

# REIN

BUREAU CJN



**Laurence Vrigneaud**  
Présidente



**Jean-Philippe BERTOCCHIO**  
Vice-Président



**Philippe GIAIME**  
Trésorier

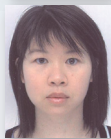


**Monica CIOBOTARU**  
Secrétaire

COMITÉ SCIENTIFIQUE CJN



Sébastien Homs



Christine Chamontin



Morgane Gosselin



Emilie Cornec Le Gall



Adeline Lacraz



Yahsou Delmas

# FAUT L'ÊTRE

## Club des Jeunes Néphrologues

### Chers membres,

Voici la 2e Rein Faut L'être du Club des Jeunes Néphrologues vous présentant le bilan de l'année 2011-2012. Vous trouverez dans ces quelques pages les actions réalisées au cours de cette année, avec en particulier une photographie de la XIIe réunion annuelle s'étant tenue à Montpellier sur le thème des maladies hématologiques. Cette session fut particulièrement appréciée et vous trouverez en verso les résumés de l'ensemble des interventions présentées. Par ailleurs, la majorité des diaporamas est accessible depuis le site internet du Club ([www.soc-nephrologie.org/CJN/index.htm](http://www.soc-nephrologie.org/CJN/index.htm)).

D'ores et déjà, nous nous attelons à l'organisation de notre prochaine réunion et c'est une grande première. En effet, nous reprenons le flambeau de l'ex Club de la Dialyse sous le regard bienveillant du Pr Bernard Canaud, son fondateur. Rebaptisé « Kidney Coaching Club », il conserve l'objectif essentiel d'aider les jeunes néphrologues à développer leur « savoir en communication ». Ce rendez-vous s'articulera autour de 4 thèmes principaux : prendre la parole en public, rechercher sur internet, analyser et rédiger un article. Réservez dès maintenant les 30 novembre et 1er décembre pour cette 1ère réunion qui sera parisienne et s'intéressera à la prise de parole.

Quant à notre prochaine réunion annuelle, elle développera les différents aspects des atteintes inflammatoires des vaisseaux de petit calibre, en particulier associées aux ANCA. Cette session se tiendra les 14,15 et 16 mars 2013 sous le soleil de Provence.

D'autres projets nous tiennent à cœur, dans la continuité ou l'innovation, tels que la visite de centres experts, l'opération T'REIN d'information sur les maladies rénales chroniques, les échanges internationaux, les « Board Review courses »...

Ainsi, je vous souhaite d'excellentes vacances estivales et espère vous retrouver en fin d'année 2012 pour parler... en public !

**Club des  
Jeunes  
Néphrologues**

Pour le Club des Jeunes Néphrologues  
Laurence Vrigneaud  
Rein Faut L'Etre n°2

Juillet 2012

## Sommaire / 1

02<sub>>03</sub>

**Montpellier 2012**

12<sup>ème</sup> réunion annuelle du CJN

04

**Brève sur le SUN  
et le post ASN**

05

**ENQUÊTE :  
Refus de traitement  
par les patients**

06<sub>>07</sub>

**Agenda 2012 et 2013**

# Montpellier 2012

## 12<sup>ème</sup> réunion annuelle du CJN

«Depuis quelques années , le troisième week-end du mois de mars est dédié à la Réunion Annuelle du Club des Jeunes Néphrologues. Cette année, nous avons abordé le thème de la néphro-hématologie : «Quand le rein se fait du mauvais sang ».

**L**es sessions scientifiques ont eu lieu du jeudi 15 mars à 18h30 au samedi 17 mars 11h30 à Montpellier. Pour les membres qui n'ont pas pu participer, nous avons le plaisir de vous communiquer à la suite un résumé de cette intéressante réunion. L'intégralité est consultable sur notre site de la Société de Néphrologie (<http://www.soc-nephrologie.org/CJN/reunions/2012-montpellier.htm>) qui est géré par Quentin Meulders.

Nous souhaitons remercier l'ensemble des orateurs présents à cette réunion pour leur disponibilité et pour la qualité de leur intervention. Nous remercions également nos partenaires pour leur présence et pour leur soutien.

**E**n ouverture, de la réunion, nous avons fait appel à **Sylvain Prandi**, spécialiste de la communication gestuelle. Il a sensibilisé l'auditoire à la Synergologie en pratique.

