

Objectifcœur

trimestriel n° 64 | mars 2020 | Bureau de dépôt Liège X | P 401039

FONDS POUR LA CHIRURGIE CARDIAQUE
progresser par la recherche



DOSSIER

Pathologies coronaires: les différences hommes-femmes

- 3 Coronaropathies, quelles différences entre les sexes?
- 6 La recherche scientifique comme premier choix
- 7 Choc cardiogénique: que valent les traitements?
- 10 Concilier réflexion scientifique et contact humain
- 11 Statines: un outil interactif d'aide à la décision
- 14 Coter les aliments avec son smartphone?

EDITO

Chers amis lecteurs,

Facteurs de risque, traitement et évolution de la pathologie coronarienne, quelles différences entre hommes et femmes ? C'est l'objet d'une étude menée par Pieter Vynckier dans le cadre de sa thèse de doctorat à l'Université de Gand et financée par le Fonds avec votre concours. Objectif Cœur vous présente les enjeux de ce projet de recherche.

Le choc cardiogénique, complication de l'infarctus du myocarde, concerne près d'un infarctus sur 10 et présente un taux de mortalité très élevé (50 %). Les médicaments actuels n'améliorent pas le pronostic. C'est pourquoi Lorenzo Pitisci, intensiviste à l'Hôpital Erasme de Bruxelles, consacre ses recherches à en améliorer la prise en charge avec des résultats à la base de futures études cliniques chez l'homme. Objectif Cœur fait le point sur 2 années de recherches supportées par le Fonds.

Vous avez trop de cholestérol, pourtant vous avez équilibré votre alimentation et vous faites de l'exercice physique. Prendre des statines pourrait réduire votre risque d'infarctus ou d'AVC. Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a développé un site pour vous aider à discuter avec votre généraliste du choix d'en prendre ou pas: www.statines.kce.be

Application mobile pour évaluer la qualité nutritionnelle des aliments, Yuka fait trembler les marques et propose au consommateur un score simple pour élaborer son assiette 'santé'. Nicolas Guggenbuhl nous donne son avis nuancé sur un outil qui a aussi ses limites.

Avec toute notre reconnaissance pour votre fidélité à soutenir nos chercheurs,

Professeur Jean-Louis Leclerc,
Président.

Rédacteur en chef: Jean-Louis Leclerc

Ont participé à ce numéro: Simone Bronitz, Eliane Fourré, Nicolas Guggenbühl, Pr Jean-Louis Leclerc, Jean-Marie Segers, Jean-Paul Vankeerberghen.

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 Jean-Marie Segers, Dr Marc Sertyn

Crédits photographiques: Adobe Stock: Polonio Video (couv), deagreez (p.3), sewcream (p.5), estherpoon (p.7), Fox (p.8), Africa Studio (p.11), Vladislav Gajic et yannick saint-andre (p.12), Ovidiu Iordachi et Galina Barskaya (p.13), Maria_Savenko (p.14).

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 Philippe Van Halteren

Pr Pierre Viart

Nos publications

disponibles sur simple demande

(également en néerlandais)

Collection "Votre cœur approuvé"

Le diabète (2007)

Trimestriel Objectif Cœur

avec le soutien de



Différences sexuelles dans la pathologie coronarienne

| par Jean-Marie SEGERS, journaliste scientifique

Les différences entre hommes et femmes se retrouvent aussi dans les facteurs de risque, le traitement et l'évolution des coronaropathies. Une étude financée par le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque est actuellement en cours à l'Université de Gand. Elle a pour objectif une meilleure compréhension de ces différences grâce à l'interprétation des données de l'enquête EUROASPIRE V.

En Europe, les maladies cardiovasculaires restent la cause principale de mortalité, responsables de 47% des décès chez la femme et de 39% des décès chez l'homme. D'autre part, en Europe près de 20 millions de nouveaux cas de maladies cardiovasculaires sont diagnostiqués chaque année, ce qui correspond à une incidence cumulative de 6,6%. Parmi les affections cardiovasculaires, la maladie coronarienne est la plus fréquente. En Europe, on détecte annuellement 3,6 millions de nouveaux cas.

En dehors des conséquences financières pour la sécurité sociale et pour les patients eux-mêmes, ces maladies entraînent évidemment une baisse considérable de la qualité de vie.

