

A.R.Tu.R. & vous

Numéro 5 ♦ Juin 2022

Édito

Michèle Thomas

Bénévole A.R.Tu.R. & membre du conseil d'administration



Chers lectrices, chers lecteurs,

Nous ne pouvons ouvrir cette nouvelle édition sans faire référence à l'actualité internationale et avoir une pensée émue pour nos voisins ukrainiens. Si les deux dernières années ont été pour le moins perturbées, parfois endeuillées, par la présence d'un virus qui mute et « remute », ce premier trimestre 2022 est quant à lui marqué par une guerre surprise venue de l'Est... Cette tragédie qui se joue aux portes de l'Europe nous rappelle que la paix n'est jamais définitivement acquise. C'est dans ce contexte empreint d'émotion que je me vois confier la rédaction de l'édito du 5^{ème} numéro d'A.R.Tu.R. & vous.

Celui-ci débutera par la présentation des résultats de la dernière enquête de l'*International Kidney Cancer Coalition* (IKCC) sur le cancer du rein. Menée en 2020 dans une quarantaine de pays, elle aborde diverses thématiques liées à la prise en charge de la maladie ainsi qu'au vécu des patients. Nous vous présentons ici une synthèse préparée et analysée par un membre de l'association A.R.Tu.R..

Prenez le temps de la lire et laissez-vous guider parmi les chiffres et graphiques, et même surprendre par certains résultats. Vous constaterez que nos actions associatives s'inscrivent dans la lignée des orientations définies par l'IKCC.

Nous évoquerons aussi avec le Docteur Delphine BORCHIELLINI les effets indésirables des traitements contre le cancer du rein ; sujet de préoccupation majeure pour nombre d'entre vous.

Du côté de la chirurgie, nous vous présenterons un modèle précurseur initié par le CHU de Bordeaux, permettant la prise en charge ambulatoire des patients candidats à une néphrectomie partielle robotique.

Enfin, un témoignage patient au style original et aux accents lyriques viendra clore ce numéro.

Bonne lecture !

Sommaire

02 Retour sur...

L'enquête 2020 de l'IKCC

10 Grand angle

Les effets indésirables des traitements

14 Coup de projecteur

Le dispositif AMBU REIN / CHU de Bordeaux

17 Côté patients

Témoignage d'Emmanuel DONNELLY

Les articles publiés dans A.R.Tu.R. & vous
ne peuvent être reproduits sans
l'autorisation expresse d'A.R.Tu.R.

Dépôt légal : Juin 2022





Cancer du rein... et si on en parlait ! L'enquête 2020 de l'IKCC

L'IKCC en quelques mots

L'IKCC (International Kidney Cancer Coalition = Coalition internationale contre le cancer du rein) est un réseau indépendant d'associations de patients réparties sur les 5 continents, intervenant dans le domaine du cancer du rein. Elle regroupe plus de 40 associations, dont A.R.Tu.R. (depuis juillet 2015).

Ses axes de travail sont de :

- Renforcer la capacité des associations affiliées actuelles dans leur soutien aux patients atteints d'un cancer du rein,
- Plaider sans relâche en faveur de l'accès aux meilleurs soins pour tous,
- Accroître la sensibilisation au cancer du rein à l'échelle mondiale,
- Être une autorité mondiale en matière d'informations fiables et actualisées sur le cancer du rein,
- Valoriser les projets favorisant la promotion de la voix des patients dans les activités de recherche dans le monde entier.

L'IKCC plaide pour la reconnaissance des droits des patients dans tous les pays, qu'ils soient riches ou émergents.

Les grandes enquêtes de l'IKCC

Le cancer du rein est un problème mondial, touchant chaque année plus de 400 000 personnes dans le monde. L'augmentation des cas de cancer du rein et d'autres masses rénales constitue un fléau croissant. Si les thérapies se sont très nettement améliorées pour les personnes atteintes de carcinome rénal à un stade précoce ou avancé, il existe néanmoins peu de connaissances et de publications sur l'expérience, le vécu et le ressenti des patients d'un pays à l'autre, y compris sur les besoins non satisfaits et les meilleures pratiques en matière d'éducation des patients, de qualité de vie et de participation aux essais cliniques. Aussi, afin d'améliorer la compréhension collective, l'IKCC s'est associée aux organisations affiliées afin d'organiser une enquête mondiale biennale, dont la première a été lancée en 2018.

Cette démarche ambitieuse invite - et invitera tous les 2 ans - les affiliés et tous les membres d'associations à contribuer à la collecte d'informations sur l'expérience « patient ». Les résultats sont classés en général suivant 7 thèmes : la démographie, le diagnostic, les traitements, la biopsie, les essais cliniques, la qualité de vie et le bien-être psychosocial. Ils sont présentés à la fois globalement (« monde entier ») et déclinés par pays (sous réserve que le nombre de réponses du pays soit significatif). Ils peuvent être également utilisés pour faire entendre la voix des patients, identifier de nouveaux axes de progrès et partager les meilleures pratiques.

La prochaine enquête, dont le questionnaire est cours d'élaboration, aura lieu en 2022. Vous serez probablement sollicités d'ici la fin de l'année pour y répondre. Prenez quelques instants pour partager votre expérience. Pour vous convaincre de son utilité, vous trouverez ci-dessous quelques extraits choisis de l'enquête 2020, à laquelle vous avez peut-être participé.



Extraits de l'enquête de l'IKCC 2020

Démographie et profil des répondants

Généralités

En 2020, **2012** personnes de 41 pays différents ont répondu à l'enquête, incluant des patients des États-Unis (16 %), de Corée du Sud (15 %), du Canada (12 %), de France (12 %), d'Inde (8 %), du Royaume-Uni (7 %), du Japon (8 %), d'Espagne (3 %), d'Australie (2%), d'Allemagne (2%), du Brésil (1%), d'Italie (1%), des Pays-Bas (1 %), de Suède (1 %) et autres pays (5 %).

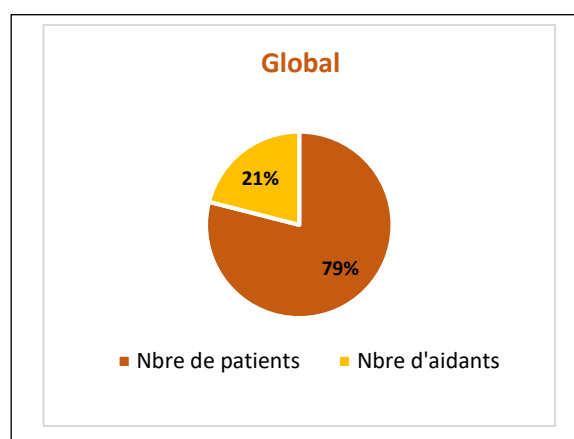
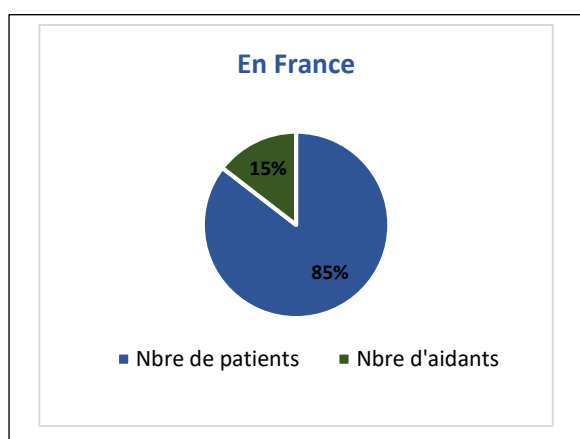
Pour faciliter les comparaisons, l'ensemble des réponses des différents pays sera qualifié dans la suite de l'article de « **Global** ».

