus fréquente et intensive des récidives et complications du traitement

3. Stratégie d'imagerie

Objectif : détecter les rechutes ou les modifications des organes liées au traitement.

Modalité	Échographie abdominale	Radiographie thoracique	Scanner / IRM abdominale	Évaluation rénale (DFG, etc.)
Risque standard	Tous les 3–6 mois pendant les 2 premières années	Tous les 3–6 mois pendant les 2 premières années	Seulement si l'échographie abdominale est anormale	Annuelle ou selon indication
Haut risque	Tous les 3 mois pendant 2 ans, puis tous les 6 mois aux années 3–5	Tous les 2–3 mois pendant les 2 premières années	Parfois à haut risque ou si l'échographie est peu concluante	Plus fréquente : tous les 6–12 mois
Remarque	Surveiller la loge rénale ; éviter l'irradiation inutile	Surveiller les métastases pulmonaires	Limiter l'irradiation chez l'enfant	Surveiller la fonction rénale restante

4. Surveillance biologique

Objectif : surveiller les récidives, la toxicité et la fonction des organes.

Analyse	CBC	Bilan Chem	Urine / protéines	DFG / fonction rénale	Hormones (LH, FSH, Test/Est)	Autres examens
Risque standard	Tous les 3–6 mois pendant 2 ans	Tous les 6–12 mois	Annuelle	Annuelle	Selon indication clinique	EFR, ECHO et thyroïde selon indication
Haut risque	Tous les 1–3 mois la première année, puis espacer	Tous les 3–6 mois	Tous les 6 mois	Tous les 6–12 mois	Annuelle ou plus tôt si anomalie pubertaire	Plus fréquents à haut risque
Remarque	Suivre la récupération médullaire et les effets de la chimiothérapie	Suivi rénal, hépatique et métabolique	Suivi rénal après néphrectomie ou chimiothérapie	Haut risque : traitement néphrotoxique ou néphrectomie bilatérale	Irradiation abdominale/pelvienne ou chimiothérapie gonadotoxique	Effets tardifs : anthracyclines, irradiation thoracique

5. Durée de la surveillance

Surveillance de la croissance et du développement : poids, taille et pression artérielle. Soutien psychosocial : scolarité et santé mentale. Vaccinations à jour, surtout en cas d'immunodépression. Information familiale : signes de rechute, soins rénaux et sensibilisation à l'hypertension.

6. Considérations complémentaires

- Surveillance de la croissance et du développement : poids, taille, pression artérielle ;
- Soutien psychosocial : scolarité et santé mentale ;
- Vaccinations à jour, surtout en cas d'immunodépression ;
- Information familiale : signes de rechute, soins rénaux et sensibilisation à l'hypertension.

Résumé du parcours de surveillance

Risque standard

Imagerie modérée (échographie, radiographie thoracique), analyses espacées et attention portée aux récidives et aux principaux effets tardifs.

Haut risque

Imagerie, analyses et surveillance rénale, cardiaque, pulmonaire et endocrinienne plus fréquentes pour détecter tôt les rechutes et prévenir ou gérer les complications du traitement.

- Phase intensive : 2–3 premières années après le diagnostic, lorsque le risque de rechute est maximal ;
- Phase modérée : années 3–5 ;
- Phase à long terme / effets tardifs : années 5–10 ou davantage selon le traitement.

Les patients à haut risque conservent généralement un suivi plus fréquent et prolongé.



Anamnèse et examen physique (H&P)

Dans les recommandations de suivi en oncologie pédiatrique, notamment les protocoles de surveillance de la tumeur de Wilms, H&P signifie « anamnèse et examen physique ».

Il s'agit d'une évaluation clinique réalisée par un médecin ou un professionnel qualifié. Elle fait partie de tous les calendriers de surveillance et de suivi après un cancer de l'enfant.



Signification de H&P

Anamnèse (H)

Entretien médical structuré portant sur :

- Les nouveaux symptômes ;
- Les changements de l'état de santé général ;
- Les effets tardifs du traitement ;
- La mise à jour des médicaments ;
- Les préoccupations familiales ;
- Les difficultés psychosociales ou de développement.

Examen physique (P)

Examen adapté au diagnostic de l'enfant, comprenant :

- Les signes vitaux ;
- Les paramètres de croissance ;
- L'examen abdominal, particulièrement important dans les tumeurs rénales ;
- Les ganglions lymphatiques ;
- L'examen cardiopulmonaire ;
- L'évaluation du site opératoire après une néphrectomie.