S'il est vrai que l'on est de plus en plus conscient de l'importance du risque des affections coronariennes, il n'en reste pas moins que l'on continue de croire que cette pathologie affecte surtout la population

masculine. En effet, durant la période préménopausale, les femmes profitent de l'action cardioprotectrice des oestrogènes, et sont donc moins exposées que les hommes. Mais cette protection s'évanouit durant la ménopause. En général, les femmes présentent les premiers symptômes d'insuffisance coronarienne environ 10 ans plus tard que les hommes. Si les hommes et les femmes partagent quasiment les mêmes facteurs de risque, il semble que leur impact soit différent selon le sexe. C'est ainsi que le tabagisme avant l'âge de 50 ans est encore plus nocif chez la femme que chez l'homme, surtout s'il est associé à la pilule contraceptive.

S'ajoutent à cela les facteurs de risque propres à la femme, parmi lesquels une ménopause précoce, les complications dues à la grossesse, comme l'hypertension et le diabète des femmes enceintes et la pré-éclampsie, qui peuvent avoir des conséquences vasculaires plusieurs années plus tard.

Par ailleurs, plusieurs études démontrent que chez les femmes le diagnostic des maladies coronariennes se fait plus tardivement que chez les hommes. Les femmes sont probablement moins conscientes du risque qu'elles encourent et le médecin traitant tarderait à poser le diagnostic exact. Le traitement lui aussi serait différent selon le sexe du patient. Le profil de risque serait apparemment moins bon chez les femmes souffrant d'affection coronarienne, elles seraient plus souvent obèses et sédentaires et présenteraient plus fréquemment des symptômes d'angoisse et de dépression.

.....
 «Les maladies cardiovasculaires entraînent une baisse considérable de la qualité de vie.»

Traitements chirurgicaux et médicaux

L'étude menée par le département de Santé Publique et de Médecine Générale de l'Université de Gand, concerne les données de patients qui ont présenté une pathologie coronarienne et qui ont subi un traitement médical ou chirurgical. Cette étude est exécutée par le Dr Pieter Vynckier, et supervisée par Dirk De Bacquer, professeur ordinaire au département d'Epidémiologie et de Prévention, Delphine De Smedt, professeur au même département et Sofie Gevaert, professeur en cardiologie, responsable du département de surveillance cardiaque à l'UZ à Gand et chargée de cours au département des Maladies internes et de Pédiatrie.

«Cette étude a pour objectif l'analyse des différences sexuelles en ce qui concerne les facteurs de risque, le traitement, les récurrences, la prévention et la qualité de vie en général», nous explique Pieter Vynckier. «S'il est vrai que l'on accorde actuellement plus d'attention à la prévention secondaire, on dispose de trop peu d'informations sur les différences entre les sexes en ce qui concerne l'évolution et le traitement de cette maladie.»

Les données de l'étude sont issues de

l'enquête EUROASPIRE (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events), un projet de référence européen qui analyse dans quelle mesure les directives evidence-based de l'European Society of Cardiology (ESC) pour la prévention cardiovasculaire sont appliquées dans la pratique médicale et donnent les résultats escomptés. La première enquête EUROASPIRE date des années 90, c'est-à-dire du siècle dernier. La cinquième et dernière édition, qui concerne plus de 8.000 patients, dont 2.129 femmes, issues de 27 pays européens (dont la Belgique) et ce dans 131 centres, s'est déroulée en 2016 et 2017. Les patients repris dans l'étude ont été victimes d'un infarctus ou d'une ischémie du myocarde et ont subi un traitement chirurgical par CABG (Coronary Arterial Bypass Grafting) ou PCI (Percutaneous Coronary Intervention).

Plusieurs objectifs

L'étude comporte six objectifs. Dans un premier temps, elle analyse les différences chez les femmes entre les traitements chirurgicaux et médicaux, tant sur le plan clinique qu'en ce qui concerne la qualité de vie. Ces données sont alors comparées à celles des hommes.

Ensuite, l'étude se concentre sur l'approche médicale dans les deux sexes (médication, revalidation, facteurs de risque, style de vie). Les facteurs de risque comme le tabagisme, le surpoids, la sédentarité, le diabète, l'hypertension et le taux de cholestérol-LDL seront examinés, ainsi que les facteurs de risque psychosociaux, tels que l'angoisse et la dépression.