Répartition des répondants « hommes / femmes »

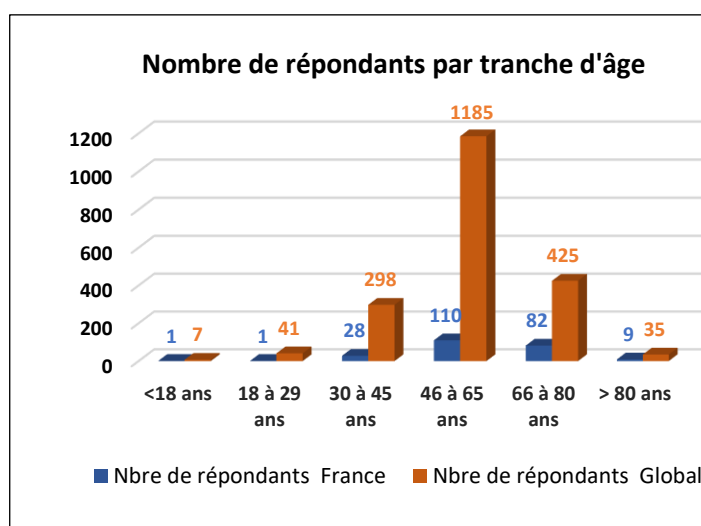
Répondants aux enquêtes	2018			2020		
	Nombre de réponses	Hommes	Femmes	Nombre de réponses	Hommes	Femmes
France	238	59%	40%	234	59%	40%
Global	1983	54	45%	2012	54%	45%

1% des répondants ne se sont pas identifiés comme homme ou femme

Répartition des répondants « patients / aidants »



Tranches d'âge des répondants de l'enquête France / Global



En 2020, **2012** personnes de 41 pays différents ont répondu à l'enquête de l'IKCC. La France, avec le soutien d'A.R.Tu.R., avoisine les 12% de participation (soit 234 répondants) et fait partie des pays ayant le plus largement contribué à l'enquête. Il nous faudra maintenir ce niveau pour 2022, voire le dépasser ! Plus la participation sera élevée, plus les résultats seront fiables, les analyses pertinentes et les actions efficaces.



Le diagnostic

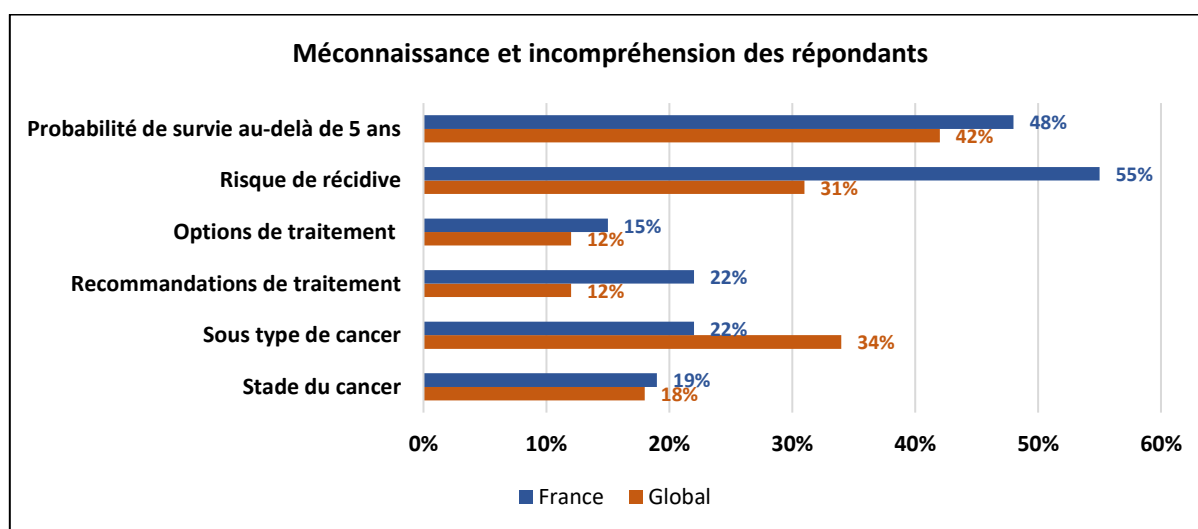
Stade et sous-type de cancer du rein en France

Stade actuel de cancer		Sous-type de cancer	
Localisé :	7%	Carcinome rénal à cellules claires :	64%
Avancé/métastatique :	39%	Carcinome papillaire à cellules rénales :	8%
Plus aucun signe de maladie :	36%	Carcinome à cellules rénales chromophobe :	7%
Ne sait pas :	18%	Autres :	6%
		Ne sait pas :	14%

Stade et sous-type de cancer du rein au global

Stade actuel de cancer		Sous-type de cancer	
Localisé :	13%	Carcinome rénal à cellules claires :	64%
Avancé/métastatique :	41%	Carcinome papillaire à cellules rénales :	9%
Plus aucun signe de maladie :	34%	Carcinome à cellules rénales chromophobe :	6%
Ne sait pas :	12%	Autres :	11%
		Ne sait pas :	9%

Méconnaissance ou incompréhension du patient au moment du diagnostic



Le graphique ci-dessus présente les pourcentages de répondants n'ayant pas eu connaissance ou compris certains éléments de la maladie, notamment le risque de récurrence et la probabilité de survie à 5 ans. Il traduit la nécessité de fournir davantage d'explications aux patients pour une meilleure compréhension de leur maladie.

Néanmoins, si on mesure la connaissance et la compréhension, on obtient :

- 81 % (n=179) comprennent complètement ou dans une certaine mesure le « stade du cancer » (globalement, c'était 85 %, n=1576)
- 85 % (n=178) comprennent complètement ou dans une certaine mesure les « options de traitement » (globalement, c'était 88 %, n=1603)
- 81 % (n=160) estiment que les « recommandations ou options de traitement » sont complètement ou dans une certaine mesure comprises (Globalement 88 %, n=1569)

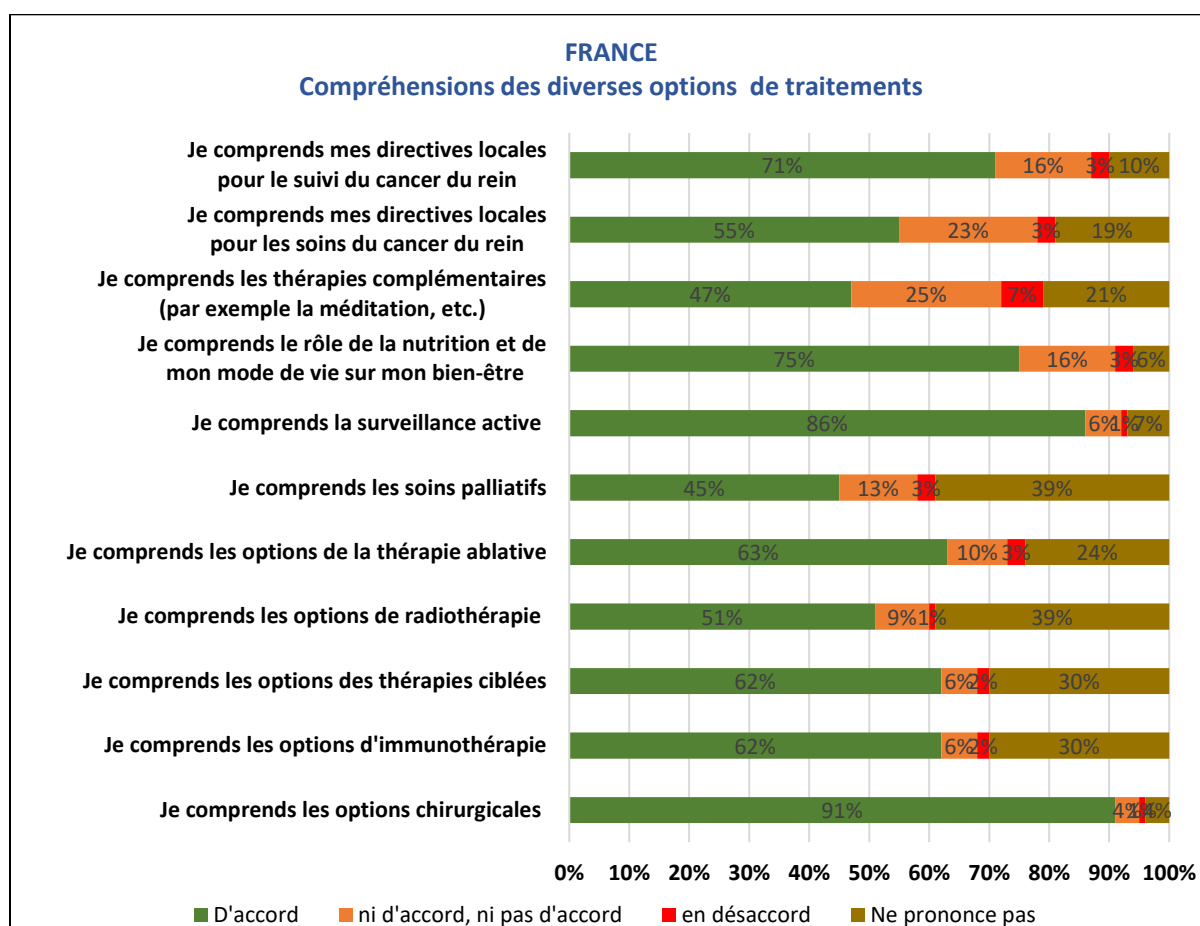


Le traitement

Participation à l'élaboration d'un plan de traitement / prise de décision partagée

En ce qui concerne l'élaboration d'un plan de traitement, 50 % (n=113) des personnes interrogées en France ont indiqué qu'elles étaient aussi impliquées qu'elles le souhaitaient dans les décisions concernant leur plan de traitement, contre 51 % (n=988) dans le monde.