Place dans les calendriers de surveillance

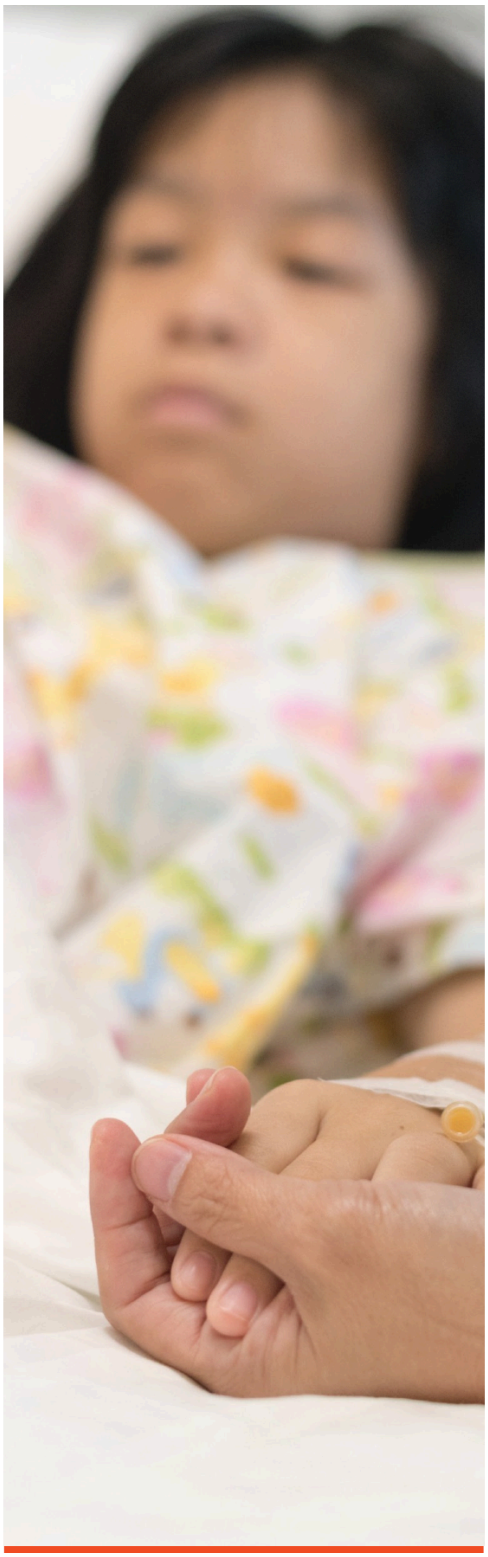
Dans les tableaux de suivi à risque standard ou élevé, H&P apparaît à des intervalles précis, par exemple tous les 3 ou 6 mois ou chaque année. Il indique quand une évaluation clinique en personne est nécessaire, distincte de l'imagerie (échographie, scanner ou radiographie thoracique) et des analyses biologiques.

Exemples de protocoles courants en oncologie pédiatrique :

- Tumeur de Wilms à haut risque : H&P tous les 3 mois pendant les 2 premières années, puis moins souvent ;
- Risque standard : H&P tous les 3–4 mois au début, puis tous les 6–12 mois après la deuxième année ;
- Après 5 ans : passage habituel au suivi après-cancer, avec H&P annuel.

Métabolisme (Metab)

Dans les recommandations pédiatriques de surveillance et de suivi, « Metab » signifie « métabolique ». Ce code regroupe ou signale les enfants présentant des affections ou complications métaboliques, ou surveillés pour celles-ci, comme diagnostic principal ou comme catégorie de risque nécessitant un suivi renforcé.



Signification de Metab : métabolique

Ce terme concerne les processus biochimiques de l'organisme :

- Maladies métaboliques héréditaires : troubles du cycle de l'urée, déficits de l'oxydation des acides gras ou troubles des acides aminés ;
- Complications secondaires au traitement : troubles métaboliques liés à la chimiothérapie ou effets tardifs endocriniens et métaboliques ;
- Troubles du métabolisme nutritionnel : interactions entre croissance et nutrition dans le suivi oncologique ;
- Facteurs de risque du syndrome métabolique dans certains protocoles à long terme.

Utilisation selon le risque

Risque standard

Metab indique généralement un dépistage de base : évolution du poids, tolérance au glucose, lipides et fonction thyroïdienne ou métabolique si le traitement le justifie.