Un troisième volet de l'étude analysera l'évolution des paramètres médicaux sur une période de 20 ans. «De cette façon, nous pourrions nous rendre compte si durant cette période les différences entre hommes et femmes ont augmenté, ou si au contraire elles se sont estompées», nous explique Pieter Vynckier.

Le quatrième volet est consacré à la façon dont le traitement chez les femmes peut être optimisé et, ce faisant, comment des vies peuvent être sauvées.

> Alors que la prévention secondaire bénéficie aujourd'hui de plus d'attention, en ce qui concerne l'évolution et le traitement de la maladie coronarienne, on dispose de trop peu d'informations sur les différences entre les sexes.



> L'étude qui a débuté en octobre 2019 bénéficie de l'aide financière du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque pour une durée de trois ans.

L'étude examinera également comment la situation clinique, après au moins une année de suivi médical, est influencée par des différences de traitement liées au sexe du patient. Enfin, les auteurs de l'étude porteront leur attention sur les patients ayant été soignés dans six cliniques belges (de Gand, de Bruxelles et de Hasselt) et dont les données ont été enregistrées dans l'enquête EUROASPIRE. La question qui se pose alors est de savoir si les conclusions pour ces patients belges correspondent à celles des autres pays européens. Cela peut avoir de l'importance pour les futures stratégies thérapeutiques dans notre pays.

Une meilleure connaissance du 'cœur féminin'

Dans les diverses enquêtes EUROASPIRE, les données des patients ont toujours été récoltées et enregistrées selon un protocole bien établi. Il s'agit d'exams cliniques, de questionnaires structurés, d'enregistrements de paramètres médicaux et, entre autres, de dosages de lipides et de glucose. Les patients non-diabétiques sont soumis à un test de tolérance au glucose. Cela s'effectue entre 6 mois et 3 ans après l'hospitalisation. Pendant le suivi médical, les

accidents cardiovasculaires importants et les décès sont soigneusement notés. La méthodologie employée pour la première enquête EUROASPIRE vaut également pour les enquêtes suivantes.

«Notre étude se déroule sur une période de trois ans, pendant laquelle les analyses mentionnées ci-dessus seront effectuées. Nous avons également l'intention de faire connaître des résultats intermédiaires lors de congrès et de les publier dans des revues scientifiques.

Selon les premiers résultats, il semble entre autres qu'il y ait peu ou pas de différences entre sexes en ce qui concerne le traitement médicamenteux des patients coronariens. Il n'empêche que les risques sont plus importants chez les femmes que chez les hommes. Mais il ne s'agit que de résultats provisoires, qui demandent confirmation.

Nous espérons que cette thèse de doctorat permettra de mieux comprendre le 'cœur féminin', qu'à l'avenir les différences entre sexes seront mieux prises en compte et que le traitement pourra être mieux adapté à ces différences,» conclut Pieter Vynckier. ■



La recherche scientifique comme premier choix

| Jean-Marie SEGERS

Pieter Vynckier est né à Courtrai en 1995. Il y fait ses études secondaires et obtient en 2017 son diplôme de Bachelor en Soins Infirmiers.

Il complète ses connaissances théoriques par des stages pratiques dans divers services et cliniques des environs. Après ses études de Bachelor, il suit une formation de deux années et obtient son diplôme de 'Master of Science' en Soins Infirmiers et Accouchements. Pendant ses années de mastership il s'est trouvé un intérêt particulier pour la recherche scientifique. Pour l'obtention de son degré de 'Master of Science', il a effectué sa thèse (son travail de fin d'étude) dans le cadre d'une étude internationale ayant pour objet la manière dont les patients souffrant d'insuffisance cardiaque peuvent bénéficier d'une application mobile par smartphone.

Depuis le mois d'octobre 2019 il a commencé ses travaux de doctorat au département de Santé publique et de Médecine générale à l'Université de Gand. Pendant les prochaines années, il poursuivra ses recherches sur les différences entre hommes et femmes dans la pathologie des coronaires.

Des projets d'avenir ?

