

N° 8

JUILLET 2015



CLUB
DES JEUNES
NÉPHROLOGUES

Association Loi 1901

REIN FAUT L'ÊTRE

Club des Jeunes Néphrologues





RESTEZ EN CONTACT TOUTE L'ANNÉE AVEC LE CLUB DES JEUNES NÉPHROLOGUES !



Pour recevoir directement dans vos boîtes mails les informations du club, envoyez-nous vos adresses postales et électroniques à cjnephro@gmail.com

Tenez-vous au courant des dernières actualités néphrologiques par notre blog disponible à <http://cjnephro.com>

Le site internet du CJN est hébergé par la Société de Néphrologie et disponible à l'adresse suivante : www.soc-nephrologie.org/CJN

Nous sommes également présents sur les réseaux sociaux Twitter [@cjnephro](https://twitter.com/cjnephro), Facebook « **Club des Jeunes Néphrologues** » et sur LinkedIn avec plus de 650 membres.



Mot du président :

2015 est une grande cuvée pour les jeunes néphrologues...et nous n'en sommes qu'à la moitié de l'année ! Le premier trimestre a été marqué par l'organisation d'une opération majeure : l'opération « T'Rein » dont le résumé de cette journée de dépistage est à découvrir en page 10. Vous pouvez déjà vous préparer à de nouvelles opérations dans les mois à venir...

Revenons à notre « cœur de métier » : nous avons organisé (pour la première fois !) une réunion sur les différentes possibilités d'exercice que vous avez et que vous aurez dans l'avenir, à Bordeaux. A la suite, s'est déroulée notre grande réunion annuelle sur les dernières nouveautés de l'infectiologie en néphrologie. Pour celles et ceux d'entre vous qui n'ont pas pu venir, nous avons pris des notes que nous vous livrons dans ce 8ème numéro de la Rein Faut Lettre. Ça a été aussi l'occasion de renouveler une partie du bureau et du comité scientifique du CJN : si certains nous ont quitté (tout en gardant des liens étroits avec le club), d'autres sont venu(e)s grossir les rangs. Nous accueillons ainsi Clotilde, Alexandra, Marie, Antoine, Louis et Léonard et nous leur souhaitons beaucoup de plaisir à travailler pour l'ensemble de la communauté.

Justement.. grâce à l'enthousiasme et au dynamisme du comité scientifique, nous avons pu développer deux projets qui trouveront une concrétisation cette année. Nous avons d'abord rédigé une revue de la littérature sur un sujet très fréquent et de grand intérêt néphrologique : l'hyponatrémie. Surveillez les prochaines éditions de Néphrologie Et Thérapeutique, le CJN y aura sa place. En plus de cela, nous nous sommes associés à l'AFUF (Association Française des Urologues en Formation) lors d'une enquête sur vos habitudes de prescription des eaux bicarbonatées. En peu de temps, nous avons récupéré un nombre très important de réponses, ce qui est une nouvelle fois un marqueur de la réactivité des jeunes néphrologues. Les résultats vous ont en partie été communiqués lors de la réunion annuelle, leur publication devrait suivre bientôt !

L'année 2015 est pourtant loin d'être finie et vous pourrez retrouver dans l'agenda les événements auxquels le Club participera dans les mois à venir. Je vous laisse vous précipiter dans ce nouveau numéro de la Rein Faut Lettre et découvrir encore bien d'autres informations. Et, surtout, si vous avez des suggestions, n'hésitez pas à nous en faire part.

Jean-Philippe BERTOCCHIO
Président du CJN

SOMMAIRE

Mot du président et sommaire -----	P3
Bureau et comité scientifique du CJN -----	P 3
Agenda 2015 -----	P 4
Retour sur la réunion annuelle -----	P 5
Retour sur la 1 ^{ère} édition du Cancer Kidney International Network -----	P 9
La transformation d'un wagon bar en centre de dépistage de la maladie rénale chronique : l'opération T'Rein -----	P 10
Du côté des blogs -----	P 11

Bureau et comité scientifique :