Haut risque

Le risque accru de troubles métaboliques ou d'effets tardifs justifie une surveillance renforcée :

- Bilans endocriniens et métaboliques plus fréquents ;
- Suivi des complications métaboliques liées au traitement ;
- Orientation vers un spécialiste du métabolisme ou un endocrinologue ;
- Dépistage lié à certains traitements : corticoïdes, radiothérapie ou risque métabolique après néphrectomie.

Pourquoi utiliser un code abrégé ?

Les cadres de suivi pédiatrique (oncologie, réanimation néonatale, maladies congénitales ou chroniques) utilisent des codes courts :

- Resp : respiratoire ;
- Neuro : neurologique ;
- Endo : endocrinien ;
- Metab : métabolique ;
- Cardio, rénal, etc.

Metab est l'abréviation habituelle du système ou des risques métaboliques.

Numération formule sanguine (CBC)

Aspects généraux du suivi

- Surveillance de la croissance et du développement : poids, taille, pression artérielle ;
- Soutien psychosocial : scolarité et santé mentale ;
- Vaccinations à jour, surtout en cas d'immunodépression ;
- Information familiale : symptômes de rechute, soins rénaux et sensibilisation à l'hypertension.

Signification de CBC : numération formule sanguine

La numération formule sanguine (NFS) mesure :

- L'hémoglobine et l'hématocrite ;
- Le nombre de globules blancs et la formule leucocytaire ;
- Le nombre de plaquettes ;
- Les indices des globules rouges : VGM, TCMH, RDW, etc.

Pourquoi CBC apparaît-il ?

Les recommandations précisent les examens selon le risque. CBC indique que l'enfant doit bénéficier de numérations sanguines périodiques.

Risque standard

La NFS sert généralement à :

- Détecter une anémie ;
- Surveiller la suppression médullaire liée au traitement ;
- Suivre le risque infectieux ou la récupération immunitaire.

La fréquence est habituellement faible, sauf indication contraire.

Haut risque

La surveillance est plus fréquente en raison de :

- Un risque accru de cytopénies ;
- Une suppression médullaire persistante ;
- Un risque de rechute en oncologie ;
- Une toxicité hématologique médicamenteuse ;
- Des complications de maladies chroniques affectant les cellules sanguines.

Les recommandations précisent l'intervalle, par exemple tous les 1–3 mois plutôt que tous les 6–12 mois.

Pourquoi un code ?

Les catégories sont abrégées pour gagner de la place dans les tableaux de suivi :

- CBC : numération formule sanguine ;
- CMP : bilan métabolique complet ;
- TSH / T4 libre ;
- UA : analyse d'urine ;
- ECG ;
- Echo : échocardiographie.

CBC est simplement le code de la numération sanguine requise.



Bilan de biochimie sérique (Chem)

Dans les recommandations pédiatriques de surveillance et de suivi, « Chem » désigne un bilan de biochimie sérique, également appelé bilan biochimique sanguin ou métabolique.



Signification de Chem : bilan de biochimie sérique

Selon les recommandations, il comprend tout ou partie des paramètres suivants :

- Électrolytes : Na, K, Cl, CO_2 ;
- Marqueurs rénaux : créatinine et azote uréique sanguin (BUN) ;
- Enzymes et paramètres hépatiques : ALT, AST, phosphatase alcaline, bilirubine ;
- Glucose ;
- Calcium, phosphate et magnésium.

Certains programmes utilisent les termes CHEM, CHEM7, CHEM10 ou CMP.

Suivi à risque standard

Le bilan permet de surveiller :

- Les fonctions rénale et hépatique de base ;
- L'équilibre électrolytique ;
- La récupération après le traitement : hydratation, nutrition et fonction des organes.

Les examens sont généralement moins fréquents.

Suivi à haut risque

Les bilans sont plus fréquents en raison de :

- Un risque accru d'atteinte rénale ou hépatique ;
- Une toxicité des médicaments ou des traitements antérieurs ;
- Une instabilité électrolytique ;
- Des complications endocriniennes ou métaboliques ;
- Des effets tardifs de la chimiothérapie, de la radiothérapie ou de traitements intensifs.

La fréquence dépend du protocole : mensuelle, trimestrielle ou annuelle selon le risque.

Pourquoi apparaît-il dans les tableaux ?

