

Objectifcœur

trimestriel n° 57 | juin 2018 | Bureau de dépôt Liège X | P 401039

FONDS POUR LA CHIRURGIE CARDIAQUE
progresser par la recherche



DOSSIER

Coeur de femme

- 3 Le coeur plus fragile des femmes
- 7 Témoignage: un coeur plein de gratitude
- 10 Les sucres sous toutes leurs formes
- 12 Grâce à votre soutien en 2017
- 14 Campagne #jesoutiensle♥desfemmes



EDITO

Chers amis lecteurs,

La première cause de mortalité féminine n'est pas celle que l'on croit. Les maladies cardiovasculaires tuent 7 fois plus de femmes que le cancer du sein et bien plus de femmes (56%) que d'hommes (46%), des chiffres qui démentent un cliché à la vie dure selon lequel l'infarctus du myocarde serait une maladie masculine caractéristique des hommes stressés au travail.

Votre Fonds s'est donc engagé à soutenir une recherche innovante, qui prenne en compte les spécificités du cœur féminin et lance un appel à projets dans toutes les universités du pays.

Par ailleurs, votre Fonds lance, avec le soutien de l'agence BBDO, une campagne de sensibilisation du grand public et des acteurs de santé à ce problème crucial de santé publique : affiches, hashtag, sticker sur Instagram et interview du Professeur Berkenboom dans Objectif Cœur en sont les outils principaux de la première vague.

Témoignage : 47 ans après l'opération de sa fille, une maman exprime sa reconnaissance infinie envers les médecins et les chercheurs qui ont sauvé son enfant.

Nicolas Guggenbühl revient sur notre consommation excessive de sucres, pointée du doigt aussi pour ses effets néfastes au niveau cardiovasculaire...et nous dit que penser des sucres «tendance» comme l'agave, le coco, le rapadura...

2017 a vu se confirmer, une fois de plus, votre indéfectible engagement vis-à-vis de la recherche cardiovasculaire: retour sur votre soutien financier, le bilan de l'année et les projets à subsidier en 2018.

Avec toute notre reconnaissance pour votre fidélité,

Professeur Jean-Louis Leclerc,
Président.

Rédacteur en chef: Jean-Louis Leclerc

Ont participé à ce numéro: Simone Bronitz (Upsilon), Eliane Fourré, Nicolas Guggenbühl, Pr Jean-Louis Leclerc, Jean-Paul Vankeerberghen, Pr Pierre Viart

Les articles n'engagent que leurs auteurs. Les textes édités par le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque ne peuvent être reproduits qu'avec l'accord écrit et préalable de l'asbl, à condition de mentionner la source, l'adresse et la date.

Conception graphique: rumeurs.be

Mise en page: Eliane Fourré

Traduction: Dr Marc Sertyn

Crédits photographiques: Frieke Janssens (couv); Fotolia: Drobot Dean (p 3), sylvaine thomas (p 7), strekalova (p 9), MNStudio (p 10), Alexander (p 11), WavebreakmediaMicro (p12).

Distribution: Maria Franco Diaz

Fonds pour la Chirurgie Cardiaque asbl

NBCE 0420 805 893
rue Tenbosch 11 - 1000 Bruxelles
T. 02 644 35 44 - F. 02 640 33 02
info@hart-chirurgie-cardiaque.org
www.fondspourlachirurgiecardiaque.be

Conseil d'Administration

Pr Georges Primo, Président honoraire
Pr Jean-Louis Leclerc, Président
Pr Pierre Wauthy, Administrateur délégué
Mr Etienne Heilporn
Mr Philippe Van Halteren
Pr Pierre Viart

Errata Objectif Cœur 46: le Docteur Segers a été nommé par erreur auteur des interviews du Dr Mosala Nezhad. Toutes nos excuses au Docteur Stenier qui a bien rédigé ces 2 articles.

Nos publications

disponibles sur simple demande
(également en néerlandais)

.....
Collection "Votre cœur apprivoisé"

Le risque cardiovasculaire (2006)

Le cholestérol (2006)

Le diabète (2007)

L'hypertension (2011)

.....
Trimestriel Objectif Cœur

avec le soutien de



Le coeur plus fragile des femmes

| par Jean-Paul VANKEERBERGHEN, journaliste médical

Un cœur n'est pas l'autre. Et la maladie cardiovasculaire peut prendre des visages différents en fonction du sexe du malade.

Notre système de soins n'en prend pas toujours assez compte: soit par la force des habitudes, soit parce que certains phénomènes ne sont pas encore bien connus.

Bonne nouvelle : nous mourons moins qu'avant de maladies cardiovasculaires. En effet, en 2000, on comptait encore 38.046 décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire en Belgique.

En 2015, ce chiffre avait été ramené à 31.333, en réalité depuis 2011 il stagne autour de 31.000. En fait ce chiffre cache une différence importante entre les sexes. Les femmes meurent beaucoup plus de ce type de maladies que les hommes : 17.179 femmes en ont été victimes en 2015, contre 14.154 hommes.

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de mortalité chez les femmes, tandis qu'elles arrivent en deuxième position, derrière les cancers, chez les hommes.

Une évolution assez récente indique aussi que ces affections se déclarent plus tôt qu'auparavant chez les femmes. Selon des statistiques françaises, plus de 11% des femmes victimes d'un infarctus du myocarde ont moins de 50 ans, alors qu'elles n'étaient que 4% en 1995. Toujours en France, de 2002 à 2008, le nombre d'hospitalisation pour infarctus

a baissé dans toutes les classes d'âge chez les hommes. Tandis qu'il a fortement progressé chez les femmes jeunes : de 14,6% chez les femmes de 35 à 44 ans et de 17,9% chez les femmes de 45 à 54 ans.

Comment expliquer la plus grande vulnérabilité du cœur des femmes ?