Jean-Philippe Bertocchio,
Paris
Président



Morgane Gosselin,
Brest
Vice-Présidente



Stanislas Bataille,
Marseille
Trésorier



Julie BEAUME,
Toulon
Secrétaire



Laurence VRIGNEAUD,
Valenciennes



Guillaume SERET,
Le Mans



Antoine BRACONNIER,
Reims



Céline NODIMAR,
Bordeaux



Emilie CORNEC LE GALL,
Brest



Louis DE LAFORCADE,
Lyon



Léonard GOLBIN,
Rennes



Thomas ROBERT,
Paris



William HANF,
Sallanches



Alexandra DELION,
Nancy



Thibault DOLLEY-HITZE,
Saint-Malo



Salvatore CITARDA,
Lyon



Marie HAECK,
Lille



Clotilde MULLER,
Strasbourg

→ AGENDA 2015

Le club des jeunes néphrologues est partenaire de plusieurs évènements en cette 2^{ème} partie d'année 2015

- **3^{ème} Séminaire de recherche** organisé par le Dr Véronique Frémaux-Bacchi qui se déroulera les **10 et 11 septembre à Lyon** (Résidence Villemazy) dont le programme sera disponible sur le site du club.
- **17^{ème} réunion commune de la Société de Néphrologie et de la Société Francophone de Dialyse (SN-SFD)** qui aura également lieu à **Lyon du 29 septembre au 2 octobre** où vous pourrez assister à une session du Club sur la néphrologie de demain.
- **La 4^{ème} édition du Kidney Coaching club (KCC)** se déroulera dans les jardins du marais à **Paris les 27 et 28 novembre** et sera l'occasion pour tous les inscrits de perfectionner leur méthode de recherche bibliographique. Les places sont limitées, faites vous connaître auprès du club pour y participer.
- Quant à 2016, la date de la **réunion annuelle** a été posée et elle se déroulera du **17 au 19 mars 2016 à Brest**. Le thème sera sur « Le rein fait de l'intox ». Pensez déjà à la noter sur vos agendas !



→ RETOUR SUR LA 15^{ÈME} RÉUNION ANNUELLE

La 15^{ème} réunion annuelle du Club des Jeunes Néphrologues s'est déroulée du 19 au 21 mars 2015 à Bordeaux et avait pour thème « Quand le rein vous rend septique ».

Le bureau et le comité scientifique ont décidé de revenir sur les enrichissantes présentations de cette réunion. Les diaporamas complets sont disponibles sur le site du club des jeunes néphrologues.

Nous espérons vous voir nombreux du 17 au 19 mars 2016 à Brest sur la session « le rein fait de l'intox ».



Physiopathologie du choc septique (F. Uhel) :

Le sepsis représente près de 15% des admissions en réanimation et sa gravité impacte lourdement la mortalité hospitalière (40% en cas de choc septique). Les effets délétères pour l'organisme résultent non seulement d'une réaction inflammatoire systémique mais aussi d'une défaillance de la réponse immunitaire. La liaison de molécules spécifiques associées aux pathogènes (les PAMP'S) à des récepteurs spécifiques (les PRRs) initie la réponse inflammatoire. La cascade des cytokines pro-inflam-

matoires permet l'activation leucocytaire, des voies du complément, de la coagulation. Il est constaté chez les patients en choc septique des signes d'immunosuppression. Une lymphopénie sévère et persistante est un facteur de mauvais pronostic et correspond à une modification des sous-populations lymphocytaires responsable d'une apoptose accrue des lymphocytes circulants. Parallèlement une dysfonction monocyttaire altère la production des cytokines pro-inflammatoires. Enfin, des cellules myéloïdes

immatures (les MSDC) pourraient intervenir dans le blocage de la réponse immunitaire face à l'agent pathogène. Des pistes thérapeutiques immunomodulatrices comportent notamment les techniques d'épuration classiques comme l'hémodialyse à très haut volume mais aussi de nouvelles perspectives comme l'adsorption ou l'hémo-perfusion.

Dialyse péritonéale : le problème du cathéter (T. Lobbedez)

Le Professeur Thierry Lobbedez, responsable de l'unité de dialyse péritonéale du CHU de Caen, nous a expliqué la prévention et le traitement des infections du cathéter du DP et des péritonites. Faut-il dépister le portage de staphy-

locoque? Faut-il faire une antibioprofylaxie au bloc opératoire lors de la pose du cathéter? Faut-il mettre de la pommade antibiotique sur le cathéter? Comment traiter une péritonite? Quelle durée d'antibiothérapie? Toutes ces

questions (et bien d'autres) ont maintenant des réponses... Pour les absents, vous trouverez les réponses dans le diaporama disponible sur le site du CJN !