Il ne peut encore s'exprimer sur d'éventuels futurs projets académiques. Pour l'instant, il se focalise avant tout sur son doctorat, convaincu d'y trouver des perspectives intéressantes. ■



Choc cardiogénique : que valent les traitements ?

| par Jean-Paul Vankeerberghen, journaliste scientifique

Complication de l'infarctus du myocarde, le choc cardiogénique contribue encore lourdement à la mortalité. Les médicaments inotropes, s'ils permettent d'accroître l'irrigation sanguine des tissus, ne semblent pas améliorer le pronostic à plus long terme.

Une meilleure prise en charge des infarctus du myocarde, notamment par une revascularisation précoce (rétablissement de la circulation sanguine dans le muscle cardiaque), a permis de réduire fortement la mortalité consécutive à cet accident cardiaque. Mais des complications surviennent encore, qui peuvent rester difficiles à soigner. C'est le cas du choc cardiogénique ischémique, difficilement prévisible, qui continue à entraîner une mortalité élevée.

Il est devenu plus rare, grâce aux progrès dans les traitements de l'infarctus, mais il se produit encore dans près d'un infarctus sur dix (soit 60.000 personnes par an en Europe), avec un taux de décès très élevé (de 20 à 50%), survenant surtout pendant les premières 48 heures. Il est aussi une des causes de l'insuffisance cardiaque chronique.

Le choc cardiogénique ischémique est une brusque défaillance cardiaque provoquant un collapsus vasculaire généralisé et une diminution de la pression artérielle. Une réduction majeure de la contractilité cardiaque fait chuter le débit cardiaque et entraîne des désordres dans la circulation sanguine et dans le métabolisme des organes nobles. Elle réduit l'irrigation sanguine des tissus dans tout l'organisme et prive les cellules d'un apport suffisant en oxygène et en nutriments.

« Quand la pompe cardiaque dysfonctionne, les organes ne reçoivent plus assez de sang, des phénomènes inflammatoires apparaissent, ainsi qu'un œdème pulmonaire. Cela produit une sorte de faillite de l'organisme: c'est une urgence vitale qui nécessite un transfert immédiat en soins intensifs. » explique le Docteur Lorenzo Pitisci (Hôpital Erasme, ULB).



> Le choc cardiogénique ischémique, complication difficilement prévisible de l'infarctus du myocarde, reste difficile à soigner. Il survient dans les premières 48 heures et entraîne un taux de mortalité de 20 à 50%.

Comment améliorer le pronostic à long terme ?

Le traitement vise à augmenter la capacité de contraction du muscle cardiaque pour améliorer la circulation du sang. Pour ce faire, on fait appel à des médicaments *inotropes positifs* qui stimulent la contractilité du cœur. «Le médicament le plus souvent utilisé est la Dobutamine, une molécule bien connue, très rapide à mettre en place, précise le Dr Pitisci. En quelque sorte, elle fouette le muscle cardiaque et aide à réalimenter les tissus. Mais son inconvénient est qu'elle favorise des troubles du rythme cardiaque et augmente la consommation en oxygène du myocarde, à un moment où celui-ci est confronté à un déficit en oxygène causant l'infarctus. Le pronostic à long terme n'est pas amélioré par ce médicament mais, jusqu'il y a peu, les médecins n'avaient pas d'autre choix.»

Ces dernières années, de nouvelles molécules inotropes sont apparues, qui sont censées ne pas augmenter

la consommation d'oxygène du myocarde. Mais jusqu'à présent, les quelques tests cliniques réalisés n'ont pas encore démontré une amélioration du pronostic à court et à long termes.

C'est pourquoi Lorenzo Pitisci a entrepris de tester sur animal deux traitements médicamenteux inotropes, le Levosimendan et l'Omecamtiv Mecarbil, pour tenter de déterminer quel est l'inotrope qui donne les meilleurs résultats dans la prise en charge du choc cardiogénique consécutif à un infarctus du myocarde. Étant donné la difficulté de recueillir des preuves sur l'être humain, le chercheur a choisi de tester ces médicaments sur des porcs soumis à un modèle d'insuffisance cardiaque aiguë la plus ressemblante possible avec un tel événement chez les humains.

Actuellement en dernière année de spécialisation en cardiologie intensive, au Laboratoire expérimental de soins intensifs de l'Hôpital Erasme, Lorenzo Pitisci

a

reçu, pour développer son projet, le soutien du Fonds Erasme et du Fonds pour la Chirurgie Cardiaque.