Le vendredi matin, les sessions ont débuté avec la participation de **Patrick Fievet**, Néphrologue au CH de Creil à propos de l'Hepcidine : un nouvel acteur dans l'anémie de l'IRC. Après un bref rappel sur les mécanismes de la carence martiale au cours de l'IRC (augmentation des pertes sanguines, captation du fer par le système réticulo-endothélial liée à l'inflammation, diminution de l'absorption intestinale du fer), sur les 2 types de carences martiales (absolue et fonctionnelle), P. Fievet expose l'ensemble des facteurs influençant l'expression du gène de l'Hepcidine (inflammation, hypoxie, anémie, surcharge en fer). L'Hepcidine est augmentée dans l'IRC, ses stimuli et voies de régulation sont multiples. Son rôle est supposé dans la carence fonctionnelle et la résistance aux ASE. Les méthodes de dosage de l'Hepcidine (Elisa, spectrométrie de masse) ne sont actuellement pas disponibles en routine. Aucune valeur normale n'a été établie dans l'IRC. Différentes possibilités thérapeutiques de diminution de l'Hepcidine ont été proposées: inhibition de BMP6, agonistes de la sérine protéase, stabilisation de HIF, anticorps neutralisants de l'Hepcidine, mais ne sont actuellement pas disponibles.

Puis, **Olivier Morel**, Cardiologue au CHU de Strasbourg, a décrit le risque cardio-vasculaire du patient insuffisant rénal comme étant très augmenté. Cela fait appel à une physiopathologie bien différente de l'athérome classique. Il a détaillé également les particularités de la prise en charge coronarienne, notamment concernant les possibilités de revascularisation. Enfin, les spécificités thérapeutiques du traitement anti-agrégant ont été abordées, avec par exemple la variabilité de réponse au clopidogrel, et l'intérêt de tester la résistance à ce traitement au préalable.

Suivi par **Henri Vacher-Coponat**, Néphrologue au CHU de Marseille, qui a présenté le retentissement de l'insuffisance

rénale sur les leucocytes. Les différents types cellulaires ont été traités. Les anomalies quantitatives, et surtout qualitatives, des lymphocytes ont en particulier été traitées. Enfin, les spécificités de la transplantation ont été exposées, avec le retentissement clinique que cela suppose.

La fin de matinée s'est poursuivie avec pour thématique « Les répercussions rénales des maladies hématologiques » et l'intervention de **Sébastien Hantz**, Virologue au laboratoire de virologie du CHU de Limoges, CNR des cytomégalovirus et unité INSERM, qui nous a brossé un tableau très complet des principaux virus hématotropes. Il a bien sûr insisté sur les méthodes de diagnostic virologiques, sérologies, PCR simples et quantitatives et sur l'importance de la reproductibilité des méthodes de quantification de la charge virale. Du parvovirus B19 au moins connu HHV6, en passant par l'EBV et s'arrêtant plus longuement sur le CMV, il nous a présenté les modes de transmission, cycles de réplication, mécanismes de persistance, séroprévalence, manifestations cliniques classiques ou atypiques ainsi que les stratégies thérapeutiques, actuelles ou à venir. A suivi la présentation de **Sophie Caillard**, Néphrologue au CHU de Strasbourg sur le thème « PTLD : physiopathologie et traitements ». Les Lymphomes post-transplantation restent une pathologie rare mais préoccupante. La survie des greffons s'améliore. Le prix à payer ? Les nouveaux IS permettent une diminution des RA (<20%), une augmentation de la survie à long terme au prix de nombreux effets secondaires (cancers, LPT, maladies CV, infections). Les LPT présentent de nombreuses particularités (physiopathologie: 70% des LPT sont EBV+, lymphomes B, localisation extraganglionnaire, atteinte du SNC, atteinte du greffon, traitement basé sur la baisse de l'IS avec augmentation du risque de rejet). Les FDR de LPT sont connus : Rôle de la charge immunosuppressive (ATG, OKT3), mismatch EBV. Une mention particulière est faite à l'intérêt de la mesure de la charge virale EBV (PCR plasmatique) dans la détection précoce des LPT. La clinique du LPT reste très protéiforme et impose l'établissement d'un score à partir du registre des lymphomes (Age>55 ans, créatinine>133 µmol/l, LDH>480U/l, lymphome disséminé, lymphome monomorphe). Ce nouveau score pronostique constituerait ainsi un guide pour la stratégie thérapeutique (baisse de l'IS, anti-CD20).