Les tableaux utilisent des codes courts (CBC, Chem, TSH, UA, Echo) pour identifier les examens à chaque intervalle. Chem est l'abréviation du bilan biochimique habituel.

Imagerie (CXR & Abdo U/S)

Dans les recommandations pédiatriques, « CXR & Abdo U/S » désigne les examens d'imagerie requis. Il ne s'agit ni d'un diagnostic ni d'un niveau de risque, mais des examens nécessaires au suivi à risque standard ou élevé.

CXR : radiographie thoracique

Elle permet d'évaluer :

- Les poumons : infection, nodules, métastases, liquide ;
- La taille du cœur et le médiastin ;
- Les modifications après chirurgie ou traitement.

Abdo U/S : échographie abdominale

Elle examine :

- Les reins, le foie, la rate et le pancréas ;
- Les ganglions lymphatiques ;
- Les masses ou lésions ;
- Les modifications des organes après le traitement ;
- Les collections liquidiennes.

Utilisation selon le risque

Les cadres de suivi pédiatrique (oncologie, maladies congénitales, nourrissons à haut risque) précisent les examens et leur fréquence pour chaque groupe.

Risque standard

L'enfant peut avoir besoin de :

- Radiographies thoraciques périodiques pour vérifier l'état des poumons ;
- Échographies abdominales périodiques pour exclure des complications ou une récidive, notamment après une tumeur rénale ou une masse abdominale ;
- Une fréquence généralement annuelle ou selon indication.

Haut risque

L'imagerie est plus fréquente ou détaillée en raison de :

- Un risque accru de récidive ou de métastases ;
- Une probabilité plus élevée d'atteinte rénale, hépatique ou pulmonaire ;
- Des traitements importants : chirurgie abdominale, néphrectomie, radiothérapie, chimiothérapie ;
- Une plus grande vulnérabilité aux complications tardives.

Les protocoles peuvent prévoir une imagerie tous les 3–6 mois selon l'affection.

Pourquoi un code abrégé ?

Les tableaux regroupent les examens : CBC ; Chem ; CXR & Abdo U/S ; Echo ; TSH ; échographie rénale.

CXR & Abdo U/S signifie que les deux examens d'imagerie sont requis à cet intervalle de surveillance.

Analyses d’urine

Dans les recommandations pédiatriques, « Urine Tests » regroupe les analyses d’urine nécessaires au suivi de la fonction rénale, de l’état métabolique et des complications du traitement. C’est une catégorie d’examens, non un diagnostic ou un niveau de risque.

Signification de Urine Tests : analyses d’urine

Selon les recommandations, elles peuvent comprendre :

Analyse urinaire standard (UA)

- Bandelette : protéines, sang, glucose, cétones, leucocytes, nitrites ;
- Microscopie : globules rouges, globules blancs et cylindres ;
- Densité urinaire, indicateur de l’hydratation.

Protéines urinaires

Souvent recherchées pour surveiller le rein ou les effets de la chimiothérapie :

- Rapport protéines/créatinine urinaire ;
- Microalbumine.

Biochimie urinaire

Utilisée dans la surveillance métabolique ou oncologique :

- Calcium ;
- Oxalate ;
- Catécholamines, facultatives dans certains protocoles tumoraux.

Culture d’urine

Réalisée si le risque infectieux fait partie de la surveillance. Chaque programme précise les examens requis ; Urine Tests les regroupe tous.

Suivi selon le risque

Risque standard

Les analyses surveillent :

- La santé rénale de base ;
- L’hydratation ;
- La présence de protéines ou de sang ;
- Les premiers signes de complications.

La fréquence est généralement faible, annuelle ou semestrielle.

Haut risque

Les examens sont plus fréquents en cas de :

- Risque accru d’altération rénale ;
- Néphrectomie antérieure ou tumeur rénale ;
- Exposition à des traitements néphrotoxiques ;
- Risque accru de troubles rénaux liés à l’hypertension ;
- Complications métaboliques ou endocriniennes affectant le rein.

Les analyses peuvent être prévues tous les 3–6 mois ou en même temps que l’imagerie.

Pourquoi une catégorie distincte ?

Les tableaux regroupent : CBC ; Chem ; Urine Tests ; CXR & Abdo U/S ; échographie rénale ; Echo. Urine Tests désigne l’ensemble des examens urinaires requis pour la catégorie de risque.