Infection en hémodialyse : le problème du cathéter (G. Jean)

Les infections de cathéter représentent 48 à 73% des bactériémies chez le patient hémodialysé. Guillaume Jean nous a rappelé les définitions des différentes infections de cathéters, distinguant bactériémie, infection d'émergence et infection de tunnel. Les facteurs de risque d'infection de cathéter sont nombreux parmi lesquels un antécédent de bactériémie (RR 7.3), la fréquence et le type de pansement et surtout l'expérience et l'atten-

tion du personnel. La positivité de la culture du verrou n'est pas associée au risque de bactériémie dans une population non sélectionnée à faible risque. Parmi les germes responsables, le staphylococcus aureus (SA) occupe une place dominante. Cédant à la controverse, il semblerait que le portage nasal de SA ne soit pas associé au risque d'infection locale en prévention primaire. Plusieurs autres mesures préventives ont été étudiées. Les verrous antisept-

tiques améliorent la survie et sont à proposer aux patients fragiles alors que la désinfection locale par chlorexidine semble plus efficace qu'avec la betadine. Au terme de cette discussion, il apparaît essentiel de privilégier les FAV natives, de faire appel à des IDE expérimentées, de penser au verrou antiseptique et à la pommade antibiotique. Diminuer les infections de cathéter: c'est possible !



Stratégie antibiotique en 2015 (B. Aloy)

En dialyse, les infections sont très fréquentes et sont la 2ème cause de décès. Plus de 90% des patients ont déjà reçu un médicament non adapté à leur fonction rénale car des modifications existent au niveau de l'absorption, de la distribution, du métabolisme et de l'élimination du médicament. Certaines adaptations sont donc nécessaires : pour les antibiotiques temps dépendants (par exemple beta-lacta-

mines et glycopeptides), la méthode proposée consiste à réduire la dose en maintenant l'intervalle entre les doses et en préférant des administrations prolongées. Quant aux antibiotiques concentration dépendants (aminosides et fluoroquinolones), il est proposé de réaliser des bolus et d'augmenter l'intervalle entre les doses.

L'administration en dialyse dépend du poids

moléculaire du médicament, de la liaison aux protéines plasmatiques et surtout du volume de distribution du médicament. Pour les antibiotiques lipophiles (macrolides et fluoroquinolones), ils peuvent être administrés indifféremment avant ou après la séance contrairement aux antibiotiques hydrophiles (beta-lactamines et glycopeptides) qui nécessitent d'être administrés en fin de séance.

Infection à Cytomégalovirus (L. Couzi)

Le cytomégalovirus (HHV 5) est un virus du groupe Beta Herpes Virus. Chez l'immunodéficient la réponse immunitaire est retardée et nécessite un traitement anti viral.

Il provoque, chez le transplanté rénal des effets directs (infection et maladie à CMV) et indirects (notamment une baisse de la survie du greffon). Pour la prévention 2 stratégies existent, la stratégie préemptive et la prophylaxie universelle. Pour le traitement curatif 4 molécules sont disponibles le Ganciclovir, le Valganciclovir, le Cidofovir et le Foscarnet. Les deux premières sont utilisées en première intention. Les mutations et les résistances sont fréquentes chez les D+R-, ceux qui ont une forte répllication, une détection longue du CMV, un traitement sub-optimal, une exposition prolongée aux traitements. 2 mutations

existent et sont à rechercher si on a un doute sur une résistance : la mutation UL 97 et la mutation UL 54. Dans le futur nous pourrions utiliser le quantiféron CMV (réponse cellulaire au CMV) afin d'orienter le traitement prophylactique. Des recherches sont en cours pour de nouveaux traitements, des vaccins, l'utilisation d'une nouvelle stratégie immunosuppressive (inhibiteurs du mTOR).

Médecine du voyage (M. Gousseff)

Les patients IRC dialysés ou transplantés sont de plus en plus nombreux à voyager à l'étranger, et malgré des risques nombreux et spécifiques à ces populations, peu ont recours une consultation de médecine du voyage.

Pourtant les conseils généraux de prévention s'appliquent aussi aux patients en IRCT : eau de boisson, baignade en eau stagnante, protection lors des rapports sexuels, prévention anti paludéenne... Pour transporter ses médi-

caments, le patient voyageur doit être en possession d'une ordonnance.