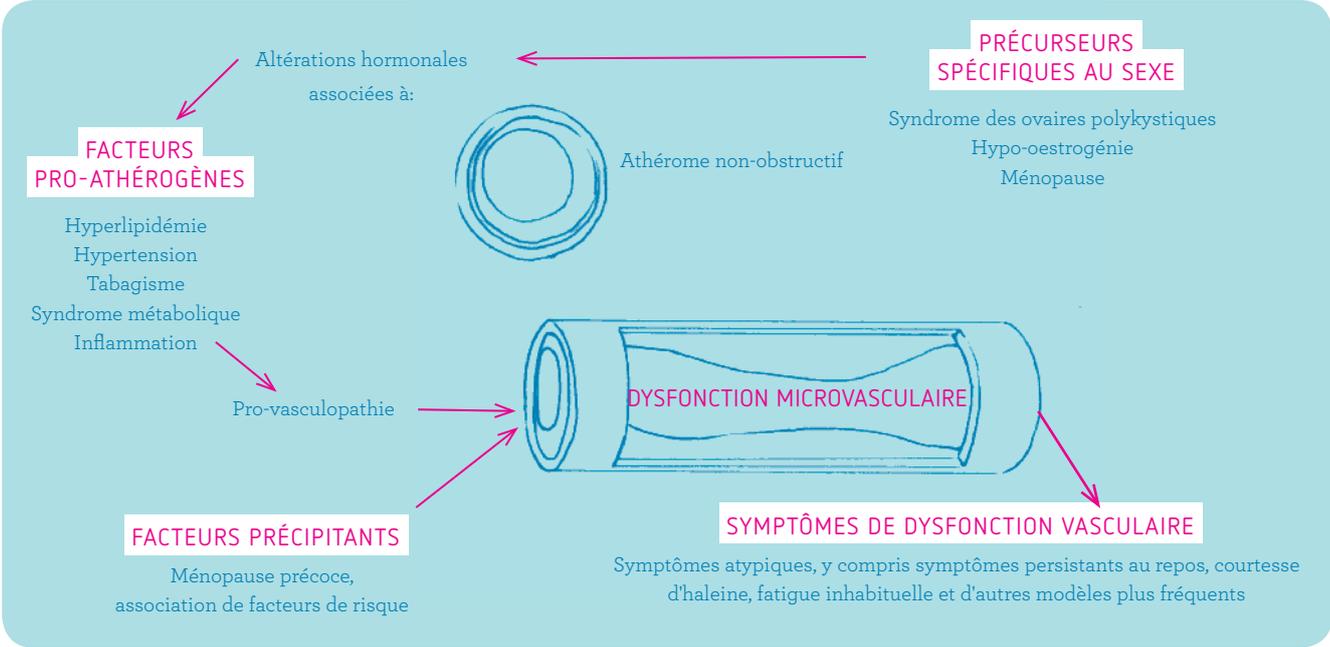
Plusieurs facteurs interviennent. L'accroissement du nombre de jeunes femmes atteintes est probablement lié à des changements dans leur mode de vie: tabagisme, obésité et surtout stress. A quoi s'ajoute, ou se combine, la précarité (mères seules avec enfant, emplois précaires...) qui frappe un nombre significatif de femmes jeunes.

La ménopause

Il y a aussi des différences physiologiques. Les artères des femmes sont en général, plus fines et plus aptes à la vasoconstriction ce qui complique parfois les interventions chirurgicales.

La ménopause est une étape cruciale pour la santé cardiovasculaire de la femme. La baisse de la production des

FIGURE : La pathologie vasculaire chez la femme chez qui la lésion athéromateuse classique est moins fréquente.



Professeur Guy Berkenboom, cardiologue au CHU Erasme

hormones, œstrogènes et progestérones, augmente les risques de maladies du cœur. A la ménopause, les femmes ont tendance à prendre du poids, à voir croître leur taux de mauvais cholestérol et de triglycérides, à développer un diabète, à voir monter leur pression artérielle. Toutes choses qui favorisent l'athérosclérose. Et comme les femmes vivent de plus en plus longtemps après la ménopause, les risques s'accroissent.

« Avant la ménopause, la femme bénéficie d'une protection hormonale, note le Dr Guy Berkenboom, chef de clinique en cardiologie à l'hôpital Erasme (ULB). Il faut aussi rappeler que l'incidence de la sédentarité, de l'obésité et du tabagisme – plus fréquente chez les femmes qu'auparavant – joue un rôle dans la pathologie coronarienne. »

On observe aussi que les mécanismes responsables des syndromes coronariens aigus (infarctus, angor instable....) ne sont pas les mêmes que chez l'homme. « Les femmes sont moins sujettes à la rupture de plaque que les hommes, précise Guy Berkenboom. En

revanche, on observe plus souvent chez la femme une érosion endothéliale de la paroi, sans plaque athéromateuse classique et responsable de thromboses qui peuvent être fatales. En outre, on décrit plus fréquemment chez la femme une dissection spontanée d'une artère coronaire. » Cette dissection est une déchirure qui se produit dans la paroi de l'artère coronaire. Du sang s'y accumule et comprime la lumière de l'artère ce qui induit une (sub)occlusion de la coronaire. Entre 80 et 90% de ces dissections surviennent souvent entre 30 et 60 ans chez la femme.

.....
 « Le système nerveux sympathique qui active la pression artérielle et la fréquence cardiaque, est sensible au stress, à l'isolement social, à la précarité, à la cigarette et à l'environnement hormonal. »

Une affaire de microcirculation
 Le Docteur Berkenboom insiste particulièrement sur les gros problèmes suscités par une affection encore mal reconnue, la dysfonction microvasculaire



coronarienne, difficile à diagnostiquer et plus fréquente chez la femme.

C'est un phénomène piégeant pour le médecin consulté par une patiente se plaignant de symptômes classiques de précordialgies. A l'examen, par coronarographie notamment, les artères coronaires paraissent normales. On ne voit pas de plaques d'athérome qui entravent la circulation du sang. En fait, le flux sanguin irrigant le cœur est altéré au niveau de la microcirculation, qui ne peut pas être explorée par la coronarographie. Le risque est qu'on minimise le problème ou qu'on ne réagisse pas suffisamment vite lors d'un épisode aigu.