Compréhension des soins et du traitement



Les résultats de l'enquête réalisée en France indiquent clairement que les patients comprennent bien les options de traitement puisque 81% d'entre eux estiment que les « recommandations de traitement » étaient comprises totalement ou dans une certaine mesure.

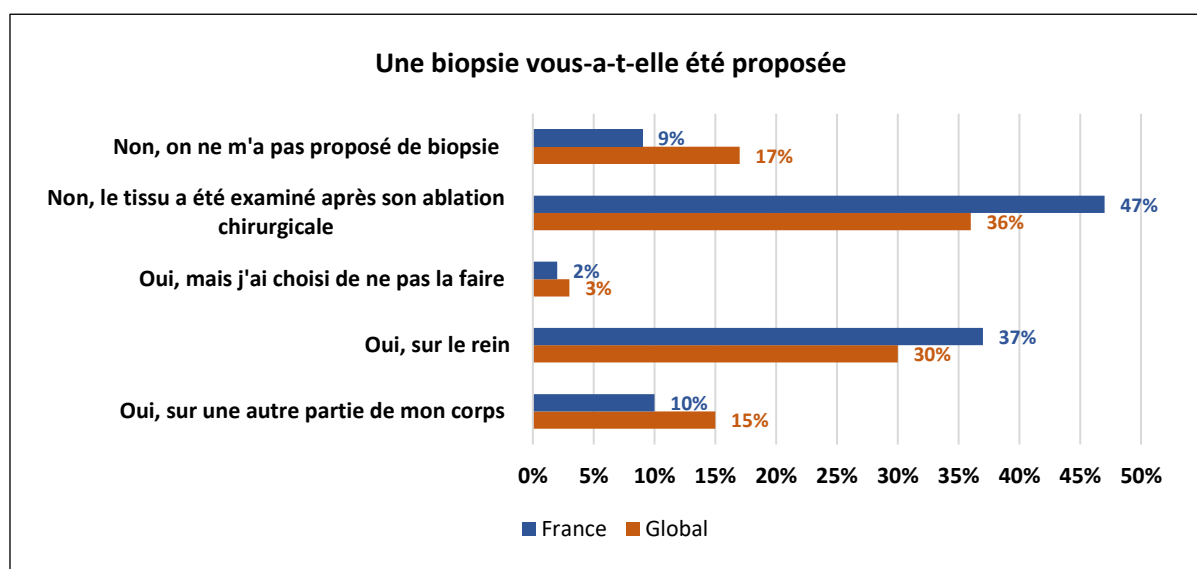
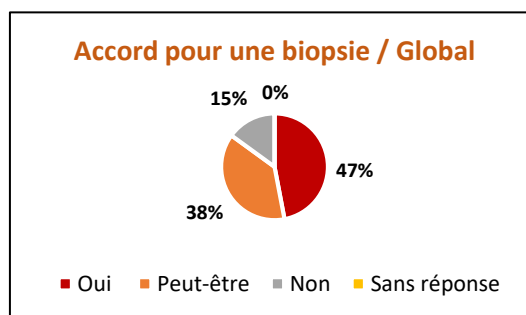
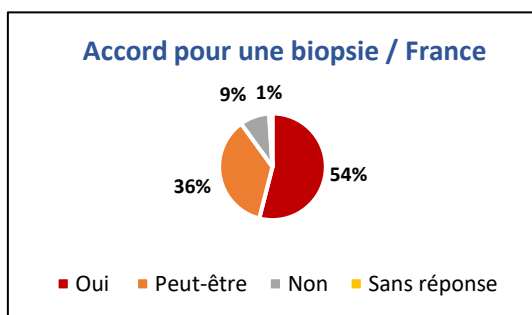
La biopsie

Pratique de la biopsie

En 2020, l'enquête globale a sollicité les répondants sur leur expérience et leurs réflexions concernant la biopsie. La biopsie consiste à prélever des cellules ou des tissus à l'aide d'une fine aiguille pour être analysés par un médecin pathologiste en vue de déterminer le caractère malin ou bénin de la tumeur, sa nature histologique ainsi que le grade. Grâce à la biopsie, le médecin détermine le traitement le plus adéquat en fonction des caractéristiques de la tumeur. Dans le cas du cancer du rein métastatique, il pourra établir une possible corrélation entre la tumeur initiale et les métastases.



La biopsie : qu'en disent les répondants ?



Parmi les répondants français n'ayant jamais eu de biopsie, 54% (n=64) seraient prêts à en avoir une à l'avenir si nécessaire.

Le taux de refus catégorique d'une biopsie par des patients est très bas, soit 2 à 3%. Cependant, l'enquête souligne que 15 % d'entre eux envisagent de refuser une biopsie à l'avenir.

Les essais cliniques

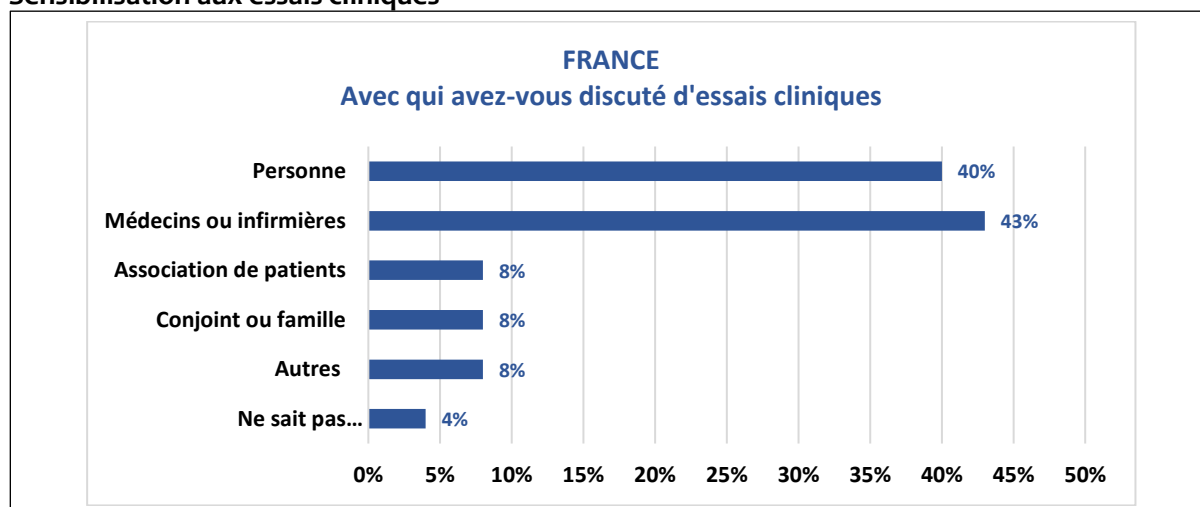
Essais cliniques, sensibilisation à la recherche et sources d'information

Toutes les avancées observées dans la prise en charge des cancers du rein peuvent être liées aux essais cliniques. Cela concerne les nouvelles thérapies visant à traiter les maladies métastatiques, l'amélioration des techniques chirurgicales ou de surveillance des maladies localisées. Les nouvelles idées testées dont les résultats sont probants deviennent par la suite des soins standards. Selon l'IKCC, les essais cliniques constituent la pierre angulaire de l'avancement du traitement du cancer du rein.

On a demandé aux répondants quelle était la probabilité qu'ils participent à un essai clinique sur le cancer si on les sollicitait. La majorité des répondants (64 %, n=86) ont indiqué qu'il était très probable ou probable qu'ils participeraient. Ce qui est un score relativement correct, mais que l'on ne peut comparer avec d'autres pays, puisque certains n'y ont pas accès.



Sensibilisation aux essais cliniques



En France, 40% des répondants n'ont jamais discuté d'essais cliniques, tandis qu'ils représentent 46% des répondants de l'enquête globale. La France se situe ainsi juste derrière les Etats-Unis, dont 30% des répondants n'ont jamais discuté d'essais cliniques.

Les écarts varient considérablement d'un pays à l'autre. Ces variations sont probablement liées à l'absence d'essais cliniques disponibles dans certains pays. C'est pourquoi il est nécessaire de continuer à sensibiliser les patients sur cette thématique.

D'autre part, en France :

38% des répondants ont été invités à participer à un essai clinique.

58% de ceux qui ont participé à un essai clinique étaient globalement satisfaits de leur expérience.