Un modèle animal proche de la réalité clinique

La première étape de sa recherche a été consacrée à l'élaboration chez le porc d'un modèle d'insuffisance cardiaque aiguë similaire à ce qui se passe chez l'être humain. Après un an de mises au point en laboratoire, notamment pour réduire significativement le taux de mort subite due à un infarctus chez les porcs décrit dans toutes les études existantes, le protocole fut le suivant : les porcs sont mis sous anesthésie générale, pour éviter toute souffrance et pour permettre des mesures stables sur un animal qui ne bouge pas. Après avoir introduit par des cathéters tous les instruments de mesure nécessaires, les expérimentateurs ont provoqué une subocclusion de l'artère coronaire gauche en y introduisant un ballon d'angioplastie. Une heure et demie après, le ballon a été dégonflé, ce qui a permis la reperfusion du myocarde, comme cela se ferait chez l'être humain par une angiographie. La phase de reperfusion a ensuite été observée après avoir administré les médicaments qui font l'objet d'une comparaison. Cette phase d'observation a duré dix heures. A la fin de l'expérience, les porcs ont été euthanasiés et leur cœur prélevé en vue d'un examen anatomopathologique et d'une résonance magnétique ex vivo.

Lorenzo Pitisci précise: « Cette procédure nous a permis de reproduire une situation clinique courante : des patients se présentant tardivement avec un infarctus du myocarde. Grâce aux diverses techniques de mesure et d'analyse mises en place, nous étudions quels sont les avantages et les inconvénients de ces médicaments inotropes, administrés immédiatement après la reperfusion, en ce qui concerne :

- les variations de flux sanguin (hémodynamique),
- la consommation métabolique et d'oxygène du myocarde,
- la perfusion microvasculaire,
- la taille de l'infarctus final
- et les niveaux d'inflammation.

Nous avons aussi développé une nouvelle technique d'imagerie IRM (ex vivo à double

contraste) pour définir les zones du myocarde qui ont pu être préservées, celles dont le destin est incertain et celles qui sont nécrosées (zone non infarctée, zone à risque et zone infarctée). L'important est en effet de faire en sorte que le plus grand nombre de cellules survivent, pour préserver au maximum le myocarde. L'analyse de tous ces paramètres et des nombreux prélèvements sanguins pratiqués en cours d'expérience devrait permettre, je l'espère, de démontrer la présence ou l'absence d'effets bénéfiques des nouveaux traitements médicamenteux inotropes.

.....
 «Outre les perspectives médicamenteuses, les techniques d'assistance mécanique pourraient permettre de soulager le myocarde atteint par un choc cardiogénique ischémique.»

Ces résultats seront la base de prochains essais cliniques chez l'homme. Le modèle développé nous a permis de nous concentrer sur la phase de reperfusion, qui est un enjeu important afin de diminuer l'impact, en termes de mortalité et de morbidité, des chocs cardiogéniques ischémiques et de contrer le développement de l'insuffisance cardiaque chronique. »

La phase d'expérimentation sur les porcs est à présent terminée et Lorenzo Pitisci a entamé l'étude des résultats recueillis. Il espère la terminer cet été.

Le Dr Pitisci ajoute que des perspectives autres que médicamenteuses s'ouvrent pour la prise en charge du choc cardiogénique ischémique. « En effet, on s'intéresse de plus en plus aux techniques d'assistance mécanique : soulager le myocarde pendant un certain temps, soit par la mise en place d'une assistance extracorporelle temporaire, soit par l'implantation d'une petite pompe, dans le but de diminuer le travail et la demande en oxygène du myocarde tout en améliorant la perfusion des tissus. On espère ainsi que le myocarde retrouve une meilleure santé pendant ce temps et puisse être alors relancé dans de meilleures conditions. Ce sont des techniques qui seront étudiées dans les prochaines années. » ■



Concilier réflexion scientifique et contact humain

| Jean-Paul Vankeerberghen

Agé de 31 ans, le Docteur Lorenzo Pitisci aura consacré l'essentiel des deux dernières années de sa spécialisation en cardiologie à des travaux de recherche. Il a pu ainsi réaliser ce qui l'avait attiré dans l'exercice de la médecine : allier la réflexion scientifique au contact humain. « Mon but est en effet de continuer à soigner les hommes. »