Pour éviter cela, si le patient présente des signes d'ischémie myocardique à l'épreuve d'effort, il faut aller plus loin, recourir à des techniques diagnostiques plus sophistiquées comme la résonance magnétique ou le cyclotron. Et essayer des médicaments connus pour leur efficacité en prévention secondaire, comme les statines ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine. Les traitements de revascularisation comme l'angioplastie et la chirurgie sont en effet impossibles à ce niveau.

Un mal insidieux

→ Les maladies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité dans la population globale, aussi bien en Belgique qu'en Europe.

Sur les 31.000 décès annuels, environ 9.500 sont dus à un accident vasculaire cérébral (AVC), 8.000 à un infarctus de myocarde et 6.000 à une insuffisance cardiaque.

Mais avant l'issue fatale, les maladies vasculaires se développent sournoisement sous forme de maladies chroniques.

Ce sont des affections insidieuses parce que la personne qui en est atteinte n'en a souvent pas conscience pendant des années.

Plusieurs facteurs de risque importants sont sous-diagnostiqués. Si on compte 250.000 diabétiques de type 2 diagnostiqués en Belgique, les épidémiologistes estiment qu'il y en a en réalité au moins le double.

Même constat pour l'hypertension artérielle : 1.200.000 hypertendus connus mais à peu près autant qui ne le sont pas.

Quant au cholestérol, son taux dans le sang est trop élevé chez quelque 5.000.000 de Belges, estime-t-on, mais seulement 1.250.000 en sont conscients.

Ajoutons-y 3.300.000 Belges en surcharge pondérale ou obèses, 2.800.000 fumeurs quotidiens et 4.000.000 de personnes qui ont une activité physique insuffisante.

Ces facteurs concourent au fait que les maladies cardiovasculaires sont souvent diagnostiquées tardivement.

Des mesures de détection simples (prise de sang et mesure de la pression artérielle annuelles) pourraient contribuer à réduire la morbidité et la mortalité, de même, évidemment, qu'une meilleure hygiène de vie.

Faute d'une bonne connaissance du dysfonctionnement microvasculaire, des médecins peuvent s'orienter vers un diagnostic non cardiaque, par exemple de l'angoisse, des névralgies intercostales..., et prescrire en conséquence des médicaments anxiolytiques et/ ou antalgiques. Mais les crises d'angor se répètent, conduisant à de nouveaux examens ou hospitalisations et à des retards dans une prise en charge efficace.

.....
 «La méconnaissance des risques et des symptômes entraîne actuellement un retard de diagnostic aux conséquences dramatiques.»

Quelles sont les causes de ce dysfonctionnement microvasculaire ?

Les facteurs de risque classiques d'affections cardiovasculaires (notamment l'hypertension artérielle, l'hyperlipidémie, le diabète et le tabagisme) jouent sans aucun doute un rôle important. Mais d'autres mécanismes semblent incriminés (dysfonction du muscle lisse vasculaire, l'inflammation ...), et restent mal connus.

Le Docteur Noël Bairey Merz, avec son équipe du Centre du Coeur des Femmes de Barbara Streisand, à l'Institut du Coeur de Cèdre-Sinai (Los Angeles), est un des pionniers de l'étude des particularités féminines de la santé cardiaque. Une de ses recherches récentes le conduit à présumer que le stress émotionnel est un des facteurs déclencheurs de dysfonctionnement microvasculaire.

Cette atteinte microvasculaire est responsable à long terme de l'apparition d'insuffisance cardiaque diastolique: le ventricule gauche se contracte normalement mais sa phase de remplissage est altérée.

Des études notamment lancées par l'ESC (European Society of Cardiology) tentent de déterminer l'approche thérapeutique la plus adéquate pour éviter

cette évolution péjorative vers l'insuffisance cardiaque diastolique.

Des lacunes à combler

La santé cardiaque des femmes reste un domaine où des lacunes subsistent. C'est le cas de la formation des médecins. Même si un gros effort a été fait ces dernières années pour les sensibiliser, une partie d'entre eux reste encore influencée par une formation qui minimisait les risques cardiovasculaires chez les femmes, notamment en raison de la protection que pouvaient leur apporter les hormones avant la ménopause.

Chez la femme : les signes d'un angor ou d'un infarctus sont plus atypiques. Cette absence de symptôme caractéristique peut égarer les médecins consultés, mais elle pousse aussi les femmes à retarder une consultation ou un appel aux services d'urgence, croyant que ces manifestations sont plutôt liées au stress ou à la fatigue.

Enfin, plusieurs études ont montré qu'après un infarctus les femmes bénéficiaient parfois de soins au long cours de moindre qualité que les hommes.

Des médicaments recommandés leur sont moins souvent prescrits à la sortie de l'hospitalisation, alors que les recommandations européennes ou américaines ne font aucune différence en fonction du sexe.

Une enquête américaine des Centers for Disease Control, portant sur près de 30.000 consultations, indique que les femmes ne bénéficient pas des mêmes conseils d'hygiène de vie que les hommes. A peine 10% d'entre elles avaient un bon contrôle de leur cholestérol. Et elles participaient moins souvent à une rééducation cardiaque après un événement coronaire, malgré les bénéfices prouvés sur la qualité de vie et la mortalité. ■

→ Quand elles finissent par être prises en charge, le réseau coronarien des femmes, plus fin que celui des hommes, est souvent déjà très abîmé.



Un coeur plein de gratitude

| par Eliane FOURRÉ

Rose m'accueille en gare de Knokke. Je la rencontre pour coucher sur papier une tranche sensible de sa vie et, entre les lignes, les raisons de sa gratitude infinie envers les médecins.

Nous marchons côte à côte. Elle raconte en chemin. Un récit de souvenirs éparés qui met en lumière les défis relevés par la médecine et ses progrès récents, parallèlement aux épreuves qui ont fait d'elle une femme bien campée, du moins en apparence.