10% étaient insatisfaits de leur expérience en matière d'essai clinique.

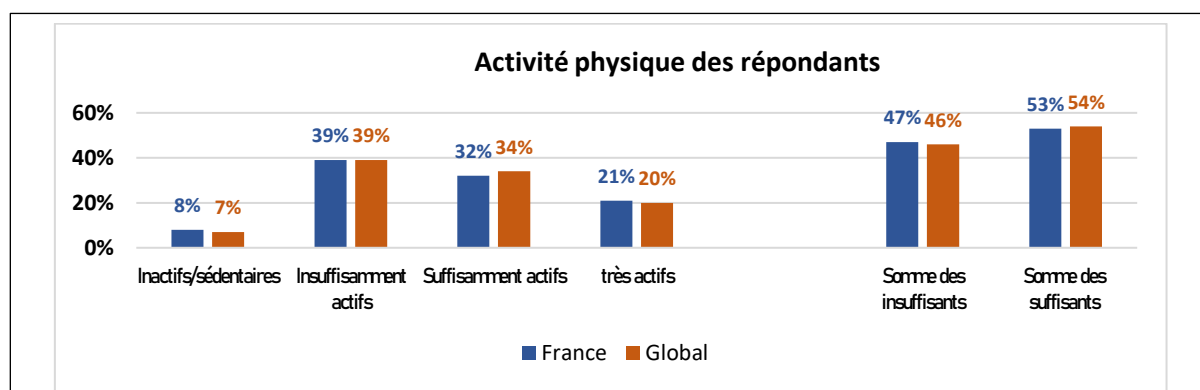
Qualité de vie et état de santé général des répondants

Il est important de considérer la qualité de vie en général et l'état de santé des participants. L'enquête globale 2020 a pris en compte :

- Les niveaux actuels d'activité physique chez les répondants
- Le bien-être psychosocial général
- L'engagement des patients en matière de santé

Activité physique

Les vertus de l'activité physique sont prouvées. Elles réduisent de façon significative l'impact du traitement sur la santé physique et mentale des patients, que ce soit durant ou après la maladie. Si l'activité physique s'avère nécessaire, elle doit, dans tous les cas, être adaptée à l'état de santé du patient.





Plus de 50% des répondants ne font pas suffisamment d'exercice physique. La pratique d'une activité physique adaptée est pourtant considérée comme incontournable et devrait être intégrée en amont du traitement du patient.

Il s'agit du seul moyen sûr et efficace pour l'aider à gérer :

- Le traitement
- Les effets secondaires
- Les impacts psychosociaux associés du cancer

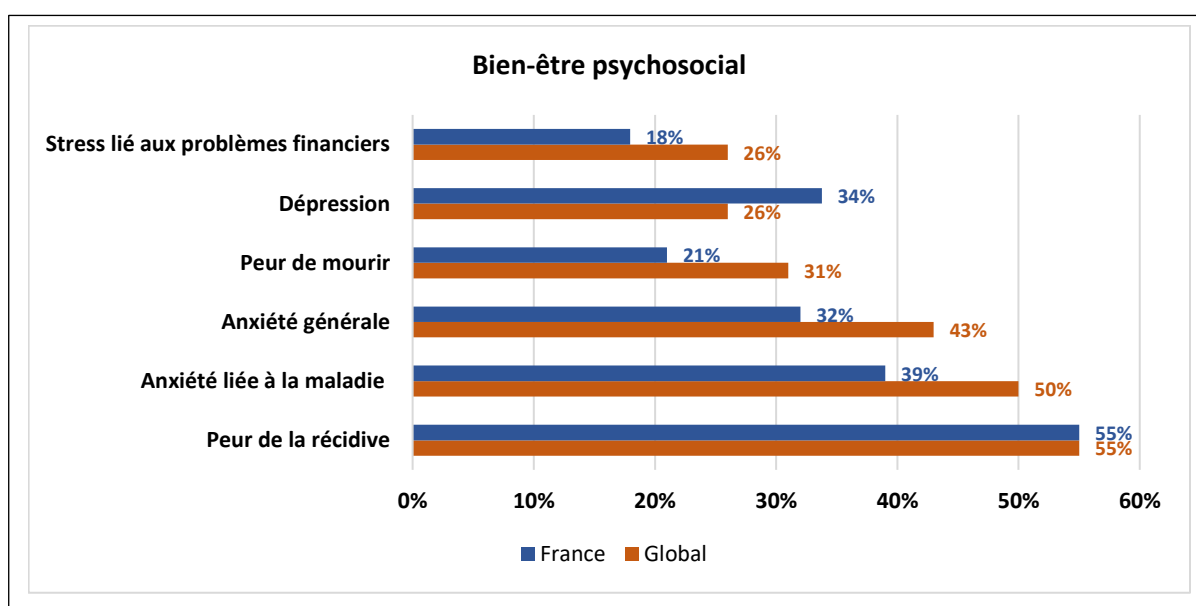
L'exercice physique est l'assurance pour les patients de rester positifs, proactifs et engagés dans leur santé.

« Quel que soit le stade de votre cancer, trouvez des activités que vous aimez pour bouger, comme la marche par exemple. Nous savons que lorsque les gens bougent autant qu'ils peuvent le tolérer, ils se sentent mieux à la fois physiquement et mentalement »

Dr Linda Trinh, professeure adjointe, Exercices et survie au cancer à l'Université de Toronto, Canada

Le bien-être psychosocial

L'enquête s'est déroulée durant la pandémie de COVID-19. Aussi, elle peut avoir influencé les réponses et impacté le résultat final du bilan « bien-être psychosocial » ; lequel était à l'origine uniquement axé sur le cancer du rein.



Dans l'ensemble, les répondants français montrent des niveaux élevés de bien-être émotionnel au regard des données globales. Voici les domaines ayant le plus préoccupé les répondants :

- 55% (n=108) ont déclaré avoir très souvent / toujours peur de la récurrence, comme dans le monde
- 46% (n=94) ont déclaré ressentir très souvent / toujours une anxiété spécifique à la maladie, contre 49% (n=904) dans le monde
- 31% (n=62) des personnes interrogées ont déclaré ressentir très souvent / toujours une anxiété générale, contre 43% (n=792) dans le monde
- 31% (n=62) ont déclaré avoir très souvent / toujours la crainte de mourir, contre 31% (n=563) dans le monde



Conclusion

Cet article fournit quelques extraits choisis de l'enquête 2020 de l'IKCC, qui en traduisent néanmoins l'esprit général.

Les résultats montrent et confirment que les actions entreprises, depuis de nombreuses années par A.R.Tu.R., s'inscrivent parfaitement dans les orientations définies par l'IKCC.

Exemples de quelques actions mises en œuvre par rapport aux diverses thématiques de l'enquête :

- **Les Rencontres Patients** : elles permettent aux médecins de communiquer largement auprès des patients et de leurs proches sur, le diagnostic, les nouveaux traitements et la chirurgie. En 2021, elle a traité « cancer et d'activité physique » un point sensible identifié par l'enquête. En 2022, des patients ont pu témoigner et partager avec les oncologues, sur les effets secondaires des traitements.
- **Le congrès médical** : il réunit tous les 2 ans l'ensemble de la communauté médicale et scientifique pour partager expériences et avancées.
- **Les stands à Gustave Roussy** : quelques bénévoles vont à la rencontre des patients et des aidants, pour présenter l'Association, informer sur le cancer du rein, écouter et répondre éventuellement aux questions des patients.
- **Les actions en régions** : les congrès médicaux ont facilité la prise de contact des bénévoles avec les médecins et oncologues qui officient en régions. Quelques membres A.R.Tu.R. sont aujourd'hui, fréquemment conviés lors des conférences patients organisées en régions pour présenter l'association.
- **La publication d'A.R.Tu.R. & vous** : notre journal associatif touche un large public en abordant les thématiques reprises dans l'enquête.
- **Un programme de développement et d'actualisation des connaissances des bénévoles sur « les enjeux de la pathologie »** : mis en place en 2021, il a permis de développer et d'harmoniser les éléments de langage des bénévoles pour répondre de façon uniforme aux questions des patients.
- **Les Tables rondes d'A.R.Tu.R.** : elles permettent de parfaire la connaissance des participants sur des sujets tels que la place de l'aidant et du patient dans la société et la vie quotidienne, les thérapies complémentaires (sophrologie, yoga ou hypnose) ou encore nutrition et cancer du rein.

“Les améliorations du diagnostic et de meilleures connaissances cliniques ont amélioré à la fois la compréhension et le traitement des cancers du rein. Cependant, en tant que fournisseurs de soins de santé, nous devons constamment parler aux patients des détails de leur diagnostic. Cela les aidera à prendre des décisions éclairées concernant leurs propres soins et peut également aider à réduire les problèmes psychosociaux associés aux incertitudes et à la survie.”