Chez les patients dialysés il faudrait prendre en compte l'exposition plus importante aux hépatites virales B et C et le risque accru de bactériémie sur cathéter. Pour les patients transplantés rénaux, il ne faut pas méconnaître la contre-indication aux vaccins vivants atténués. Concernant la prévention du paludisme, la Malarone® peut être prescrite si la clairance

reste supérieure à 30ml/min, alors que la doxycycline pose le problème des interactions médicamenteuses. En cas de traitement d'un accès palustre grave, l'artésunate IV est le médicament de choix, tandis que pour les autres formes la Malarone® est recommandée.

Dans l'idéal, tout patient IRCT allant zone tropicale devrait anticiper son voyage et avoir recours à une consultation de médecine du voyage.

Transmission par le greffon (H. Kaminski)

Le Docteur Hannah Kaminski du CHU de Bordeaux a traité des infections transmises par le greffon et/ou par le liquide de conservation. Le taux de ces infections transmises de façon inattendues avoisine 1% et l'utilisation de PCR semble intéressante pour les donneurs à risque d'infection récente. La transplantation à partir de donneur VIH positif n'est possible qu'avec un receveur séropositif. La prévalence des

rétrovirus HTLV-1 et 2 reste faible et le pronostic des receveurs est bon malgré l'absence de traitement curatif. 4% des tuberculoses développées par le receveur sont transmises par le donneur. Le risque de transmission du VHB est diminué par l'immunisation du patient Ac anti-Hbs >100mUI/mL. L'infection à EBV en post-greffe est associée à plus d'infections opportunistes, de perte de greffon et de PTLD.

La transmission post greffe de la syphilis est très rare et un traitement préventif peut être utilisé. La fréquence des infections à Candida transmises par le donneur représente 0, 1% avec dans la moitié des cas une brèche périrénales identifiée chez le donneur.

Traitement des infections urinaires en 2015 (R. Le Berre)

Le Dr Leberre nous a commenté les nouvelles recommandations des infections urinaires parues en 2014. Concernant les modifications de définition, le diabète ne fait plus parti des critères d'infection urinaire à risque de complication alors que la nécessité de drainage rend désormais une infection urinaire grave. L'échographie n'est plus systématique et doit être réalisée uniquement en cas d'hyperalgie. A propos du traitement, l'antibiothérapie dans la pyélonéphrite aigüe simple chez la femme est soit une fluoroquinolone soit une

C3G (à privilégier en cas de facteur de risque de complication) pour une durée réduite à 7 jours. Chez l'homme, le traitement initial est similaire mais pour une durée désormais de 14 jours. Le traitement des cystites à risque de complication doit au mieux être différé pour adaptation à l'antibiogramme ; en cas d'impossibilité la nitrofurantoïne est le traitement de première intention. La résistance aux C3G dans les infections urinaires communautaires à E. coli est en augmentation et doit être pris en considération dans le choix de l'antibiothé-

rapie initiale en cas de facteurs de risques de BLSE et/ou de signes de gravités clinique en privilégiant dès que possible les antibiotiques restant souvent actifs sur ces souches comme la fosfomycine-trometanol, la nitrofurantoïne ou le pivmecillinam « redécouvert » pour la cause (et de nouveau remboursé).

Quels modèles animaux en infectiologie pour le néphrologue ? (J. Turret)

A travers de cet exposé, il a été souligné l'importance d'utiliser les modèles animaux de façon justifiée et avec parcimonie.

La première partie sur un modèle d'infection urinaire à E Coli nous a montré à quel point ce pathogène était rusé en se développant non seulement en extracellulaire mais aussi par voie intracellulaire exposant au risque de

récurrence des IU. De plus ces Coli agissent en synergie avec la flore commensale pour se développer.

Le microbiote, défini par l'ensemble des microorganismes d'un organe, ici le tube digestif, est principalement composé de germes anaérobies. L'induction de tolérance par voie orale comparativement à la voie SC soulève

la question du rôle de ce microbiote. Le déséquilibre de la balance Th1/Th2 basé selon les différentes bactéries pourrait expliquer un rôle dans l'obésité (bifidus...) mais aussi en transplantation limitant dans certain cas le risque de rejet. Enfin le modèle murin d' HIVAN montrera que l'expression des gènes viraux précèdera les anomalies histologiques.