Débit de filtration glomérulaire (GFR)

Dans les recommandations pédiatriques, GFR désigne le débit de filtration glomérulaire (DFG), une mesure essentielle de la fonction rénale. C'est un examen requis, non un diagnostic ou une catégorie de risque.

Signification de GFR : débit de filtration glomérulaire

Il estime la capacité des reins à filtrer le sang. Chez l'enfant, il est généralement calculé plutôt que mesuré directement. La plupart des recommandations utilisent :

- Le DFG estimé (eGFR) ;
- Un calcul reposant sur la créatinine sérique, l'âge, le sexe et la taille ;
- Des formules telles que l'équation de Schwartz.

Certains programmes oncologiques ou néphrologiques demandent une mesure directe, par exemple en médecine nucléaire, chez les patients à haut risque.

Suivi selon le risque

Risque standard

Le DFG permet de vérifier :

- Une récupération rénale normale après le traitement ;
- L'absence de signes précoces d'altération rénale ;
- La stabilité de la créatinine et de la filtration.

La fréquence est habituellement annuelle, sauf autre indication.

Haut risque

Des évaluations plus fréquentes ou plus précises peuvent être nécessaires en raison de :

- Maladie rénale chronique ;
- Réserve rénale réduite après néphrectomie ;
- Chimiothérapie néphrotoxique antérieure, notamment cisplatine ou ifosfamide ;
- Dégradation rénale liée à une irradiation abdominale ou rachidienne ;
- Anomalies rénales congénitales ou acquises.

Examens possibles à haut risque

- DFG tous les 3–6 mois ;
- Mesure en médecine nucléaire si une précision accrue est nécessaire ;
- Analyses d'urine, électrolytes et échographie rénale en parallèle.

Pourquoi une ligne distincte ?

Les tableaux regroupent souvent : CBC ; Chem ; GFR ; analyses d'urine ; échographie rénale ; CXR & Abdo U/S.

Le DFG est distingué car la filtration rénale constitue un facteur prédictif indépendant des résultats à long terme dans de nombreuses affections pédiatriques.

Échocardiographie (ECHO)

Dans les recommandations pédiatriques, ECHO4 désigne une échocardiographie réalisée selon une catégorie de risque cardiaque de niveau 4. Il s'agit d'un niveau de surveillance, non d'un diagnostic.

Ce code apparaît dans les protocoles de suivi après cancer, de maladies congénitales et de pédiatrie à haut risque qui adaptent la surveillance aux traitements cardiotoxiques reçus.

Signification de ECHO4

ECHO4 correspond à l'échocardiographie requise pour un enfant classé au niveau 4 de risque cardiaque. Les calendriers peuvent être désignés :

- ECHO1 : risque le plus faible ;
- ECHO2 ;
- ECHO3 ;
- ECHO4 : risque le plus élevé.

Il ne s'agit pas d'un autre type d'échocardiographie, mais de la fréquence et de l'intensité du suivi adaptées au risque de niveau 4.

Qu'est-ce que le risque cardiaque de niveau 4 ?

Les définitions varient, mais incluent généralement :

- De fortes doses cumulées d'anthracyclines, telles que doxorubicine ou daunorubicine ;
- Une radiothérapie thoracique touchant le cœur ;
- L'association anthracyclines et irradiation thoracique ;
- Une atteinte cardiaque connue après traitement ;
- Certaines maladies congénitales ou métaboliques à risque cardiaque élevé.

Ces enfants ont le risque à long terme le plus élevé de cardiomyopathie, d'arythmie ou d'insuffisance cardiaque et bénéficient de la surveillance la plus intensive.

Que prévoit généralement ECHO4 ?

- Échocardiographie tous les 6–12 mois, parfois plus souvent en cas d'anomalies ;
- Biomarqueurs cardiaques possibles : BNP, troponine ;
- Consultation ou suivi conjoint en cardiologie ;
- Imagerie complémentaire si nécessaire : IRM cardiaque, analyse de la déformation myocardique.

À titre de comparaison : ECHO1 peut être réalisé tous les 5 ans ; ECHO2 tous les 2–3 ans ; ECHO3 chaque année ; ECHO4 chaque semestre ou chaque année.

Pourquoi ce code dans le tableau ?

Les tableaux abrègent les examens : CBC ; Chem ; GFR ; analyses d'urine ; ECHO4 ; ECG ; CXR & Abdo U/S. ECHO4 indique la fréquence d'échocardiographie correspondant au niveau de risque cardiaque de l'enfant.