Dr Michael Jewett, Princess Margaret Cancer Center, University of Toronto, Canada
Président du Comité scientifique de l'IKCC.



Les effets indésirables des traitements

Rencontre avec le Dr Delphine Borchellini

Le Dr Delphine Borchellini est oncologue spécialisée en urologie. Elle exerce à Nice au centre Antoine Lacassagne, l'un des 18 centres français de lutte contre le cancer regroupés au sein de la fédération UNICANCER.

Le Dr Borchellini partage son temps entre son activité de soins dans le département d'oncologie médicale et celle de responsable du département de recherche clinique et innovation.



Quels sont les effets indésirables des traitements utilisés contre le cancer du rein ?

Dans le cas de l'immunothérapie, les effets indésirables sont essentiellement liés à la réactivation du système immunitaire. On parle alors d'effets *auto immuns*. Ceux-ci peuvent toucher n'importe quelle partie du corps, mais concernent le plus souvent la peau (éruption cutanée et démangeaisons) ou les articulations (douleurs). Ils peuvent également entraîner une insuffisance surrénalienne, un diabète ou encore des modifications du fonctionnement de la thyroïde nécessitant la mise en place d'un traitement de substitution.

Les manifestations les plus fréquentes concernent la peau (environ 1 patient sur 2) et la thyroïde. Quant aux autres effets, les réactions varient en fonction des patients.

Beaucoup plus rares et non prévisibles, des effets secondaires plus sévères sont également possibles. Nous avons néanmoins les moyens de les contrer à l'aide de traitements anti-inflammatoires, tels que les corticoïdes.

Dans le cas des thérapies ciblées, les effets indésirables résultent du ciblage de la vascularisation de la tumeur. Ils peuvent avoir pour conséquence une hypertension artérielle ou une protéinurie¹, susceptible d'altérer la fonction rénale.

On observe aussi des manifestations d'ordre général, qui sont assez fréquentes : fatigue, syndrome main-pied, mucite², troubles digestifs et intestinaux, dysfonctionnement de la thyroïde...

L'association immunothérapie / thérapie ciblée génère quant à elle un risque de développer certains des effets indésirables précédemment décrits, liés aux deux familles de traitement. Ils peuvent ainsi s'additionner mais parfois aussi se renforcer. Un risque accru de toxicité hépatique ou de diarrhées est par exemple observé. Une prise en charge spécifique s'avère alors nécessaire. Enfin, l'association de deux immunothérapies induit une majoration du risque auto-immun.

La mise en place d'un traitement anti-cancer repose sur un véritable partenariat avec le patient. Nous opérons de fréquents réajustements au gré de la situation et des réactions individuelles des patients. Les effets doivent être les plus compatibles possible avec une vie normale. C'est là un objectif prioritaire.

Des interactions avec d'autres traitements en place sont-elles possibles ?

Nous sommes très attentifs à cette question. Dans le cas des thérapies ciblées orales, les interactions potentielles avec d'autres traitements sont rarement problématiques.

¹ La **protéinurie** désigne la présence anormale de protéines dans les urines

² La **mucite** est une altération du renouvellement des muqueuses de la bouche, provoquant la survenue d'ulcérations pouvant être douloureuses et gêner l'alimentation



Pour l'immunothérapie en revanche, certains médicaments sont déconseillés car ils peuvent diminuer les effets des thérapeutiques anti-cancers. Sont ainsi concernés les corticoïdes ou les antibiotiques dont l'effet sur la flore intestinale peut amoindrir l'efficacité du traitement. Des effets secondaires peuvent aussi s'additionner avec ceux d'autres médicaments non spécifiques au cancer. Il convient de rappeler que tous les médicaments, de même que les autres molécules complémentaires (type phytothérapie), présentent d'éventuels effets indésirables.

Comment gérez-vous les effets liés aux interactions médicamenteuses ?

Dans le centre dans lequel j'exerce, nous avons la chance de pouvoir proposer des consultations de conciliation médicamenteuse aux patients cumulant de nombreux traitements ou à ceux présentant un effet indésirable potentiellement grave. Les pharmaciens d'officine ont aussi leur rôle à jouer. Ils constituent un relais que nous sollicitons parfois.

Nous nous efforçons de moduler au mieux les différents traitements, certains médicaments non liés au cancer pouvant également être indispensables. Dans chaque situation, nous trouvons une solution.

Existe-t-il des effets indésirables graves indétectables par le patient ?

Oui. Ceci est en effet possible. C'est le cas par exemple de l'insuffisance rénale ou de la cytolysé hépatique³, dont les effets biologiques sont mis en évidence par le bilan sanguin. Les troubles de la tension artérielle peuvent également être indétectables par le patient.

Cependant, les effets indésirables sont dans leur grande majorité ressentis par le malade.

De plus, l'examen clinique et les bilans sanguins réguliers permettent d'identifier les effets non ressentis. Dans le cas de l'immunothérapie, une prise de sang est réalisée systématiquement avant chaque séance, qui permet l'évaluation en amont des risques liés au traitement. La mise en place d'une thérapie ciblée est quant à elle précédée d'un bilan cardiaque.

Comme pour tout traitement, le médecin recherche les antécédents médicaux du patient. Si un candidat à l'immunothérapie est porteur d'une maladie auto-immune, nous serons particulièrement vigilants. Autre exemple : la maladie de Crohn, qui constitue une contre-indication à l'immunothérapie, en raison d'un risque trop élevé de réactivation de la maladie. Cependant, les contre-indications formelles sont rares.

Certains patients présentent-ils un risque majoré du fait de leur profil, tel que l'âge ?

Il n'existe pas d'effets secondaires spécifiquement liés à l'âge. En revanche, leur incidence est potentiellement plus grave chez le sujet âgé, car susceptible d'impacter son autonomie.

En outre, les patients âgés cumulent généralement plusieurs traitements, obligeant les médecins à une plus grande vigilance quant au risque d'interaction médicamenteuse.

Les conditions de vie et l'entourage de ces personnes sont souvent primordiaux.

Le recours aux infirmiers à domicile tend à se généraliser. Il permet l'instauration d'un suivi renforcé. L'infirmier qui intervient dans ce cadre réalise notamment la mesure des constantes vitales du malade et aide à la délivrance des médicaments.

En parallèle, des plateformes se développent aujourd'hui pour créer un lien avec le patient depuis son domicile. Elles permettent le maintien d'un suivi entre deux consultations à l'hôpital.

De nombreuses applications voient le jour ; mais nombre d'entre elles sont inadaptées aux patients les plus âgés.

³ La cytolysé hépatique désigne la destruction des cellules du foie



Existe-t-il une corrélation entre événement indésirable grave et efficacité du traitement ?

Les données disponibles nous permettent d'affirmer l'existence d'un lien entre événement indésirable grave et efficacité du traitement, davantage encore pour l'immunothérapie que pour les thérapies ciblées. Dans le cas de l'immunothérapie, les effets indésirables que l'on observe traduisent une réponse forte du système immunitaire. Si celui-ci surréagit, il s'attaquera d'autant plus fortement au cancer. Concernant les thérapies ciblées, la corrélation est moins parfaite.

Comment le patient est-il informé au moment de la mise en place du traitement concernant le risque d'effets indésirables liés au traitement ?

L'information repose principalement sur le corps médical.

Dans le cas de l'immunothérapie, le médecin reçoit le patient en consultation lors de la mise en place de chaque cure.

Pour la thérapie ciblée orale, il voit le patient entre 2 et 4 semaines après le démarrage du traitement ; ensuite, tous les 3 à 4 mois.

Lorsque survient un effet indésirable, nous renforçons bien entendu le suivi en nous appuyant notamment sur l'infirmière de coordination, qui assure le relai entre l'équipe médicale et le patient. Ce dernier peut également consulter son médecin traitant.

Le traitement des effets indésirables fait partie intégrante de la prise en charge globale du patient. Un nombre grandissant d'établissements est désormais doté d'infirmières de suivi thérapeutique. Ces dernières instaurent avec le patient un lien privilégié et proposent une prise en charge alternative et complémentaire à celle du médecin.

Des soins de support peuvent également être proposés aux patients. Ils englobent une large palette de soins qui s'intègrent au suivi global : activité physique adaptée, nutrition, suivi psychologique, sophrologie...

Quelles réponses apporte-t-on lorsque les effets secondaires sont trop invalidants ?

Bien que l'on dispose d'un certain nombre de médicaments pour pallier les symptômes lorsqu'ils surviennent, des décisions nous sont parfois imposées par la situation. Plusieurs possibilités s'offrent à nous.