Puis **François Glowacki**, Néphrologue au CHRU de Lille, nous a fait partager un sujet complexe, la pharmacogénétique en greffe rénale, outil de prédiction de l'efficacité et de la toxicité médicamenteuse, variable d'un patient à l'autre. Il nous a permis de comprendre entre autre les susceptibilités individuelles aux neutropénies induites sous azathioprine avec les mutations de la TPMT, la biodisponibilité variable du tacrolimus selon le polymorphisme du cytochrome CYP3A5. Pour le futur en transplantation, il serait intéressant d'intégrer le concept de la pharmacogénétique non seulement à la pharmacocinétique mais aussi à la notion de susceptibilité individuelle à la fibrose.

L'après-midi a permis d'aborder le thème du « Rein & immunoglobulines : de l'immunoglobuline à l'histologie rénale » avec l'intervention de **Christophe Sirac**, Immunologie au CHRU de Limoges. Le biologiste a su nous éclairer sur les mécanismes

de toxicité rénale des immunoglobulines monoclonales. Après un rappel de physiologie des chaînes légères, ce sont les propriétés acquises (mutation) d'ordre structurel, physique (charge, hydrophobie), chimique (résistance à la protéolyse) qui vont favoriser l'agrégation protéique et/ou la toxicité cellulaire directe. La chaîne légère lambda sera retrouvée dans 2/3 des cas et notamment la V6 dans l'amylose AL avec anomalie conformationnelle des dépôts, les Ig chargées positivement à pH physiologique dans la LCDD (rôle de récepteurs ?), la chaîne légère dans le syndrome de Fanconi formant des cristaux dont la pathogénicité serait plutôt liée à l'induction d'un stress oxydatif et/ou à une différenciation du TCP, l'obstruction du tubule distal et l'inflammation dans la néphropathie à cylindres.

Puis, **Estelle Desport**, Néphrologue au CHU de Poitiers (centre de référence des amyloses primitives et des autres maladies de dépôts d'immunoglobulines, avec le CHU de Limoges) nous a illustré la classification histo-pathologique des néphropathies au cours des dysglobulinémies. Si les tubulopathies se distinguent facilement par la formation de cristaux d'Ig (néphropathie à cylindres myélomateux et syndrome de Fanconi), le diagnostic des glomérulopathies à dépôts d'Ig monoclonale impose une confrontation des données cliniques et immunopathologiques avec étude détaillée en immunofluorescence et en microscopie électronique. Les dépôts d'Ig monoclonale peuvent être soit organisés en fibrilles dans l'amylose, ou en microtubules dans les GOMMID et les cryoglobulinémies de type I et de type II, soit non organisés granulaires (MIDD de type Randall, et les non-Randall). Cette classification s'est récemment enrichie avec la description de glomérulonéphrite à dépôts de C3 isolés, en présence d'une gammopathie monoclonale. Le mécanisme pathologique pourrait être une activation de la voie alterne du complément, via une activité auto-anticorps de l'Ig monoclonale. La rémission de ces néphropathies est fréquente lorsque le diagnostic de l'hémopathie sous-jacente, la recherche d'atteinte multisystémique et le traitement sont entrepris précocement, même si le clone est de faible masse.

Dans la même continuité, la fin de l'après-midi s'est achevée sur le thème de « Rein & Immunoglobulines : atteintes non amyloïdes et cryoglobulinémie ».

**Xavier Leleu**, Hématologue à Lille nous a transportés dans un monde de sigles où l'on retrouve l'ensemble des protocoles actuels de traitement du myélome multiple symptomatique. MPT, VMT, VRD... les associations sont en constante évaluation mais permettent plusieurs lignes de traitement dans une pathologie à rechutes du fait de la présence de clones mais aussi de sous-clones de l'immunoglobuline.