Bactéries Multirésistances Résistantes (BMR) – Bactéries Hautement Résistantes (BHR) : quoi de neuf ? (A. Guerraoui)

Les BMR sont définis comme des bactéries émergentes, avec des résistantes naturelles ou acquises à plusieurs antibiothérapies (ATB), dont la résistance est transférable entre les bactéries et dont le réservoir (peau, muqueuses, tube digestif, urines etc) ainsi que la voie de transmission (aérienne, orale, fécale,

manu portage, matérielle, environnement) sont multiples. Les BHR sont définis comme des microorganismes hautement résistants à la plupart des ATB et dont le réservoir est le tube digestif et les urines (Entérobactéries productrices de carbapénémases et E. faecium résistant aux glycopeptides (ERG) alors que

les modalités de transmission sont les mains, le matériel et l'environnement. La conduite à tenir en cas de BMR/BHR repose sur la prévention primaire (choix approprié de l'ATB) et secondaire (précautions standards, précautions complémentaires (contact, goutelettes et air) voire prévention BHR).

Réponse vaccinale (F. Le Roy)

Frank Leroy nous a présenté un constat alarmant du statut vaccinal de nos patients insuffisant rénaux qu'ils soient en pré-dialyse, en dialyse ou en transplantation. Seulement 10, 70 et 30% d'entre eux ont une protection vaccinale efficace contre respectivement l'hépatite B, la grippe et le pneumocoque (registre USRDS). Les vaccinations anti-grippales et anti-pneumococques sont pourtant non seulement efficaces mais également synergiques en diminuant la morbi-mortalité notamment

des patients en hémodialyse. Les nouvelles recommandations de vaccination anti-pneumococcique associent le Prévenar13 au Pneumo23 2 mois plus tard pour les adultes à risque (population greffée, sous traitement immunosuppresseur et syndrome néphrotique) et les personnes âgées. Concernant la vaccination anti-hépatite B, une simple dose mensuelle de 40 ug par voie IM pendant 3 mois confère une immunité équivalente à une double dose de 80 ug, renforcée par une dose «booster» à 12

mois si le titre d'anticorps reste inférieur à 10 UI. La voie intra-dermique semble tout aussi intéressante sous réserve de doses multiples de 5 ug 2 fois par semaine pendant 8 semaines. La vaccination anti-staphylococcique est encore en cours d'étude. Bref, l'information active des patients par des praticiens motivés et concernés est toujours d'actualité.

Fièvre hémorragique avec syndrome rénal (FHSR) : Leptospirose et Hanta virus (C. Strady et V. Gnemmi)

Le leptospire (bactérie aérobie stricte de la famille des spirochètes) et le virus puumala (famille des hantavirus) se manifestent par une FHSR et peuvent être contractés dans un cadre professionnel ou de loisirs ayant un lien avec la forêt. Les FHSR se manifestent initialement par un syndrome algique fébrile (lombalgies, douleurs lombaires, troubles visuels avec myopie aiguë transitoire pathognomonique) associé à

des perturbations biologiques (thrombopénie, perturbations du BH et IRénales). Le diagnostic de la leptospirose repose sur la PCR. Le traitement associe une antibiothérapie (ceftriaxone ou doxycycline) à un traitement symptomatique. Le type d'atteinte rénale dans la leptospirose est une néphrite interstitielle aiguë peu spécifique mais avec une tubulite à la coloration du Warthin-Starry révélant le spi-

rochète, plus rarement une nécrose tubulaire aiguë et de très rare glomérulopathie mésangio-proliférative. L'atteinte rénale secondaire au Puumala virus est une nécrose tubulaire au premier plan avec une inflammation des capillaires péri-tubulaires et une néphrite interstitielle aiguë oedémateuse peu marquée.

Traitement du BK virus (N. Kamar)

N. Kamar (Toulouse) est revenu sur les différentes stratégies thérapeutiques possibles lors d'une résurgence du BK virus après transplantation rénale : diminution de l'immunosuppression (IS), changement du traitement IS et/ou traitements adjuvants. Peu (3) d'études prospectives et interventionnelles ont montré l'intérêt de la diminution de l'IS sur un nombre peu élevé de patients : la clairance virale survient dans 90 à 100 % des cas mais nécessite

plusieurs mois (3 à 9 selon les études). Concernant les modifications de traitement, si le tacrolimus est plus souvent associé (que la ciclosporine) à la résurgence du BK virus, aucune étude prospective randomisée n'a démontré sur un nombre suffisant de patients l'intérêt d'une telle stratégie, ni même le changement des anticalcineurines (CNI) pour des inhibiteurs de mTOR, ni des antimétabolites pour du léflunomide même s'il semble qu'il puisse avoir

un intérêt dans certains cas. Pour ce qui est des traitements adjuvants, le cidofovir (ou sa nouvelle formulation modifiée) semble avoir un intérêt mais a une toxicité rénale et les quinolones (ciprofloxacine et levofloxacine) ainsi que les IgIV ont un effet sur la clairance virale mais ne sont pas plus rapides que la baisse de l'IS. En conclusion, N. Kamar recommande principalement la prévention puis la diminution des CNI en cas de résurgence.