Hiver 1971. A-Z Sint-Elisabeth de Zottegem.

Rose, 28 ans, met au monde sa troisième fille que nous appellerons ici, Annie. Un magnifique bébé de 2,8 kg pour 49 cm.

C'était un vendredi, c'était hier. Dès la première nuit, la respiration accélérée du nourrisson inquiète la maman. Au petit matin, le teint du bébé a viré au gris bleuté. De l'oxygène lui est immédiatement administré mais la cyanose ne répond que faiblement et l'enfant est transporté d'urgence à l'Hôpital Saint-Pierre à Bruxelles où les pédiatres, les Docteurs Gallez et Viart, prescrivent une radiographie du thorax et un cathétérisme cardiaque : une transposition des gros vaisseaux est diagnostiquée (à cette époque l'échocardiographie, technique totalement non invasive qui permet un diagnostic rigoureux quasi instantané, n'existait pas encore).

→ La transposition des gros vaisseaux consiste en une implantation inversée des vaisseaux sortant des ventricules: l'artère pulmonaire s'implante sur le ventricule gauche tandis que l'aorte s'implante sur

le ventricule droit. Le sang désoxygéné en provenance du corps via les veines caves est renvoyé vers le corps via l'aorte tandis que le sang oxygéné en provenance des poumons est renvoyé vers les poumons. Il y a donc deux circuits indépendants l'un de l'autre et inefficaces quant à l'oxygénation des différents organes.

Les causes de cette malformation congénitale ne sont pas connues mais un syndrome génétique peut parfois en expliquer l'origine. Il est possible aujourd'hui d'en faire le diagnostic in utero ce qui présente l'avantage de permettre l'organisation de la naissance de l'enfant dans un centre où il peut être pris en charge immédiatement. De plus, la prostaglandine et une intervention par ballonnet permettent actuellement de stabiliser le bébé en attendant l'intervention.

Avant la naissance, c'est le placenta qui oxygène le sang du fœtus et non ses propres poumons. Par ailleurs, pendant la vie fœtale, deux communications intracardiaques sont normalement présentes: une communication interauriculaire (entre les oreillettes) et le canal artériel (entre

Annie,
après la seconde
opération de son cœur
1975



→ La transposition des gros vaisseaux est aujourd'hui diagnostiquée in utero et corrigée à la fin de la première semaine de vie.

l'aorte et l'artère pulmonaire), toutes deux nécessaires à la circulation "normale" chez le fœtus.

La présence naturelle de ces communications avant la naissance permet au fœtus porteur d'une transposition des gros vaisseaux d'être oxygéné correctement et donc de se développer harmonieusement, de sorte que l'enfant naît le plus souvent avec une taille et un poids normaux.

A la naissance, les poumons doivent devenir les 'oxygénateurs' du sang. En présence d'une transposition des gros vaisseaux, le sang oxygéné en provenance des poumons est renvoyé aux poumons au lieu d'être envoyé vers le corps. L'aorte ne reçoit que du sang désoxygéné en provenance des veines caves. L'enfant est donc très cyanosé. Néanmoins, les premières heures de vie, cette cyanose peut être moindre par la persistance du canal artériel et de la communication entre les oreillettes (foramen ovale) permettant un certain mélange entre le sang désoxygéné et oxygéné. Cependant, ces deux orifices ont tendance à se fermer rapidement.

L'enfant devient alors extrêmement cyanosé signe d'un manque d'oxygénation et d'un mauvais fonctionnement des différents organes. En l'absence de traitement approprié effectué rapidement, l'issue est fatale.

Le lundi matin, notre petite Annie est confiée au service de chirurgie cardiaque de l'Hôpital Brugmann où le Professeur Georges Primo et son équipe l'opèrent et créent chirurgicalement une communication interauriculaire (selon la technique de Blalock-Hanlon) rétablissant ainsi le mélange sang oxygéné et désoxygéné. L'opération se passe bien, mais elle n'est pas définitive. Annie devra être réopérée vers l'âge de 2 ans et demi.

La petite est transportée à l'Hôpital Saint-Pierre. Les jours qui suivent sont éprouvants, le bébé est épuisé. Ses parents aussi. La nuit de Noël, Rose et son mari craignent de perdre leur enfant. L'évocation de cette période sombre submerge Rose d'émotion. Elle se souvient « Mon bébé me paraissait si fragile que je n'osais la prendre dans mes bras ».



Jusqu'à la seconde opération du cœur, le bébé est régulièrement hospitalisé pour divers problèmes (canal lacrymal bouché, ongles blancs...). La vie s'organise autour de "la petite cardiaque", l'équilibre familial aussi est affecté. L'angoisse des parents pèse et les pousse à surprotéger l'enfant. Comment cette période chahutée est-elle vécue par l'enfant ? Et par ses sœurs, respectivement ses aînées de 7 et 2 ans ?

Rose me tend la photo d'un petit bout de chou pétillant, les bras croisés à côté d'un arbre de Noël, qui offre au photographe son visage lumineux et son sourire malicieux, mignonne à croquer !

Printemps 1974. Hôpital Universitaire Brugmann à Bruxelles.

Un site que Rose connaît par cœur pour l'avoir arpenté en tous sens... La petite Annie entre au service de chirurgie cardiaque pour y subir une correction complète de sa transposition des gros vaisseaux. Une opération à cœur ouvert sous circulation extra-corporelle est réalisée par le Professeur Primo et ses collaborateurs, les chirurgiens J.-L. Leclerc et F. Wellens.

→ Entre les années 60 et la fin des années 70, le principal traitement chirurgical appliqué pour les transpositions des gros vaisseaux est d'inverser les flux veineux selon la technique de Mustard. Des cloisonnements artificiels permettent de détourner le sang (désoxygéné) qui vient des veines caves vers l'oreillette gauche afin de l'amener vers l'artère pulmonaire, et inversement le sang (oxygéné) qui arrive par la veine pulmonaire vers l'oreillette droite afin de le diriger vers l'aorte.