**Jean-Paul Femand**, Hématologue à Paris nous a présenté le protocole MYRE dont l'objectif est de recueillir les données épidémiologiques des insuffisances rénales associées à une gammopathie monoclonale et d'améliorer la prise en charge des néphropathies à cylindres myélomateux. Ce protocole vise à déterminer chez les patients non hémodialysés la meilleure chimiothérapie et chez les hémodialysés l'intérêt des membranes HCO pour épurer les chaînes légères. Il nous a rapelés que les cryoglobulines de type I étaient non seulement associées aux lymphomes mais également aux maladies de Waldenström, aux LLC, aux MGUS... L'accent a également été mis sur les spécificités cliniques des cryo de type I : les signes d'ischémie cutanée, la capacité de l'Ig à se constituer en cristaux dans les articulations mimant une goutte...

Le lendemain, les sessions se sont poursuivies sur le thème « Rein

& immunoglobulines : atteinte amyloïde et cryoglobulinémie »

**David Saadoun**, Interniste à Paris, nous a présenté les aspects cliniques et histologiques des cryoglobulines de type II. Mais l'aspect traitement a été prépondérant avec la place de choix dorénavant du Rituximab même dans les cryo associées au VHC. Depuis 2010, plusieurs études démontrent l'efficacité d'associer le traitement antiviral et l'anti CD20 d'emblée. Le Dr Saadoun nous a également parlé de l'IL2 comme perspective thérapeutique.

**Eric Hachulla**, Interniste au Centre de Référence des Maladies Auto-Immunes au CHRU de Lille, a exposé très clairement l'Exploration de l'amylose AL. Il a remarquablement illustré pour marquer les esprits cette maladie rare (500 nouveaux cas/an en France). : vasculopathie avec ecchymoses spontanées, dépôts tissulaires avec macroglossie, dysautonomie, cardiopathie qui en fait la gravité. Maladie systémique impliquant un bilan exhaustif d'extension (dont le dosage du facteur X) et des marqueurs pronostiques. Enfin, dans la démarche diagnostique, se donner les moyens du typage incontournable de l'amylose qui va conditionner toute la prise en charge et déterminer le pronostic, avec congélation et inclusion en paraffine. Attention aux amyloses héréditaires pouvant mimer dans leur présentation initiale une amylose AL (Transthyréine ; Chaîne alpha du fibrinogène...)

Nous avons conclu les Sessions scientifiques avec **Arnaud Jaccard**, Hématologue au Centre de Référence des Amyloses AL au CHRU Limoges, qui nous a parlé avec persuasion de la conduite thérapeutique de cette maladie qui jusqu'à peu condamnait les patients en quelques mois, en nous communiquant les résultats positifs actuels. Majorité des décès d'origine rythmique cardiaque. Stadification en fonction du NT-Pro BNP et Troponine mais efficacité jugée sur la baisse de la protéine responsable : dosage des chaînes légères et ratio K/L, bien que parfois réponse cardiaque ou neurologique clinique rapide. Place de la greffe cardiaque grâce aux traitements actuels. Importance spécifique de la dexaméthasone avec Melphalan-DXM en première ligne pour toute présentation. Parmi les drogues du myélome, le Velcade dans l'amylose AL se positionne en plus après 1 cure pour les formes graves, 3 cures si pas d'atteinte cardiaque chez les non répondeurs. Résultats très encourageants, reléguant l'autogreffe à de rares indications telles que les patients avec une IgM.

Cette réunion s'est achevée par l'annonce du changement de présidence du Club. **Isabelle Tostivint** a passé le flambeau à **Laurence Vrigneaud**.

Nous remercions Isabelle pour toutes ces années au sein du Club et son investissement personnel.

Les autres membres du bureau restent inchangés. Le bureau a appelé de nouveaux adhérents à venir constituer un nouveau comité scientifique.

Nous souhaitons la bienvenue à : **Christine Chamontin**, CH de Bodelio Lorient - **Emilie Cornec Le Gall**, CHU de Brest - **Yahsou Delmas**, CHU de Bordeaux, **Morgane Gosselin**, CHU de Rennes, **Sébastien Homs**, Hôpital privé de l'Est Parisien - **Adeline Lacraz**, CH de Bayonne.