Nous pouvons conserver le médicament, tout en réduisant la dose. Nous réajustons ensuite le dosage au cas par cas.

Nous pouvons aussi maintenir le médicament à dose équivalente, mais en proposant un schéma de prise différent intégrant des pauses très courtes, afin de ménager des moments de répit.

Nous mettons parfois en place un autre médicament permettant de soutenir la reprise du traitement initial.

Et parfois, nous sommes contraints d'arrêter le médicament. Les interruptions de traitement liées à la toxicité représentent entre 10 et 20% des patients traités, toutes thérapeutiques confondues.

Quelles sont les perspectives pour l'avenir au regard des nouvelles classes de médicaments qui arrivent sur le marché ?

Les traitements aujourd'hui disponibles sont utilisés depuis plusieurs années et bien connus par les médecins.

Jusqu'alors peu utilisé en France, le lenvatinib va être prochainement introduit en combinaison avec l'immunothérapie pour la prise en charge du cancer du rein métastatique. Il va nous falloir être très attentifs aux effets secondaires, en particulier sur le plan vasculaire (risque accru d'hypertension artérielle).



Comme pour tous les traitements, les effets sévères seront référencés par le médecin du centre en charge de la pharmacovigilance. Ainsi, nous disposons d'un panorama exhaustif des traitements, des toxicités associées et des modalités de surveillance.

Quels conseils donneriez-vous à un patient souffrant d'effets indésirables ?

Première chose : il faut en parler ! À aucun moment, les patients ne doivent hésiter à solliciter de l'aide auprès de l'oncologue référent, du médecin traitant ou de l'infirmière, en particulier lorsqu'un effet inhabituel apparaît ou qu'il s'inscrit dans la durée.

J'invite également les malades à noter les effets les plus fréquents et les plus gênants. Ce recueil d'informations peut servir de support lors de la consultation avec l'oncologue.

Certains effets sévères pourront nécessiter une hospitalisation : insuffisance surrénalienne, décompensation forte du diabète ou encore problème cardiaque qu'il faudra prendre en charge dans les meilleurs délais. Si le patient ne parvient pas à joindre l'équipe médicale / soignante de référence, il peut également se rendre aux Urgences. ■

■ Témoignage patient Georges / 76 ans (Alpes-Maritimes)

« J'ai subi en 1995 une néphrectomie élargie après la découverte d'un cancer du rein. Traité par chirurgie seule, je n'ai pas reçu à l'époque de traitement adjuvant.

18 ans plus tard, en 2013, des métastases ont été découvertes. Placé dans un premier temps sous sunitinib, j'ai souffert de diarrhées douloureuses, de problèmes gastriques (acidité, crampes d'estomac, digestion difficile) et d'une fatigue très importante.

Ce traitement s'étant révélé inefficace, j'ai ensuite été placé sous nivolumab, traitement pour lequel les médecins avaient alors peu de recul. Une nouvelle fois, j'ai souffert de troubles intestinaux (alternance constipation / diarrhées modérées), cependant moins sévères que précédemment.

Je présente également un syndrome pied-main, d'importantes démangeaisons (en

particulier au tibia et au poignet) ainsi qu'un lichen blanc entraînant une sécheresse de la bouche et un déchaussement de gencives... Bien que présente, la fatigue est gérable.

Traité par immunothérapie depuis maintenant 9 ans, je vis normalement. Je reste actif et pratique le tennis plusieurs fois par semaine. J'ai également conservé un bon appétit ainsi que mon poids de forme.

Hormis les bains de bouche que je réalise avec du bicarbonate de soude, je prends peu de choses pour combattre les effets indésirables des traitements. Je veille avant tout à écouter mon corps et boire de l'eau en quantité suffisante afin d'aider mon rein restant à fonctionner correctement. S'ils sont parfois un peu pénibles, les effets secondaires me paraissent néanmoins gérables et finalement peu invalidants au quotidien. »

+ d'infos sur les effets indésirables des traitements :

<https://artur-rein.org/>

>> Retrouvez les témoignages de la rencontre patients 2022

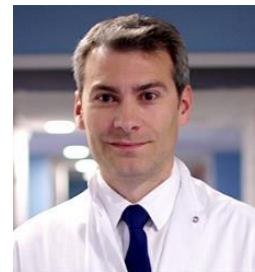
Rencontres patients 15^{ème} édition – 2022

>> Forum de discussion : Les effets secondaires des traitements



La prise en charge ambulatoire des néphrectomies partielles au CHU de Bordeaux

Centre de référence du traitement du cancer du rein, le CHU de Bordeaux est le premier établissement à avoir proposé une prise en charge ambulatoire aux patients candidats à une néphrectomie partielle robotique. Baptisé AMBU-Rein, ce programme innovant mis en place en 2016 permet la réalisation d'une vingtaine de néphrectomies partielles par an en ambulatoire. Il implique une sélection extrêmement rigoureuse des patients et l'application d'un protocole spécifique. Décryptage de ce nouveau dispositif avec le Pr Jean-Christophe Bernhard, responsable de l'activité de chirurgie robotique du service d'urologie du CHU de Bordeaux et coordonnateur d'AMBU-Rein.



En quoi consiste la prise en charge ambulatoire des néphrectomies partielles ?

Pr Bernhard : La chirurgie ambulatoire consiste à prendre en charge le malade durant une période limitée à 12 heures. Le patient arrive le matin à l'hôpital pour être opéré dans la journée, et regagne son domicile le soir-même. Il ne passe pas la nuit à l'hôpital.

Pour réaliser une néphrectomie partielle en ambulatoire en toute sécurité, un protocole spécifique nommé « AMBU-Rein » a été mis en place sous le contrôle de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS / Ministère de la Santé) et de l'Institut national du Cancer (INCa).

La prise en charge ambulatoire concerne uniquement la chirurgie avec assistance robotique, associée à un protocole d'anesthésie adapté. Cette technique mini-invasive permet d'allier précision du geste et diminution du risque de complications post-opératoires. La technique chirurgicale est simplifiée et l'intervention rapide.

Quels sont critères de sélection des patients ?

Pr Bernhard : Les patients sont scrupuleusement sélectionnés suivant leurs antécédents médicaux. Les facteurs de comorbidités doivent être limités et des conditions sociales et familiales sont requises (présence d'un proche aidant en capacité d'accompagner le patient à sa sortie). La sélection des patients est également fonction de la taille et de l'emplacement de la tumeur dans le rein, dans la mesure où ces deux paramètres conditionnent la complexité de la chirurgie.

Quels sont les enjeux et l'intérêt de l'ambulatoire pour ce type de chirurgie, comparativement à une hospitalisation conventionnelle ?

Pr Bernhard : En règle générale, la durée de l'hospitalisation conventionnelle est d'une journée pour une néphrectomie partielle robotique sans complication prévisible. Le patient arrive le matin et quitte l'hôpital le lendemain.

La question que s'est posée l'équipe du CHU de Bordeaux est la suivante : « Quelle est la plus-value de la nuitée à l'hôpital pour le patient ? » Hormis la prise de constantes et l'évaluation de la douleur durant la nuit, peu de raisons justifient le maintien du patient à l'hôpital.

Si l'intérêt médico-économique d'une prise en charge en ambulatoire existe bel et bien, la priorité doit être la satisfaction et le bien-être du malade. De plus, la réalisation de l'acte opératoire en ambulatoire permet de dédramatiser l'épisode chirurgical pour le patient et sa famille, et contribuer à la préservation des habitudes de vie du patient.

Après une hospitalisation, chacun souhaite rentrer chez soi le plus rapidement possible !

Comment s'est déroulée la mise en place de ce dispositif ?

Pr Bernhard : Ce dispositif résulte de différents processus initiés avec la mise en place de la robotisation en 2010. Avant de proposer des objectifs d'hospitalisation, il était indispensable de sécuriser la technique. En 2015, la contribution de l'ensemble des équipes médicales et



paramédicales a abouti à l'élaboration d'un protocole de réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) visant à sécuriser la sortie des patients à « J+1 post-opératoire ».

Enfin, pour que s'opère la bascule vers une prise en charge ambulatoire et faire ainsi sortir le patient le soir-même, il nous a fallu sécuriser le protocole de la néphrectomie partielle NP-RAAC existant. C'est dans ce cadre que le protocole « AMBU-Rein » a été élaboré. Tous les thèmes ont pris en compte et adaptés à cette nouvelle modalité de prise en charge : le parcours de soins des patients, l'anesthésie (plus légère), l'antalgie, la voie veineuse, la suppression de la sonde urinaire, la formation des personnels médicaux et paramédicaux, tout en adaptant l'articulation entre les différents intervenants. A ainsi été créé un poste d'infirmière coordinatrice dédiée dont les missions sont primordiales.