Dix jours après la chirurgie, la fillette est autorisée à quitter l'hôpital sans traitement médical particulier.

Fin de l'histoire?

Pas tout à fait. La vie familiale est rythmée par le suivi médical régulier de l'enfant. Rose renonce à travailler durant 8 ans. Annie a une santé fragile. La fillette

est suivie par un orthopédiste pour des problèmes de croissance différentielle qui seraient responsables de chutes à répétition vers 3 -4 ans. Elle est opérée de l'appendicite à l'âge de 9 ans.

La famille quitte les environs de Bruxelles où travaillent les parents pour s'installer à la côte belge où l'enfant semble mieux se porter.

Adolescente, Annie est rapatriée d'urgence pour des problèmes respiratoires lors de vacances en haute montagne.

Des incidents de parcours qui n'empêchent pas la jeune fille de terminer ses études en hôtellerie-restauration après le secondaire même si sa santé ne lui permet pas de pratiquer très longtemps ce métier fatigant.

Annie aura bientôt 46 ans, elle est mariée et sans enfant, s'occupe beaucoup de ses neveu et nièce, voyage régulièrement. Son cœur lui permet de mener une vie presque normale s'il ne lui demandait un suivi médical que Rose espère régulier.

Car la santé d'Annie est devenue son jardin très secret, comme par souci de protéger sa maman et mettre à distance ses inquiétudes.

De son côté, Rose nourrit au fil des années une reconnaissance infinie envers les médecins qui ont redonné la vie à son enfant et soutient depuis lors l'action de notre Fonds.

→ Que de progrès depuis la première opération d'Annie! La transposition des grands vaisseaux est désormais diagnostiquée prénatalement, la prise en charge cardiologique s'effectue en salle d'accouchement et l'intervention correctrice a lieu en première intention en fin de première semaine de vie... Que de soucis évités désormais aux familles!

Le calvaire de Rose n'a heureusement plus de raison d'être, son enfant a pu être sauvée malgré des moyens diagnostiques agressifs et limités, grâce à un savoir faire chirurgical exceptionnel. Rose fait donc partie des parents pionniers de la chirurgie cardiaque congénitale... ■



Les sucres sous toutes leurs formes

Les sucres sont source d'énergie, ils flattent nos papilles. Ils sont si plaisants qu'ils occupent une place importante dans notre alimentation, voire préoccupante, y compris pour la santé du cœur. Faisons le point sur les sucres à garder et les sucres à limiter.

→ par Nicolas Guggenbühl, Diététicien Nutritionniste

Dans l'organisme, il ne circule qu'un seul sucre : le glucose. C'est le carburant exclusif pour le cerveau, et une source d'énergie de choix pour les muscles. Il peut provenir de n'importe quel glucide, dont les sucres font partie. Les sucres sont de petites molécules, constituées d'un ou de deux sucres simples. Il s'agit surtout du glucose, du fructose et du saccharose, qui se trouvent dans les fruits, le miel, ainsi que du lactose, le sucre du lait. Ces sucres naturellement présents sont les mêmes molécules que ce que l'on appelle les sucres ajoutés, c'est-à-dire qui sont ajoutés aux denrées pour leur propriété édulcorante. Ils comprennent le sucre raffiné, mais aussi la cassonade, le miel, les concentrés de fruits (comme le sirop de Liège), ainsi que certains sucres « tendance », comme le sucre de coco ou le sirop d'agave.

Dans une alimentation qui comporte 2 à 3 portions de fruits et 2 à 3 produits laitiers, les sucres naturellement présents ne posent pas de problème. C'est bien de la consommation de sucres

ajoutés dont il faut se méfier : que ce soit le sucre que l'on utilise à la maison, mais aussi les sucres utilisés dans les boissons, la confiserie, les biscuits, les pâtisseries...

Quelques sucres tendance

- Sirop d'agave : il provient du jus concentré d'un cactus, l'agave. Il est très riche en fructose.
- Sucre de coco : ou sucre de palme, il vient de la sève des fleurs du cocotier. Il contient aussi une proportion élevée de fructose.
- Le sirop d'érable : issu de la sève de certaines variétés d'érable, il est riche en saccharose, tout comme la betterave.
- Le rapadura : c'est un sucre de canne intégral, c'est-à-dire non raffiné. En pratique, c'est du sucre (du saccharose), son apport en vitamines et minéraux est négligeable.

Ces sucres sont souvent utilisés comme alternative au sucre de betterave, alors qu'en réalité, il s'agit bel et bien de sucres. Or, tous les sucres fournissent le

même apport énergétique, à savoir 4 kcal par gramme. Et la proportion élevée de fructose dans certains d'entre eux n'est pas vraiment un avantage, contrairement à ce que l'on a cru pendant longtemps.

Les désillusions du fructose

Si le fructose a eu des années de gloire, ce n'est pas parce qu'il s'agit DU sucre des fruits, comme y fait référence son nom. Car les fruits contiennent certes du fructose, mais aussi du glucose et du saccharose. Mais c'est parce que ce sucre n'a qu'un très faible impact sur le taux de sucre dans le sang ou glycémie. Cette propriété a été très exploitée en cas de diabète, jusqu'au moment où l'on a découvert une autre face, nettement moins intéressante, du fructose : en effet, à défaut d'augmenter le taux de sucre dans le sang, il est transformé très facilement en graisse. Avec toute une série de conséquences néfastes sur la santé : excès de poids, risque cardiovasculaire accru... Or le fructose se trouve en quantité importante dans ce qui est désormais devenu le sucre

ajouté le plus important à l'échelle mondiale : le sirop de glucose riche en fructose. Celui-ci est obtenu au départ du maïs, dont l'amidon (qui n'a pas de saveur sucrée) est hydrolysé en glucose. Ensuite, une partie (plus de 50 %) de ce glucose est transformée par des enzymes spécifiques en fructose. La science a attiré l'attention sur les nombreux méfaits imputables à une surconsommation de sucres ajoutés, notamment de fructose. Et tant l'Organisation Mondiale de la Santé que de nombreuses instances de santé nationales considèrent la limitation de la consommation de sucres ajoutés comme un objectif nutritionnel de premier plan. Précisons toutefois que les sucres, même ajoutés, ne sont pas, en soi, un poison. Seul l'excès de sucres ajoutés pose problème.