**Nous vous donnons rendez-vous l'année prochaine, pour une nouvelle Réunion Annuelle du 14 au 16 mars à Aix en Provence**

## Breve sur le SUN et le post ASN

**E**n 2011, comme toutes les années, une des plus grandes réunions mondiales de néphrologues (l'American Society of Nephrology ASN) s'est tenue à Philadelphie. Près de 15 000 néphrologues ont participé cette année à la «kidney week» du 10 au 13 Novembre. Comme tous les ans, ont été associées à la fois des sessions dans le domaine de la recherche fondamentale et des sessions de recherche clinique.

**L**e Club des Jeunes Néphrologues avait envoyé deux de ses représentants afin d'en retranscrire l'essentiel : Dr Jean-Philippe BERTOCCHIO et Dr Monica CIOBOTARU.

Nous avons choisi de résumer quelques sessions qui nous ont paru d'un intérêt et d'une nouveauté méritant d'être soulignés. Les résumés ont été d'ailleurs présentés aux SUN 2012, lors de la session sur les nouveautés de l'ASN.

Les thèmes abordés pendant cette session ont été :

**1.** Nouveautés dans les vascularites à ANCA : l'impact des études RAVE et RITUXVAS, études qui ont permis d'établir des recommandations pour l'utilisation du Rituximab au cours du traitement des vascularites ANCA ;

**2.** Faut-il traiter les sténoses des artères rénales? L'étude CORAL indique que :

- l'objectif thérapeutique primaire repose essentiellement sur le contrôle des facteurs de risque cardio-vasculaires et rénaux pour envisager à moyen et long terme une diminution de la mortalité cardiovasculaire et de la progression de l'insuffisance rénale ;

- le point central du traitement des SAR est le blocage du SRA pour les deux groupes de patients avec traitement médical seul ou associé à la revascularisation. Le risque d'insuffisance rénale aiguë ne doit pas limiter l'utilisation des inhibiteurs du SRA, d'autant plus que d'autres facteurs peuvent intervenir (facteurs qui doivent être rapidement identifiés et contrôlés) ;

- les valeurs tensionnelles sont extrêmement labiles chez les malades avec SAR, il est donc nécessaire d'avoir une surveillance stricte afin de réajuster la thérapeutique. Les patients ayant bénéficié d'une revascularisation qui développent une hypertension artérielle difficilement contrôlable, doivent être explorés pour rechercher une éventuelle re-sténose intra stent ;

- d'autres facteurs peuvent intervenir dans la morbi-mortalité cardio-vasculaire et rénale chez les patients avec SAR et il est nécessaire de faire une évaluation minutieuse de ceux-ci avant de déclarer l'échec du traitement médicamenteux.

**3.** FGF-23 & mortalité cardio-vasculaire – des essais sont actuellement en cours pour trouver le FGF-R responsable de l'apparition de l'HVG sous l'action du FGF-23. Le responsable pourrait être le FGF-R4 (d'ailleurs les récepteurs FGFR4 et FGFR1 sont les seuls qui ne nécessitent pas la présence de klotho pour lier le FGF-23). Cette idée ouvre des nouvelles perspectives thérapeutiques : l'inhibition du FGF-R4 pourrait

empêcher les effets toxiques du FGF-23, en gardant ses effets bénéfiques avec de meilleurs résultats que le blocage complet du FGF-23 par les anticorps spécifiques.

**4.** Un traitement simple de l'HTA - Dans la session consacrée aux dernières nouveautés des études cliniques, le traitement de l'HTA était aussi à l'honneur puisqu' une mise à jour (ainsi que des commentaires) des résultats de l'étude SYMPLICITY a été apportée. Cette étude internationale multi-centrique et randomisée concernait des patients présentant une HTA dite réfractaire avec une fonction rénale normale. Les patients du groupe traité ont bénéficié d'une dénervation sympathique rénale par radiofréquence après cathétérisation des artères rénales. Une prochaine étude (SYMPLICITY-HF) débutera prochainement chez les patients insuffisants cardiaques stade II-III NYHA avec une FEVG<40%, une fonction rénale altérée et sous traitement médical optimal.