Hépatite E (N. Kamar)

L'hépatite E un virus à ARN qui est endémique dans les pays en développement et sporadique dans les pays industrialisés. Il existe 4 génotypes, le plus fréquent en France étant le génotype 3. La transmission est principalement oro fécale par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés (coquillages, viandes pas assez cuites, légumes). L'infection par l'hépatite E peut se manifester par une hépatite aiguë, fulminante ou résolutive, surtout chez les femmes enceintes ou les patients porteurs d'une hépatopathie chronique. L'infection peut également

se manifester par une hépatite chronique chez les greffés de moelle ou d'organe solide, les patients séropositifs pour le VIH ou les patients hématologiques.

Les manifestations extra hépatiques sont neurologiques (Guillain Barré, amyotrophie neuralgique), rénales (GNMP, GEM), pancréatiques (pancréatite), hématologiques (thrombopénie, anémie) ou musculaires (myosite). Le diagnostic se fait sur la PCR sanguine ou dans les selles avec recherche et quantification du virus. L'hépatite chronique correspond à la

persistance du virus dans le sang au moins 3 mois après la contamination. Une diminution des traitements immunosuppresseurs peut favoriser la résolution spontanée de l'hépatite E. Si celle-ci se chronicise, un traitement par RIBAVIRINE adapté à la fonction rénale pendant 3 mois peut être mis en route voire peut être répété une deuxième fois pour une durée de 6 mois si le traitement initial est insuffisant ou s'il y a une récurrence.



➔ 1^{ÈRE} RÉUNION DU CANCER KIDNEY INTERNATIONAL NETWORK

Du 14 au 15 avril s'est tenu à Bruxelles, le premier congrès du Cancer and Kidney International Network sous la présidence du Docteur Vincent Launay-Vacher.

Le rationnel de cette réunion pluridisciplinaire et internationale est la fréquence de la maladie rénale chronique chez les patients cancéreux (12 à 25%), maladie associée à une surmortalité du fait du risque cardiovasculaire et de thrombose dès un DFG inférieur à 60mL/min/1,73m² et surtout du risque de prise en charge thérapeutique non optimale (risque de surdosage mais aussi de sous dosage). L'objectif de cette nouvelle société savante créée en 2013 est d'améliorer les soins des patients cancéreux et insuffisants rénaux par des séances de formations, des projets de recherche et enfin le développement d'outils de travail dont le site GPR d'adaptation des posologies est le meilleur exemple.

La première session « De la théorie à la pratique » a débuté par une synthèse sur l'évaluation du DFG en cancérologie. Il est conclu que l'utilisation des formules MDRD et CKD-EPI était fiable pour la majorité des patients sauf ceux ayant un BMI <18 pour qui seul la mesure isotopique du DFG est fiable. La formule de Cockcroft et Gault doit être progressivement abandonnée. Un DFG <60ml/min doit faire réfléchir sur une potentielle adaptation de dose des traitements. Le Dr CIARIMBOLI de l'université de Munster en Allemagne, a ensuite rappelé que la toxicité du Cis-

platine passait par le transporteur OCT2 du pôle basolatéral des cellules tubulaires et a montré l'effet bénéfique in vitro et in vivo chez la souris de la prise de Cimetidine via une inhibition des transporteurs OCT2 et MATHE1.

La deuxième session a abordé le retentissement rénal des thérapies ciblées. Outre les effets rénaux bien connus des anti VEGF (HTA, protéinurie voire MAT), il a été développé le risque rénal des anti-BRAF, thérapies ciblées utilisées dans les mélanomes avec mutation V600E, certains cancers colorectaux, de la thyroïde... Sous Verumafenib, il est décrit des cas de protéinurie, d'insuffisance rénale aiguë (nécrose tubulaire aiguë, néphrite interstitielle aiguë immunoallergique) le plus souvent réversible à l'arrêt du traitement. Le mécanisme physiopathologique est encore inconnu.