Combien de sucres ajoutés puis-je raisonnablement consommer ?

Les recommandations nutritionnelles de nombreux pays sont assez homogènes

dans cette matière : elles fixent la limite à maximum 10 % des apports énergétiques totaux. Cela signifie, pour une



Selon l'OMS, les sucres ne doivent pas dépasser 5% des apports énergétiques

femme adulte qui a besoin de 2000 kcal par jour, que la quantité maximale de sucres ajoutés qui peut être consommée chaque jour est de 200 kcal, soit 50 grammes, ou l'équivalent de 8,3 morceaux de sucre. Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé sont plus sévères. D'une part parce qu'elles incluent, dans les sucres à limiter (appelés sucres libres), les sucres venant des jus de fruits. Et d'autre part parce qu'elle émet 2 niveaux de recommandation : un à max 10 % de l'énergie, mais avec un objectif qui consiste idéalement à ne pas dépasser 5 % de l'énergie.

Des étiquettes pas si claires

Reste que ces recommandations ne sont pas simples à mettre en pratique, parce que les étiquettes ne renseignent pas sur la quantité de sucres ajoutés dans un produit, mais sur celle des sucres totaux. Dans le cas d'un soft-drink, on peut considérer que tous les sucres mentionnés sur l'étiquette sont des sucres ajoutés. Mais dans la plupart des denrées, par exemple un yaourt aux fruits, se trouvent tant des sucres ajoutés que des sucres naturellement présents, et il n'est pas possible de faire la distinction entre les deux. Puisque les recommandations nutritionnelles portent sur les sucres ajoutés, il serait légitime de disposer de cette information sur les étiquettes, à la place (ou aux côtés) de celle des sucres totaux, ce qui n'est actuellement pas le cas. La lecture de la liste d'ingrédients permet toutefois d'identifier la présence de sucres ajoutés, mais sans en donner la teneur.✱

www.foodinaction.com

A TABLE !

SUPER SMOOTHIE MATINAL

POUR 4 PERSONNES

Ingrédients

- 2 bananes
- 200 g d'un mélange de fruits rouges (frais ou surgelés)
- 500 ml de yaourt
- 100 g d'amandes en poudre

Préparation

À l'aide d'un blender, mixez la banane avec les fruits rouges, le yaourt et les amandes.

Suggestion

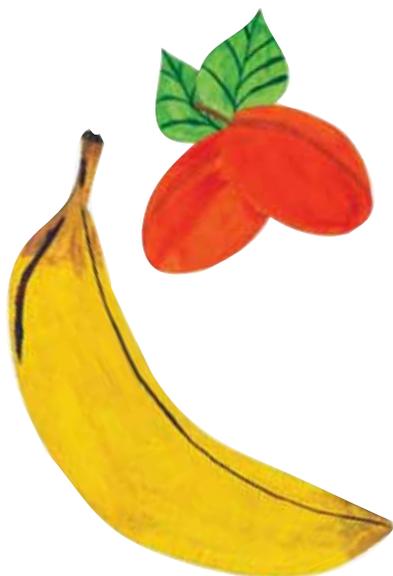
Remplacez les fruits rouges par des fruits de saison. Selon les goûts, ajouter un peu de coco râpé.

Composition nutritionnelle par portion

Énergie	300 kcal / 1261 KJ
Graisses	16,6 g
Acides gras saturés	3,9 g
Glucides	23,6 g
Sucres	20,6 g
Protéines	11,2 g
Fibres	6,5 g

→ Côté nutrition

Ce smoothie est sans sucres ajoutés, il ne contient que les sucres naturellement présents dans les fruits et le yaourt. C'est une façon aisée de consommer des fruits et un produit laitier au petit-déjeuner.





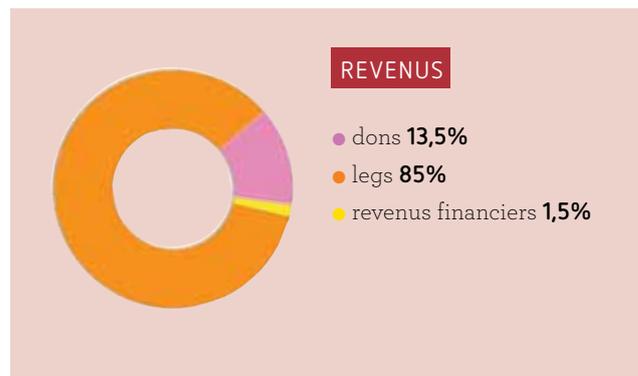
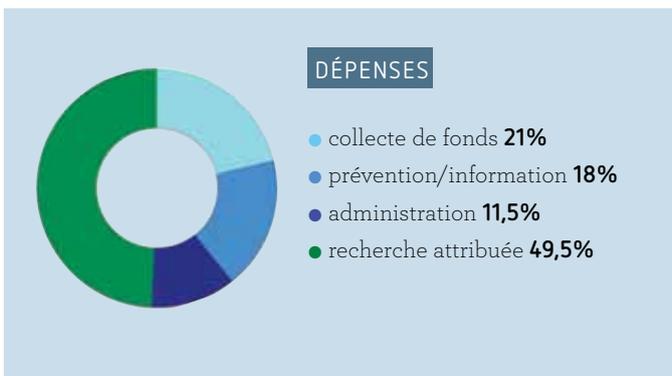
Progresser par la recherche grâce à votre soutien

EN QUELQUES CHIFFRES

Budget réservé en 2017 au subventionnement des projets de recherche: **294.000 €**

Sélection **15 projets < 5 universités**

Montant moyen accordé: **19.600 €**



C'est grâce à votre soutien indéfectible que le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque se consacre, depuis 1980, à soutenir la recherche académique en cardiologie médico-chirurgicale dans notre pays.