**5.** Compléments d'information sur la prise en charge des SHU Compte tenu de l'ampleur de l'épidémie de SHU qui a particulièrement touché l'Allemagne en mai 2010, une étude a été mise en place en urgence sur l'utilisation de l'eculizumab dans cette indication. 196 patients (148 en intention de traiter) ont été inclus dans 9 centres à partir d'août 2010. Ils bénéficiaient d'un traitement pendant 8 semaines initié en moyenne dans les 11 jours suivants le premier épisode de diarrhée. Les effets ont été spectaculaires : tous les patients ont pu être sevrés de l'épuration extra-rénale ainsi que de la ventilation mécanique, 56% des patients ont récupéré une fonction rénale normale à 8 semaines et 95% ont présenté une réponse au moins partielle. Aucun décès ni aucune infection à méningocoque (tous les patients étaient vaccinés lors de l'initiation du traitement) n'ont été observés. Ces résultats révolutionnaires expliquent sans doute que lors de cette épidémie seulement 3,3% de décès aient été observés. Ces effets spectaculaires doivent cependant être pondérés : il faut souligner que l'eculizumab est un des traitements les plus chers du monde puisque le coût moyen de la prise en charge d'un patient s'élève à près de 330 000€/an.

**6.** Oméga-3 et abords vasculaires prothétiques. Une étude pilote randomisée et contrôlée contre placebo avait montré chez 24 patients un effet prometteur de l'huile de poisson. Les résultats présentés en avant-première montrent que le taux de perte de LAV - Ligne Artério-Veineuse était inférieur dans le groupe traité (48% vs 62% soit une différence de seulement 24%) mais avec une tendance n'atteignant pas le seuil de significativité (p=0,06).

L'ASN, comme à son habitude, a apporté énormément de nouveautés : des résultats en avant-première d'études innovantes ont été présentés et permettront sans doute de faire avancer nos connaissances et la prise en charge de nos malades.

**Les SUN 2012 ont amené encore une nouveauté : pour la première fois le CJN a bénéficié d'un stand ou le Comité Scientifique a pu rentrer en contact avec ses membres.**

**A cette occasion on a lancé aussi le premier numéro de notre infolettre.**

# ENQUETE :

## Refus de traitement par les patients

**Nous vous proposons de répondre à une enquête proposée par les commissions d'éthique et de dialyse de la Société de Néphrologie**

**U**n groupe réunissant des néphrologues de la commission d'éthique et de la commission dialyse de la société de néphrologie a entrepris de travailler sur les situations de refus partiel de traitement par les patients ou plus exactement de remise en question du consentement du patient au projet thérapeutique.

Il s'agit de toutes les situations où le patient n'adhère pas aux prescriptions médicales et « négocie » le projet thérapeutique. On peut dire aussi qu'il s'agit de toute situation où la mise en jeu des droits de la personne malade peut venir contrarier la qualité des soins. Il n'y a pas forcément refus d'opposition ou de désaccord manifeste mais l'expression d'une divergence entre projet thérapeutique médical et projet personnel du patient

**L**idée est que pour progresser dans ce type de situation, il importe de sortir du scénario de refus, d'opposition, de conflit, pour retrouver les moyens de restaurer la relation médecin/malade, le climat de confiance et l'indispensable alliance thérapeutique ou contrat de soin entre le patient et son médecin.

L'objectif est d'élaborer un guide pratique pour reconnaître ce genre de situation et se donner les moyens de les résoudre.

**Nous vous invitons à imprimer le questionnaire sur notre site internet :**

**[www.soc-nephrologie.org/CJN/index.htm](http://www.soc-nephrologie.org/CJN/index.htm)**



# AGENDA 2012-2013

Cher membres, pour garder un contact et pour vous informer de toutes les événements organisées par le CJN, on a besoin de vos adresses email. On vous remercie de les envoyer à l'adresse cjnephro@gmail.com, l'adresse email du CJN»



25 juin

Université d'été de la SFD

26 juin

XVI Congrès International de Nutrition et Métabolisme dans les Maladies Rénales

17 juillet

XXIV International Congress of The Transplantation Society

03 août

5<sup>th</sup> Congress of International Society for Hemodialysis

06 septembre

Annual Meeting ISBP

06 septembre

Annual Meeting of the European Society of Pediatric Nephrology

09 septembre

14<sup>th</sup> congress of the International Society for Peritoneal Dialysis

13 septembre

Symposium Gambro

15 septembre

41<sup>th</sup> EDTNA/ERCA Conference

27 septembre

7<sup>th</sup> International Symposium on PCRRT

29 septembre

Scientific Meeting of the International Society of hypertension

02 octobre

14<sup>ème</sup> Réunion Commune - Société de Néphrologie - Société Francophone de Dialyse