« Ces deux années de recherche m'ont permis de développer un esprit critique. Elles m'ont aidé à prendre du recul vis-à-vis des tests réalisés. Elles m'ont aussi apporté beaucoup de technicité : se confronter à son travail avec un

œil autocritique, se poser des questions et pouvoir y répondre, cela m'attirait beaucoup. En outre, le choc cardiogénique ischémique est un beau sujet, dramatique aussi, parce que des malades en meurent. »

Lorenzo Pitisci insiste aussi sur l'importance qu'a eue pour son projet l'aide indispensable apportée par le Fonds Erasme tout au long de ces deux années ainsi que par le Fonds pour la Chirurgie Cardiaque (pour l'achat de matériel). Sans ce soutien, je n'aurais pas tenu le coup et mon projet de recherche n'aurait pas pu être mené à bien. ■



Des statines pour diminuer le cholestérol? Un outil interactif pour aider à la décision

| communiqué de presse du KCE
| publié le 23 janvier 2020 par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

Un quart des Belges de plus de 40 ans prennent un médicament de la classe des statines pour faire baisser leur taux de cholestérol. Or, si le bénéfice de ces médicaments est clair chez les personnes qui ont déjà eu des problèmes cardiovasculaires (infarctus, AVC), il est moins net chez celles qui n'en ont jamais eu. De plus, les effets secondaires de ces médicaments peuvent être importants. Il est donc nécessaire de bien peser le pour et le contre, au cas par cas, avant de les prescrire.

Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de santé (KCE) a développé un outil interactif permettant de visualiser les bénéfices et les risques des statines. Cet outil est essentiellement destiné aux médecins généralistes, afin de les aider à discuter avec leurs patients du choix d'en prendre ou de ne pas en prendre.

Peser les avantages et les risques

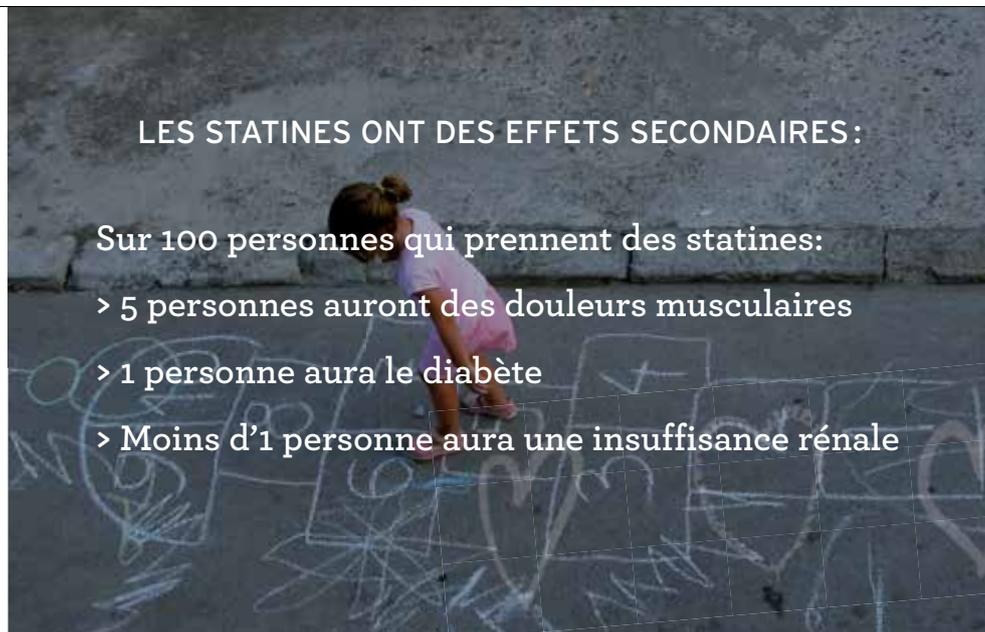
Les statines sont des médicaments hypocholestérolémifiants, l'une des classes de médicaments les plus utilisées dans notre pays : 1.500.000 personnes -soit environ 13 % de la population belge totale ou 25 % de la population de plus de 40 ans- en consomment. L'utilité de ces médicaments ne fait aucun doute chez les personnes qui ont déjà eu un accident cardiovasculaire (infarctus du myocarde ou accident vasculaire

cérébral) car, en diminuant le taux de cholestérol sanguin, elles contribuent à réduire le risque de récurrence.