Explorations fonctionnelles respiratoires (PFTs)

Dans les recommandations pédiatriques, PFTs signifie « explorations fonctionnelles respiratoires » (EFR). Ces tests standardisés évaluent la capacité pulmonaire, les débits d'air et la santé respiratoire. Il s'agit d'examens requis, non d'un diagnostic ou d'un niveau de risque.

Signification de PFTs : explorations fonctionnelles respiratoires

Elles comprennent généralement :

Spirométrie

Elle mesure ou évalue :

- Le VEMS (FEV1), volume expiratoire forcé ;
- La capacité vitale forcée (FVC) ;
- Les débits respiratoires ;
- Les profils obstructifs ou restrictifs.

Volumes pulmonaires

Mesure de la capacité pulmonaire totale et du volume résiduel.

Capacité de diffusion (DLCO)

Elle mesure le passage des gaz des poumons vers le sang. Elle est souvent requise après une irradiation thoracique ou certaines chimiothérapies. Selon les recommandations, les EFR associent tout ou partie de ces examens.

Suivi selon le risque

Risque standard

Les examens servent à :

- Confirmer un développement pulmonaire normal après traitement ;
- Détecter des troubles respiratoires légers ou précoces ;
- Suivre la récupération après chirurgie, infection ou traitements modérés.

La fréquence est généralement de 1–2 ans ou selon indication.

Haut risque

Des examens plus fréquents ou complets sont nécessaires après :

- Radiothérapie thoracique ;
- Chimiothérapie toxique pour les poumons, notamment bléomycine ;
- Chirurgie abdominale ou thoracique majeure ;
- Ventilation prolongée ou lésion pulmonaire néonatale ;
- Maladies chroniques affectant la respiration.

Les protocoles à haut risque prévoient souvent des EFR complètes (spirométrie, volumes pulmonaires et DLCO) tous les 6–12 mois, selon le risque.

Pourquoi un code dans les tableaux ?

Les examens sont abrégés : CBC ; Chem ; GFR ; PFTs ; ECHO ; CXR ; échographie rénale.

PFTs indique que des explorations respiratoires doivent être effectuées à l'intervalle prévu pour cette catégorie de risque.

Dosages hormonaux (LH, FSH, Test ou Est)

Dans les recommandations pédiatriques, « LH, FSH, Test or Est » désigne des dosages hormonaux sanguins destinés à surveiller le développement pubertaire, la fonction gonadique et les effets tardifs des traitements. C'est une catégorie d'examens, non un diagnostic.

Signification des composants

LH : hormone lutéinisante

Hormone hypophysaire régulant la puberté et la fonction des glandes reproductrices.

FSH : hormone folliculostimulante

Autre hormone hypophysaire contrôlant la maturation des ovaires ou des testicules.

Test : testostérone

Hormone sexuelle mesurée pour évaluer :

- La progression de la puberté ;
- La fonction gonadique ;
- Les atteintes hormonales liées au traitement.

Ces dosages sont regroupés car ils donnent ensemble une vision globale de la santé endocrinienne pubertaire et gonadique.

Suivi selon le risque

Risque standard

Les dosages peuvent être prescrits :

- Pour vérifier que la puberté survient au moment attendu ;
- En présence de signes précoces de déséquilibre hormonal ;
- Pour surveiller des effets légers de médicaments ou de traitements.

La fréquence est faible : périodique ou selon indication clinique.

Haut risque

Une surveillance endocrinienne renforcée est nécessaire après :

- Chimiothérapie affectant les glandes reproductrices ;
- Radiothérapie cérébrale (hypophyse) ou abdominale ;
- Maladies chroniques perturbant la croissance ou la puberté ;
- Complications endocriniennes connues.

Les protocoles peuvent prévoir LH, FSH et testostérone ou estradiol chaque année, des examens plus précoces et fréquents si des symptômes apparaissent, et une orientation en endocrinologie en cas d'anomalie.

Ces dosages détectent :

- Un retard pubertaire ;
- Une puberté précoce ;
- Une production hormonale réduite ;
- Des effets endocriniens reproductifs à long terme.

Pourquoi un code combiné ?

Les tableaux regroupent : CBC ; Chem ; GFR ; bilan thyroïdien ; LH, FSH, Test or Est ; PFTs ; ECHO.

Ce code précise le bilan hormonal pubertaire et reproductif requis à l'intervalle indiqué.



© 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.