12 octobre

16<sup>th</sup> Congress of the European Society for Organ Transplantation

30 octobre

Renal Week 2012 - American Society of Nephrology

15 novembre

Congrès Annuel de la Société de Néphrologie Pédiatrique (SNP)

21 novembre

14<sup>ème</sup> congrès couplé au 4<sup>th</sup> European ECP Meeting

30 novembre

**KIDNEY COACHING CLUB - Paris**

06 décembre

44<sup>th</sup> Edition Course on Advances in Nephrology, Dialysis, and Transplantation

12 décembre

12<sup>ème</sup> Congrès de la SFT

20 décembre

32<sup>èmes</sup> Journées de l'Hypertension Artérielle

## SOIRÉE JEUNES HÉMATOLOGUES

### Le jeudi 29 novembre 2012 (veille du Kidney Coaching Club organisé par le CJN)

L'Association des Jeunes Hématologues nous invitent à une soirée à thème avec le programme suivant:

- Complications rénales des thérapies ciblées par G Choukroun
- Complications rénales des greffes de moelle par MN Peraldi
- Glomérulopathies à dépôts d'immunoglobulines par F Bridoux

**N'hésitez pas à nous contacter par mail - [cjnephro@gmail.com](mailto:cjnephro@gmail.com) - pour valider votre inscription.**

# 2013

18 janvier

Néphropédies 2013

23 janvier

39<sup>èmes</sup> Séminaires Universitaires de Néphrologie

14, 15 et 16 mars

13<sup>ème</sup> Réunion Annuelle du CJN – Aix en Provence

28 mars

9<sup>ème</sup> Séminaire de FMC de la Société de Néphrologie

17 avril

12<sup>ème</sup> Symposium du RDPLF

25 avril

7<sup>th</sup> International congress on Vascular Access

18 mai

ERA/EDTA Congress

30 mai

Annual Meeting of the EWOPA

31 mai

World Congress of Nephrology

31 août

16<sup>th</sup> Congress of IPNA

8 octobre

15<sup>ème</sup> Réunion Commune - Société de Néphrologie - Société Francophone de Dialyse

# FONCTIONNEMENT DU CLUB

---

Les membres de l'Association sont des médecins néphrologues, âgés de moins de 41 ans, Praticien Hospitalier (PH), Chef de Clinique (CCA) ou Assistant, Médecin rattaché à un service de Recherche, Néphrologue libéral, Néphrologue en associatif, Internes de Néphrologie de dernières années.

Ils ne pourront en aucun cas être employés de l'industrie pharmaceutique.

La demande d'adhésion est formulée par écrit à :

**Philippe GIAIME**  
Clinique Bouchard  
Service de Néphrologie  
13006 Marseille  
[cjnephro@gmail.com](mailto:cjnephro@gmail.com)

par le demandeur et soumise pour acceptation au Comité Scientifique.

Le volontariat est le principe de base.

Sont **adhérents** de l'Association ceux qui sont admis à la majorité des voix par le Comité Scientifique de l'Association.

Ce Club est coordonné par un **Comité scientifique**, composé de 6 à 10 membres. Tout adhérent peut se présenter pour intégrer le Comité scientifique qui est renouvelé par 1/3 tous les 2 ans. Une attention est apportée à la **représentativité** au sein du Club et du Comité scientifique des différents domaines de la néphrologie, de son mode d'exercice mais aussi des différentes régions.

La qualité de membre de l'Association se perd par la **démission** formulée par écrit ou par mail, la nomination en qualité de «Professeur des Universités - Praticien Hospitalier» (PU-PH) ou le changement complet d'orientation professionnelle rendant l'adhésion à l'Association sans objet.

Une **cotisation annuelle** est demandée pour participer aux frais de fonctionnement du Club. Elle ouvre le droit aux activités du Club, l'accès aux diaporamas des réunions annuelles et l'annuaire des adhérents.

---

## Nos partenaires 2012

Avec le soutien de (à ce jour) :