Cette professionnelle est une personne « contact » de référence pour le patient. Elle accompagne ce dernier tout au long de son parcours chirurgical, depuis le diagnostic pour le préparer à la chirurgie, jusqu'au 30^{ème} jour post-opératoire pour dépister une éventuelle complication et s'assurer du bon déroulement des choses.

Comment réagissent les patients à l'annonce de l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire ?

Pr Bernhard : Si les patients sont scrupuleusement sélectionnés, la décision est prise à trois : le chirurgien, l'anesthésiste et surtout le patient.

Naturellement, tout est mis en œuvre afin de rassurer et accompagner au mieux le malade. Lorsque nous proposons l'ambulatoire au patient, nous prenons soin d'expliquer avec pédagogie l'acte chirurgical, ses bénéfices et ses risques. Le rôle de l'infirmière de coordination est prépondérant lors de cette phase d'éducation pré-thérapeutique ainsi que dans l'organisation du parcours de soins, tel que défini par le protocole. Le suivi de ce parcours spécifique implique une parfaite collaboration entre les équipes médicales et paramédicales.

L'accent est également mis sur le lien ville-hôpital, notamment l'information du médecin traitant. Parallèlement à la mise en place de la consultation infirmière, nous avons aussi développé de nouveaux outils d'aide à la communication par la réalité virtuelle ou

l'impression en 3 dimensions. Cette technologie, qui repose sur la fabrication 3D du rein du patient, permet d'expliquer précisément à ce dernier où se situe sa tumeur et la manière dont l'opération va se dérouler. Nous espérons ainsi réduire son anxiété. Cela permet également au chirurgien de mieux planifier son acte opératoire.

Dans une très grande majorité des cas, les patients auxquels une prise en charge ambulatoire est proposée y sont tout à fait favorables. Et aujourd'hui, certains d'entre eux en font même la demande spontanément.

Quel est le processus de validation de sortie du patient ?

Pr Bernhard : L'autorisation de sortie est donnée et signée par le chirurgien et l'anesthésiste, une fois les points suivants validés par le personnel soignant :

- Le patient doit être capable de se déplacer
- Le patient doit avoir réussi à boire et à s'alimenter
- Les douleurs post-opératoires doivent être contrôlées par la prise d'antalgiques par voie orale
- Le patient ne doit avoir ni nausées ni vomissements

Un score minimum d'aptitude doit être obtenu par le patient pour que l'autorisation de sortie soit signée.

C'est alors que l'infirmière contacte l'accompagnant pour lui communiquer l'heure de sortie du patient.

Comment s'organise le suivi post-opératoire du patient ?

Pr Bernhard : L'infirmière de coordination contacte le patient par téléphone le lendemain de l'intervention pour s'assurer de son bon état de santé. Elle rappelle également aux patients les numéros d'urgence. D'autres contacts téléphoniques ont lieu à J+3, J+7, J+14 et J+30. Le patient peut également joindre l'infirmière de son propre chef afin de signaler toute difficulté.

Nous mettons actuellement en place une digitalisation du suivi des patients via une application dédiée « UroCONNECT » (Dispositif de suivi connecté et d'accompagnement du patient péri-opératoire). Cet outil doit permettre le maintien d'un lien continu entre le patient et l'équipe chirurgicale (infirmière, chirurgien et médecin traitant), mais aussi l'amélioration de l'efficacité de la coordination infirmière. ■



Zoom...

L'infirmière de coordination :

Un rôle pivot et novateur dans le parcours de soins du patient



Rencontre avec Solène Ricard, infirmière coordinatrice dans l'équipe du Pr Bernhard

« Depuis 2016, date de mise en place par le Pr BERNHARD d'un modèle de parcours de soins innovant pour la néphrectomie partielle, 123 patients ont bénéficié de cette intervention en ambulatoire (séjour hospitalier inférieur à 12 h), soit environ 18% des chirurgies conservatrices pour tumeur du rein dans notre service. Naturellement, cette nouvelle pratique de chirurgie a modifié le périmètre d'activité initial de certains soignants. En tant qu'infirmière coordonnatrice, le mien s'est enrichi de nouvelles missions.

Lors de la phase préopératoire, l'une de mes fonctions principales consiste à recevoir le patient dans le cadre d'un entretien individuel afin de planifier l'intervention.

Cet échange permet d'informer, expliquer, aider mais aussi de personnaliser la trajectoire de soin. L'entretien commence généralement par une présentation des différents acteurs du parcours de soins. Nous nous efforçons de répondre à toutes les interrogations du malade, qu'elles soient d'ordre médical, administratif, pratique ou médico-social. Nous essayons de lever ses doutes et ses appréhensions pour atténuer l'anxiété suscitée par l'intervention. Nous lui proposons une assistance pluridisciplinaire, en liaison étroite avec son entourage. L'entretien permet aussi de répondre aux éventuelles questions en cas d'inclusion dans un protocole de recherche. Pour les malades résidant loin de Bordeaux, des solutions d'hébergement temporaire à proximité du CHU peuvent être proposées. Cette entrevue prolongée constitue un moment privilégié visant à gagner la confiance du patient, mais aussi à adapter au mieux l'environnement hospitalier à ses contraintes

Je deviens alors l'interlocutrice hospitalière de référence du patient, et ce jusqu'à la fin de sa convalescence (environ J+30 après l'intervention).

La veille de l'intervention, nous contactons le patient pour refaire le point et le rassurer si nécessaire. Nous lui rappelons la liste des documents ainsi que les affaires dont il doit se munir.

Lors de la phase post-opératoire, nous réexpliquons toutes les consignes et vérifions la bonne conformité et l'exhaustivité des documents de sortie.

Après le retour du patient à son domicile, nous restons en contact avec lui via le téléphone ou l'outil numérique UroCONNECT* pour nous assurer que celui-ci va bien à toutes les étapes de sa convalescence et faciliter une réautonomisation rapide. Le patient peut joindre l'équipe à tout moment.

Cette fonction-pivot nécessite rigueur, organisation, faculté à s'adapter et à travailler en équipe.

Ce métier exige également des qualités humaines exacerbées : douceur, écoute, empathie, altérité, disponibilité... Autant de valeurs permettant de reconforter les malades et prévenir leur stress.

Ces nouvelles méthodes de travail ont modifié la vision séculaire que certains patients peuvent avoir de l'hôpital. Et pour nous, soignants, apporter confort et reconfort en plus de nos compétences médicales représente une richesse sans équivalent. »

***UroCONNECT :** Dispositif médical certifié, de classe 1, de suivi connecté et d'accompagnement du patient péri-opératoire pour la chirurgie cancérologique en urologie.



Témoignage patient Emmanuel Donnelly

Atteint d'un cancer du rein il y a dix ans, Emmanuel Donnelly a subi une néphrectomie partielle à l'hôpital européen Georges Pompidou (Paris). Aujourd'hui âgé de 64 ans, ce passionné de culture (musique, voyages, langue et civilisation arabes...) nous livre son témoignage sur la maladie.



Un pied de nez à Hadès

Où et quand ai-je rencontré ce démon ? Dans un lieu dont je ne veux pas me rappeler, à un moment dont je ne veux pas me souvenir ! C'est ma seule certitude. Mais aussi loin que ma mémoire remonte, je vois ce monstre me terroriser...

Ma première visite à l'hôpital européen Georges Pompidou date de février 2011. Il s'agissait alors de rendre visite à un ami très cher qui venait de subir l'ablation d'un rein. L'opéré était là, paisible et toujours affable. Fallait-il qu'il le soit pour après avoir usé ses culottes sur les bancs de l'école avec moi, supporté depuis plus de trente ans mes vains combats contre d'innombrables fantômes. Docteur en médecine interne, il sonde mon cœur et mes reins depuis plus de trente ans. Nous sommes amis depuis un demi-siècle. L'affection que je lui porte m'obligeait naturellement à venir lui rendre visite à ce moment si particulier. Son visage si quiet incitait au calme. Je le quittai, apaisé sur son compte. Et moi j'étais certain de ne jamais revenir au service d'urologie de l'HEGP...