Les maladies cardiovasculaires restent à ce jour la première cause de décès dans notre pays (28,4 % de l'ensemble des causes de décès), devant les tumeurs (25,9 % de l'ensemble) et les maladies de l'appareil respiratoire.¹

¹ www.statbel.fgov.be

Vous avez, l'année dernière, à nouveau confirmé votre détermination à soutenir les travaux de nos chercheurs: le montant des dons récoltés en est le reflet. Votre Fonds a également bénéficié, en 2017, de legs substantiels. Vu les droits de succession réduits perçus sur ceux-ci, la majeure partie des fonds légués peut être consacrée à la recherche.

.....
 "Le système du legs en duo, fort avantageux pour les bénéficiaires indirects grâce à une optimisation fiscale des droits de succession, rencontre un beau succès auprès des personnes sans enfant et sans héritier direct."

La recherche scientifique pourrait contribuer à de meilleures chances de survie si les budgets en Belgique n'étaient toujours plus limités.

Nombre d'entre vous le savent mieux que quiconque, vous qui avez craint pour votre vie et l'avez remise entre les mains de médecins et de chirurgiens qui consacrent leur vie à tenter de sauver celle de leurs patients.

Prévention cardiovasculaire, thérapie cellulaire, transplantation cardiaque, maladies orphelines, revalidation cardiaque, traitements chirurgicaux, cardiologie pédiatrique et congénitale... les champs d'investigations pour améliorer les soins prodigués aux patients cardiaques sont nombreux. Toutes les contributions sont bienvenues. Si vous souhaitez soutenir un domaine ou un projet en particulier, indiquez-le dans la communication de votre don.

Nous sommes fiers d'avoir financé en 2017, 12 projets dans 5 universités du pays (KUL, UMon, ULB, ULg, UGent) pour un budget de 294.000 €. Parmi eux, relevons:

- une étude des répercussions du

+ de projets financés sur
www.fondspourlachirurgiecardiaque.be

→ Votre détermination et
 votre générosité font progresser
 la recherche médicale
 au bénéfice des patients
 cardiaques. Soyez-en remerciés
 très chaleureusement.

choc septique sur la qualité de l'apport en oxygène au muscle cardiaque (Dr Céline Boudart, anesthésiste à l'ULB)

- l'achat d'un tout nouvel échographe pour mener à bien une série de projets originaux notamment dans les domaines de l'imagerie de torsion, des cardiomyopathies, et de la prédisposition à l'hypertension artérielle pulmonaire (laboratoire de cardiologie de l'ULB)
- une étude sur l'amélioration du traitement anticoagulant des patients sous oxygénation extra-corporelle (Dr Christophe Vandembrielle, KUL),
- une recherche sur les mécanismes à l'origine de l'endocardite infectieuse (Dr Thomas Vannassche, KUL).

Sans oublier le Prix Jacqueline Bernheim (25.000 €) qui a récompensé en 2017 son 19^{ème} lauréat, le docteur Philippe Bertrand, pour ses recherches à l'Université de Hasselt sur le traitement hautement personnalisé de l'insuffisance mitrale fonctionnelle, une affection qui concerne 20 à 25 % des patients ayant subi un infarctus et presque 50% des patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive.

Chez ces patients, l'appareil sous valvulaire exerce trop de traction sur les valvules de sorte que la valve mitrale ne ferme plus suffisamment lors de la systole. L'ambition du chercheur est de pouvoir déterminer le type de traitement qui donnera les meilleurs résultats en fonction de l'anatomie spécifique du patient.

Bilan financier

Nos dépenses restent sous contrôle. Elles ont été affectées pour 49% à la recherche, pour 18% à l'information et la promotion de la santé (publications), 21% à la collecte de fonds (impressions et publipostages) et 11,5% à l'administration.

Les frais de personnel (soit 1,9 ETP) sont répartis entre ces 3 derniers postes. Quant aux mandats des

administrateurs, ils sont toujours exercés à titre gracieux.

.....

Bilan annuel et comptes résumés sur www.fondspourlachirurgiecardiaque.be

.....

Outre l'envoi personnalisé de notre trimestriel d'information sur les recherches financées grâce à votre soutien, nous avons réalisé et diffusé cette année, une plaquette de présentation de la mission du Fonds auprès du grand public. Il s'agit d'un précieux outil de promotion de notre action commune en faveur de la recherche cardiovasculaire.

Nos appels à la générosité du public sont conçus dans le respect des donateurs et du code éthique de l'Association pour une Éthique dans les Récoltes de Fonds (AERF).

Les comptes du Fonds sont contrôlés tous les ans par une fiduciaire indépendante. Le Fonds est également agréé par le Service Public Fédéral Finances et Belspo (Politique scientifique fédérale) et autorisé à délivrer des attestations fiscales pour les dons de 40 € et plus. ■

.....

Faire un don en ligne est désormais possible sur www.fondspourlachirurgiecardiaque.be

.....

28 mai - Journée internationale d'Action pour la santé des femmes

#jesoutiensle♥desfemmes

A l'occasion de la Journée Internationale d'Action pour la Santé des Femmes, votre Fonds lance une campagne de sensibilisation aux maladies cardiovasculaires chez la femme et à l'importance de faire avancer la recherche dans ce domaine encore trop méconnu.

Frieke Janssens, photographe, et l'agence BBDO ont associé leurs talents pour créer l'affiche de cette campagne dont la version verticale vous est présentée ci-dessous et que vous pouvez vous procurer sur simple demande à info@hart-chirurgie-cardiaque.org



Appel à projet de recherche thématique

centré sur la prise en compte de l'articulation entre genre et santé cardiovasculaire afin d'améliorer la prise en charge de la maladie cardiaque chez la femme.

Les maladies cardiovasculaires tuent 7 fois plus de femmes que le cancer du sein et bien plus de femmes (56%) que d'hommes (46%). Les différences biologiques ne sont pas seules en cause : les représentations sociales liées au genre féminin ou masculin jouent sur l'attitude des patients, du corps médical et des chercheurs.