Enfin, la troisième session a permis de revoir la prise en charge symptomatique de ces patients en rappelant les recommandations de l'ESMO. Concernant l'anémie, source d'une moins bonne qualité de vie et d'une moindre survie, les érythropoïétines ne sont indiquées que les patients ayant une hémoglobine inférieure à 10g/dl et traités par chimiothérapie. Il sera préféré chez les patients non traités ou en traitement intensif, la réalisation de transfusions itératives afin de réduire le risque thromboembolique. Les nausées et les vomissements ont eux aussi un impact négatif sur la qualité de vie, le risque rénal via la déshydratation induite et la

survie des patients par la réadaptation des doses de chimiothérapie nécessaire. Les recommandations actuelles utilisent la graduation du risque émétique des chimiothérapies pour proposer une adaptation de la réhydratation et des traitements anti émétiques. Enfin, la prévention et le traitement curatif de la maladie thrombo-embolique, relèvera plutôt d'un traitement par HBPM qu'AVK ou HNF. L'Enoxaparine, HBPM à faible bioaccumulation, est particulièrement recommandée même chez les patients insuffisants rénaux modérés à sévère sous réserve d'une surveillance de l'anti Xa.

Cette réunion a été complétée par quelques « case reports » et courtes communications orales.

Une prochaine rencontre est prévue dans un an à Bruxelles. Un site internet : www.c-kin.org vous permettra d'avoir de plus ample renseignements sur la société C-KIN et de retrouver les principales recommandations discutées pendant cette réunion.

Docteur Boyer-Cazajous
Unité d'hémodialyse
HIA Saint Anne
TOULON



→ LA TRANSFORMATION D'UN WAGON-BAR EN CENTRE DE DÉPISTAGE DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE : L'OPÉRATION T'REIN

Depuis deux ans, le Club des Jeunes Néphrologues travaille activement pour organiser une journée de dépistage de la Maladie Rénales Chroniques. Cette opération nommée T'Rein a eu lieu au départ de la gare de Lyon le jeudi 12 mars dernier à bord du TGV N° 6145.



Ce projet a émergé au sein du Club des Jeunes Néphrologues. L'idée était de créer une manifestation de dépistage et d'information de la Maladie Rénales Chroniques en lien avec la Journée Mondiale du Rein. Celle-ci devait aller au contact du grand public et ne pas rester dans le monde de la santé. Ainsi est né le projet d'une opération à bord d'un TGV.

Un rapprochement s'est donc mis en place avec la Fondation du Rein. Le soutien des associations de patients (AIRG, FNAIR, RENALOO), de l'AFIDTN, du réseau de soin RENIF et des sociétés savantes (Société de Néphrologie, Société Francophone de Dialyse, Société de Néphrologie Pédiatrique et l'Association Française d'Urologie) a

permis d'aboutir à l'accord de la SNCF pour la réalisation du projet.

Le jeudi 12 mars, accompagnés de Michel Chevalet et de Fabrice Lucchini, nous avons rejoint le TGV n°6145 en direction de la gare Saint-Charles à Marseille. Une fois à bord, Mr Chevalet et Mr Lucchini ont pris la parole pour expliquer leur participation à cette opération. Après l'annonce générale de Mr Lucchini à tous les voyageurs, nous avons pu accueillir les participants en wagon-bar. A la carte ce jour, il était proposé une rencontre entre patients et soignants avec mesure de la Pression Artérielle et le recours à un questionnaire de dépistage. Les voyageurs étaient orientés vers leur médecin traitant pour réaliser une bandelette urinaire. Une cinquantaine d'entre eux ont pris quelques minutes pour s'informer sur la Maladie Rénales et se faire dépister. La SNCF avait annoncé l'opération dans son magazine distribué dans les voitures TGV. A l'arrivée à Marseille, un accueil chaleureux nous attendait. Monsieur le Pr Brunet, des médecins, des patients, des soignants nous attendaient, arborant des T-shirt à l'effigie de l'opération. Nous nous sommes ensuite dirigés vers la faculté de médecine Saint-Charles pour participer à la session de l'Université du Rein. L'objectif de ce cursus est de fournir à des patients, à leurs proches, mais aussi à des professionnels de santé un cycle de formation sur les maladies rénales chroniques.