Toutefois, en Belgique la grande majorité des personnes qui prennent des statines - 88 % selon une estimation approximative - n'ont jamais fait d'accident cardiovasculaire. Chez ces personnes, les bénéfices potentiels de ces médicaments sont moins nets et varient en fonction du risque individuel. Ils doivent donc être mis en balance, au cas par cas, avec leurs effets secondaires. Ceux-ci sont peu nombreux, il est vrai, mais potentiellement importants (lésions musculaires, diabète, insuffisance rénale).

Prise de décision partagée

D'après les recommandations de la Société européenne de Cardiologie



(ESC) et de la Société européenne de l'Athérosclérose (ASC), la décision de prescrire une statine doit idéalement se faire dans le cadre d'une prise de décision partagée entre le médecin et son patient, et non de façon unilatérale par le médecin seul, comme c'est encore très souvent le cas. C'est en effet au patient de définir où il place son point d'équilibre entre avantages et inconvénients d'un tel médicament. Et ce d'autant plus que la réduction du risque cardiovasculaire passe d'abord par l'arrêt du tabac, une alimentation équilibrée et de l'exercice physique. Ce n'est que si ces mesures ne donnent pas suffisamment de résultats que les statines sont éventuellement recommandées.

Un outil interactif en ligne

Le Centre fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a développé un site internet (www.statines.kce.be) pour aider les médecins généralistes à évaluer avec leurs patients les risques et bénéfices des statines. Il s'agit d'un outil qui calcule le niveau de risque cardiovasculaire du patient en fonction de ses paramètres personnels (âge, tabagisme, tension artérielle, taux de cholestérol) et qui visualise ensuite

les bénéfices potentiels des statines dans son cas particulier en les comparant à la situation sans statines. Patient et médecin peuvent alors sopeser ensemble le pour et le contre de la prescription, et arriver ainsi à une prise de décision partagée et éclairée.

En espérant une intégration dans les logiciels médicaux...

L'outil développé par le KCE permet également de générer un fichier pdf personnalisé reprenant les principales informations utiles, que le médecin peut imprimer et remettre au patient afin qu'il prenne le temps de réfléchir à tête reposée. Ce document peut aussi être enregistré dans le dossier médical du patient. Ceci en attendant, comme l'espère le KCE, que l'outil soit intégré dans les logiciels de gestion du dossier médical.

L'outil se présente sous la forme d'un site web qui peut également être consulté par le patient lui-même. À cet effet, une section d'information générale sur le cholestérol, les statines et le risque cardiovasculaire a été ajoutée. Il est disponible en français, néerlandais et allemand. ■

www.statines.kce.be



Premières mesures pour diminuer votre risque cardiovasculaire :

- arrêter de fumer,
- manger plus équilibré,
- réduire votre consommation d'alcool,
- et faire plus d'exercice physique.

Votre médecin peut vous donner des conseils diététiques et sportifs. Il peut vous soutenir si vous décidez d'arrêter de fumer.

Ces mesures ne suffisent pas ?

Votre médecin peut vous proposer un médicament du groupe des statines. Vous prenez la décision du traitement ensemble. Un mode de vie sain reste la base du traitement.

Affichage des résultats du test pour un patient présentant un risque très élevé¹

100 personnes ont un risque **très élevé** de mourir d'un infarctus ou d'un AVC dans les 10 ans. Elles ne prennent **pas de statines**.

100 personnes ont un risque **très élevé** de mourir d'un infarctus ou d'un AVC dans les 10 ans. Elles prennent **des statines**.

10 ANS PLUS TARD

¹Résultat pour un patient fumeur de sexe masculin, 63 ans, ayant une tension artérielle de 170 mmHg, un cholestérol total de 300 mg/dl et un HDL cholestérol de 35 mg/dl.



75 personnes ne sont pas mortes d'un infarctus ou d'un AVC.

25 personnes sont mortes d'un infarctus ou d'un AVC.



82 personnes ne sont pas mortes d'un infarctus ou d'un AVC, dont **7 personnes** (en jaune ci-dessus) grâce aux statines.