Grave erreur, j'allais rapidement l'apprendre à mes dépens ! L'ennemi nous piège toujours. Il y a chez mes deux géniteurs une tradition de polypes intestinaux. Chez ma mère, l'une de ces

excroissances a dégénéré... Elle en est morte, à 52 ans. Constamment inquiet, je tiens sous sévère surveillance avec force coloscopies mon tube digestif, qui depuis quarante ans m'afflige de petites misères. En outre, cette danse du ventre est savamment orchestrée par d'irrépressibles douleurs. J'ajoute que mes vertèbres lombaires, très capricieuses, offrent souvent une diversion dans la palette des maux. Enfin, à partir de l'âge de 35 ans, aux spasmes intestinaux sont venues s'ajouter des lithiases rénales. J'ai alors découvert ce qu'était la vraie souffrance physique. Celle qu'on ne peut dominer. Celle qui vous fait hurler comme un dément.

C'est en mai 2012 que j'ai entamé mon séjour en enfer. Une crise de coliques néphrétiques - suivie de plusieurs autres en l'espace d'un mois et demi - m'a conduit aux urgences de la Pitié-Salpêtrière où une première imagerie médicale relevait une zone trouble de nature indéterminée au pôle supérieur du rein droit. Incontinent épouvanté par la perspective d'un cancer, je perdis tous mes moyens tandis qu'une douce Eurydice s'employait à m'arracher des griffes d'Hadès. Pour ce faire, il lui fallait trouver Perséphone. Elle la trouva en la personne d'un talentueux Hippocrate, non pas à Cos mais à Paris. C'est ainsi que tremblant de peur, mais soutenu par



ma femme, je me présentais au bureau du Professeur Arnaud Méjean.

Prisonnier de mes phobies, incapable de raisonner, je laissais une épouse courageuse et un urologue particulièrement habile prendre les choses en mains.

Les examens s'enchaînèrent et tandis que deux scanners, une radiographie et une IRM ne permettaient pas de préciser la nature exacte de ma tumeur, je suppliai le chirurgien, lors d'une deuxième visite, de m'opérer tant l'idée d'héberger « le Crabe » m'était insupportable. Le Professeur acquiesça. Puis, très clair dans ses explications, il détailla – autant que je pus les entendre – les aspects techniques de l'intervention.

Celle-ci eut lieu le vendredi matin 20 juillet. Lorsqu'on vint me chercher, le brancardier m'apparut comme Charon en personne et, son brancard, comme la barque devant m'emmener au royaume des âmes mortes. L'ascenseur emprunté et les couloirs traversés figurèrent dans mon esprit comme tous les fleuves de l'Enfer. Puis, je fis une halte angoissante dans une salle obscure avec d'autres malheureux. C'était le point de non-retour, la rive, tant redoutée, du Styx. À chacun on demandait de vérifier son nom et le motif de sa présence en ce lieu sinistre. Un vieux monsieur très vigoureux répondit qu'il venait pour un cancer du poumon, une dame africaine ou antillaise déclara avec courage que c'était pour un cancer du sein. Quand vint mon tour, pétrifié par l'angoisse, c'est à peine si je parvins à prononcer mon nom.

J'entrai ensuite dans le bloc opératoire où plusieurs médecins et infirmiers s'affairaient. Ne voyant pas le Professeur Méjean je paniquai intérieurement mais parvins à questionner l'anesthésiste.

Celui-ci sut me rassurer en installant une perfusion. Je regardai une dernière fois autour de moi et aperçus l'horloge murale. Enfin ce fut le néant...

Pourtant, Eurydice – toute seule à la maison – m'entendit très distinctement l'appeler à 8 h 50, moment où j'étais plongé dans les bras de Morphée tandis qu'un remarquable esculape, armé de son scalpel, exorcisait mon rein droit...

Lorsque j'ouvris les yeux, en salle de réanimation, j'appelai aussitôt mon épouse. Et une infirmière très gentille de se précipiter pour m'expliquer où j'étais et me tranquilliser. Je vis alors une autre horloge murale indiquant les onze heures. Ma convalescence me dérouta un tantinet. Je réappris à marcher, mais tel un vieillard. Je découvris, très perplexe, à quel point j'étais fatigué; incapable de faire quoi que ce soit sans l'aide bienveillante d'un aide-soignant, d'une infirmière ou du médecin.

Puis, ce fut la révélation terrible. L'urologue m'annonça deux semaines plus tard que l'analyse histologique de mon kyste avait révélé sa nature maligne. Subitement, tout s'écroulait de nouveau dans un immense abîme. Pourtant Arnaud Méjean prit toutes les peines du monde à m'expliquer que ledit cancer avait été extirpé de mon rein, que j'échappais à tout traitement. Je devais uniquement me soumettre à des contrôles réguliers. C'était tout.

Incapable de réaliser à quel point j'étais chanceux, je me noyais toujours plus profondément dans l'Achéron. Dormant et transpirant presque toute la journée, la dépression m'annihilait littéralement.

Une fois encore la merveilleuse Eurydice sauva un Orphée totalement désorienté. Un après-midi durant, elle me confia à Gonçalves, un membre de ma confrérie



portugaise, pour une promenade au milieu des arbres. Ensemble nous avons marché plus de 10 kilomètres au bois de Boulogne tout en refaisant le monde. La bonté de Gonçalo me fit un bien fou. De retour à la maison – conscient que mes jambes pouvaient toujours me porter aux quatre coins cardinaux – je réalisai soudain que le Professeur Méjean m'avait sauvé la vie. Je m'émerveillai aussi en constatant qu'à aucun moment je n'avais souffert physiquement des suites d'une opération pourtant délicate.

À la mi-septembre, je retournais au bureau avec une double appréhension. La première concernait le trajet de 21 kilomètres en vélocipède ; la seconde dépendait de l'accueil au travail. À ma grande surprise la course s'effectua facilement. En revanche, je rencontrai une tranquille indifférence au bureau. Le climat se détériora rapidement. L'incompréhension, voire l'égoïsme des collègues, suscitèrent rapidement mon ire. N'eusse été l'intervention providentielle de mon ancienne directrice, les choses auraient certainement gravement dégénéré. Je lui dois de m'avoir pris comme adjoint.

Elle m'a ainsi permis de terminer ma vie professionnelle de façon aussi agréable que paisible.

Les jours et les mois se sont succédé. La vie a repris son cours. C'est-à-dire que chevauchant Rocinante, ma vieille bicyclette d'occasion acquise auprès d'un Ottoman, j'ai continué à parcourir les rues de Paris et de sa banlieue, en tançant les chauffards, morigénant les piétons imprudents, menaçant les motards qui se croient sortis de la cuisse de Jupiter ou insultant sans relâche les poubelles au milieu des pistes cyclables et les détritiques jonchant le sol.

Que se serait-il passé si un autre que le professeur Méjean m'avait pris en charge ? Que serait-il advenu de ma personne si un Dieu – Zeus, par exemple – m'avait traité ? Eh bien ! Je serais mort !

Presque une décennie est passée. Maintenant, je n'aspire qu'à une chose, rêver ! Rejoindre à bicyclette le chevalier à la triste figure, hanter toutes « *las Españas* » d'Ibiza, de l'Alhambra jusqu'à Lisbonne et l'Algarve, en passant par les deux Castilles et les monts de Tolède... ■

**Patients, proches aidants,
vous souhaitez apporter votre témoignage sur la
maladie ou sur toute thématique de votre choix ?**

Contactez-nous pour partager votre expérience !

asso-artur@artur-rein.org



Le 13 avril 2022 a eu lieu la 15^{ème} édition de la Rencontre Patients :
Pour ceux qui n'ont pas eu la possibilité d'y participer, n'hésitez pas à consulter les vidéos et les comptes-rendus disponibles sur le site d'A.R.Tu.R.. Ils viendront compléter quelques sujets de cette publication, notamment celui sur les effets secondaires.

Le 16 juin 2022 aura lieu la Journée mondiale du cancer du rein :
L'IKCC a choisi comme thème pour cette journée « Nous devons parler des options de traitement ». Dans ce cadre, A.R.Tu.R. organisera le 13 juin 2022 une table ronde de 10h à 12h30 en présentiel et en visioconférence Zoom. Vous pouvez vous inscrire dès à présent sur le site d'A.R.Tu.R..

Le 24 juin 2022, une conférence grand public sur le cancer du rein aura lieu au Centre Universitaire Méditerranéen, situé 65 Promenade des Anglais à Nice. A.R.Tu.R. sera présent !
Vous trouverez sur le site d'A.R.Tu.R. les instructions pour vous inscrire à cet événement.

A.R.Tu.R.

9, rue Nicolas Charlet
75 015 Paris



01 83 81 80 82



<https://artur-rein.org/>



[@AssoARTuR](https://twitter.com/AssoARTuR)



asso-artur@artur-rein.org

Adressez-nous un e-mail :

- Pour tout renseignement sur l'adhésion, le don ou le bénévolat
- Réagissez à A.R.Tu.R. & vous. Faites-nous part de vos commentaires et suggestions !