Dans la recherche, la prise en compte de l'interaction entre genre et santé cardiovasculaire permet de formuler de nouvelles hypothèses pour comprendre les pathologies et élaborer de meilleures stratégies de prévention et de traitement.

Modalités de soutien

- soit une bourse de doctorat
- soit le financement des dépenses liées au projet de recherche

+ d'infos sur

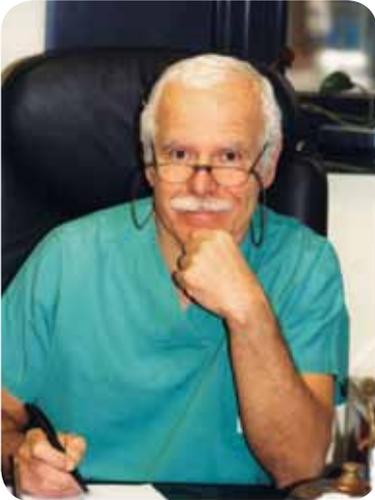
www.fondspourlachirurgiecardiaque.be

→ 333.000 €

C'est le montant global accordé à la recherche pour l'année 2018 dont 101.500 € pour la poursuite de 6 projets prometteurs déjà financés en 2017. Parmi les 11 nouveaux projets que le Fonds s'est engagé à financer, citons notamment un projet de développement d'une plateforme génétique et génomique (Dr L. Chomette), une étude de la dysfonction endothéliale dans la genèse de l'athérosclérose (Dr B. De Becker), un projet de physiopathologie moderne aux implications cliniques (Dr K. Vandendriessche)...

Nous reviendrons plus en détails sur les recherches sélectionnées par le conseil scientifique du Fonds au fil des prochains numéros de notre trimestriel.

Disparition d'un chirurgien gentleman



Nous avons appris, ce 5 mai, le décès inopiné du Professeur Frank Deuvaert survenu à l'étranger alors qu'il était invité d'honneur d'un symposium de chirurgie cardiaque.

Frank Deuvaert a été l'un des membres fondateurs en 1980 du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque.

Nous lui rendrons un hommage à la hauteur de ses qualités humaines et professionnelles dans un prochain numéro d'Objectif Coeur.

Nous adressons nos sincères condoléances à son épouse et à ses deux fils.

*Pr Jean-Louis Leclerc,
pour le Conseil d'Administration du Fonds*

DONNÉES PERSONNELLES: avis de confidentialité

Entré en vigueur ce 25 mai 2018, le Règlement général sur la protection des données ou encore "RGPD" vise à mieux protéger les données personnelles des citoyens européens.

Protection de la vie privée

Le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque collecte uniquement les données personnelles (et aucune donnée sensible) communiquées par vos soins et nécessaires à l'exécution d'un service que vous nous demandez (abonnement à notre trimestriel, ...) ou qui est demandé par des tiers (par le Ministère des Finances pour la délivrance d'une attestation fiscale,...).

Si nous communiquons certaines données (votre adresse par exemple) à un sous-traitant, c'est dans la mesure strictement nécessaire à l'exécution du service demandé (pour vous envoyer notre trimestriel). Des accords spécifiques sont alors passés avec le sous-traitant, afin de s'assurer qu'il respecte les règles définies par le RGPD. Nous ne communiquons jamais vos coordonnées à des tiers à des fins commerciales.

Le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque prend toutes les mesures de sécurité utiles à protéger correctement vos données contre tout accès, toute utilisation ou divulgation non autorisés.

Droit de consultation et de modification, droit à l'oubli.

Vous pouvez à tout moment consulter vos données personnelles traitées par le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque, corriger ou supprimer des données inexacts ou incomplètes et ce, en contactant par écrit la coordinatrice du Fonds, Madame Eliane Fourré, 11 rue Tenbosch 100 Bruxelles ou à l'adresse email info@hart-chirurgie-cardiaque.org.

De la même manière, vous pouvez à tout moment retirer votre consentement au traitement de données à caractère personnel vous concernant et demander leur effacement de notre base de données. ■

Pour progresser, la recherche a besoin de vous!

Depuis sa création en 1980, la mission prioritaire du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque est le soutien à la recherche en vue d'améliorer la connaissance et le traitement des malformations cardiaques innées, des maladies acquises des artères coronaires, des maladies valvulaires, des troubles du rythme, de l'insuffisance cardiaque... Des progrès majeurs ont été accomplis tandis que de nouveaux défis sont à relever pour les médecins et les chercheurs, nécessitant sans cesse des ressources importantes et un large soutien du Fonds.

Découvrez sur notre site internet les projets scientifiques prometteurs, dirigés par des chercheurs de premier plan de notre pays et financés grâce à vos dons:

www.hart-chirurgie-cardiaque.org



Comment aider le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque?

> faire un don

ponctuel ou permanent

compte IBAN BE15 3100 3335 2730

Pour les virements de l'étranger:

BIC: bbrubebb

Votre générosité est fiscalement déductible *

> associer le Fonds à un événement important de votre vie:

un anniversaire, un mariage, une naissance, un décès peuvent être l'occasion de suggérer à vos proches de faire un don en faveur du Fonds.

> faire un legs

Soutenir notre action peut aussi avantager vos héritiers. Votre notaire vous informera sur la procédure à suivre.

> faire connaître notre action à votre entourage.

* Les dons doivent atteindre 40 € au moins par année civile pour donner droit à une réduction d'impôt. L'attestation fiscale vous sera adressée en mars de l'an prochain.

Pour plus de renseignements

02 644 35 44

info@hart-chirurgie-cardiaque.org

Quel que soit votre choix, nous vous exprimons toute notre gratitude.



Le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque adhère au code éthique de l'AERF.

Vous avez un droit à l'information. Ceci implique que les donateurs, collaborateurs et employés sont informés au moins annuellement de l'utilisation des fonds récoltés.

Dans le prochain numéro:

La dysfonction endothéliale dans la genèse de l'athérosclérose