Les représentants des différents partenaires ont pu rapporter leur vécu de cette manifestation. La session de l'Université du Rein a pu ensuite aborder les thèmes de l'anémie en Insuffisance Rénales Chroniques, de la greffe et de l'épidémiologie de la dialyse et de la greffe.

Nous sommes donc ravis que ce projet ait pu voir le jour et qu'il ait pu associer des patients, des soignants et des médecins. Nous espérons maintenant que cette opération puisse se renouveler dans les années à venir pour continuer de sensibiliser le public à la Maladie Rénales Chroniques. Nous tenons à remercier la SNCF pour avoir accepté et soutenu cette opération. Nous remercions également la Fondation du Rein ainsi que tous les autres partenaires qui se sont associés au Club des Jeunes Néphrologues pour permettre à cette opération de voir le jour.

Docteur Sébastien Homs



→ DU COTÉ DES BLOGS

Internet fourmille de ressources pour les néphrologues et professionnels de la santé : tout le monde connaît le site de la HAS, le site de la revue du New England Journal of Medicine www.nejm.org ou les différents sites des journaux néphrologiques.

A côté de ces ressources très officielles ou institutionnelles, nombreuses sont les sources d'informations moins officielles, mais tout aussi intéressantes. Commençons par les blogs : 2 blogs francophones font parties des modèles du genre en néphrologie. En premier lieu celui de Vincent Bourquin (www.nephroblog.org), issu des Hôpitaux Universitaires de Genève. Très axé sur la formation, il contient de nombreuses présentations powerpoint réalisées par l'auteur du blog ou ses collègues, mais également quelques aides mémoire ou fiches pratiques qu'il est bon de garder sous la main en consultation, comme l'interprétation d'un bilan de lithiase. A noter également, www.nephrohug.wordpress.com par le même auteur (et son équipe), beaucoup plus à destination des patients, avec des conseils de prévention, des conseils pratiques comme des recettes de cuisine pour les patients dialysés ou

des témoignages de patients. Tout aussi connu mais dans un registre différent, le blog de Perruche en Automne (<http://perruchenautomne.eu/wordpress/>), un PUPH marseillais. Le contenu y est beaucoup plus éclectique : commentaires d'articles de la littérature, expériences de consultation mais aussi coups de gueules ou réflexion sur le fonctionnement de notre système de soin. Une bonne partie d'articles plus éloignés de la médecine permettent également de se « changer les idées », ce qui n'est jamais désagréable.

Mais la médecine ne se résume pas à la néphrologie, et il est toujours intéressant d'aller picorer ailleurs. Ainsi donc, le blog de Dr Agibus, interne en médecine générale (<http://medicalement-geek.blogspot.fr/>) rassemble, chaque semaine, des mises à jours, des recommandations et des commentaires de la littérature. Toujours intéressant, pertinent et bien documenté, à parcourir régulièrement.

Du côté cardiologique, on citera le blog de Grange Blanche (<http://grangeblanche.com/>) mêlant analyse de la littérature et des principales études sorties mais aussi

expériences personnelles et intermèdes musicaux. La rigueur (non dénuée d'ironie) avec laquelle l'auteur analyse les arguments et la communication des firmes pharmaceutiques est un régal intellectuel et en fait une référence de la blogosphère.

Enfin, pour décortiquer le fonctionnement des grandes revues, de l'univers de la publication, le blog d'Hervé Maisonneuve (<http://www.h2mw.eu/>) fait référence. Petits arrangements avec la vérité, rétractations, pistons... tous les mécanismes qui semblent parfois décourageants dans le « publish or perish » sont ici dénoncés. Même si certains articles manquent parfois de clarté, les questions posées valent clairement que l'on s'intéresse à ce blog.

Enfin, tous ces blogs (et bien d'autres) sont regroupés au sein du club des médecins blogueurs (<http://www.clubdes-medecinsblogueurs.com/>). Et par ailleurs, dans les blogs médicaux, n'hésitez pas à faire un tour sur le blog du CJN (<http://cjnephro.com/>).

Docteur Louis de Laforcade
Chef de Clinique Assistant
au CHU de Lyon-Sud

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 :

Dr Stanislas Bataille
Institut Phocéan de Néphrologie Clinique Bouchard
77, Rue du Dr Escat 13006 Marseille
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 12 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.

→ AVEC LE SOUTIEN INSTITUTIONNEL EN 2015 DE :