18 personnes sont mortes d'un infarctus ou d'un AVC.



Coter les aliments avec son smartphone ?

Le phénomène Yuka -cette application qui permet d'évaluer la qualité nutritionnelle des aliments avec son smartphone- est en marche. Quel crédit peut-on porter à cette application ? Est-ce utile pour manger mieux ? On fait le point.

> par Nicolas Guggenbühl, Diététicien

C'est l'application mobile dont on parle, que l'on aime ou n'aime pas, et qui bouscule le paysage agroalimentaire : Yuka attribue une cote aux denrées (et aux produits cosmétiques), qui se veut le reflet de leur impact sur la santé.

Comment ça marche ? Il suffit, après avoir téléchargé l'application, de sortir son smartphone de sa poche, de scanner le code-barre d'un produit, et Yuka livre son score (une note entre 0 et 100) et son verdict : excellent, bon, médiocre ou mauvais, assorti de couleurs (respectivement vert foncé, vert clair, orange et rouge). Le système est simple, bien plus facile et agréable à utiliser que de décrypter manuellement des informations nutritionnelles et la liste des ingrédients repris sur l'emballage. Mais pour en faire bon usage, mieux vaut connaître son fonctionnement et ses limites...

Comment Yuka calcule sa note

Yuka évalue tous les produits selon son propre algorithme. Un algorithme qui comporte déjà à la base une certaine

subjectivité : 60 % de la note vient du Nutri-Score, 30 % des additifs et 10 % selon le caractère bio ou non du produit. Le Nutri-Score a prouvé son intérêt pour interpréter et comparer la composition nutritionnelle de produits au sein d'une même catégorie. Cependant, Yuka n'utilise pas la méthode de calcul officielle du Nutri-Score (qui a d'ailleurs été affinée en octobre 2019), ce qui est une source d'imprécisions.

Pour les additifs, Yuka a le mérite de révéler aisément leur présence, mais l'évaluation du risque que fait l'application n'a pas de reconnaissance scientifique. Enfin, les produits « bio » sont mieux cotés que ceux qui ne le sont pas. Par exemple un miel bio est qualifié de bon, le non bio de médiocre.

Or, si les produits bio ont certainement des atouts sur la façon dont ils sont produits, ils n'offrent pas de garanties sur ce qu'il y a dedans. Le caractère bio d'un produit n'en fait pas automatiquement un aliment meilleur pour la santé...

Un verdict impartial, mais très partiel

L'application Yuka se veut entièrement indépendante de l'industrie agroalimentaire, ce qui est une bonne chose. Lorsqu'un produit scanné n'est pas bon, les alternatives proposées par l'application ne sont pas de la publicité déguisée. Néanmoins, il y a de nombreuses limites...

Ainsi, pour ce qui concerne les matières grasses, Yuka tient compte des acides gras saturés, mais pas de la teneur totale en graisses. Un produit comme une sauce dressing peut parfaitement être pauvre en acides gras saturés, parce que préparé avec de l'huile de tournesol, et être bien noté par Yuka, alors que cela reste un produit très gras à consommer avec parcimonie.

Yuka ne fait pas non plus la distinction entre les sucres ajoutés (dont l'apport doit être limité) et les sucres naturellement présents dans les fruits, le lait... Ce n'est pas sa faute, car l'information sur les sucres ajoutés n'est pas obligatoire dans la déclaration nutritionnelle, seule la teneur en sucres totaux l'est.

C'est aussi un aspect qui handicape le Nutri-Score. Avec pour résultat que l'on peut par exemple avoir deux compotes de pommes qui sont comparables selon Yuka, avec l'une contenant des sucres ajoutés, et l'autre pas.

Enfin, la contribution des produits à l'apport quotidien en vitamines, minéraux et oligo-éléments est totalement absente de la cotation de Yuka. Or, c'est un point qui de toute évidence intervient aussi dans la qualité nutritionnelle des denrées et dans l'intérêt qu'elles peuvent avoir pour la santé.

L'importance de la portion

Une autre caractéristique de Yuka, qui n'est pas une limite, mais un point dont il faut tenir compte, est que l'application donne son verdict pour 100 g de denrée. Or, on ne peut pas décréter qu'un produit est bon ou pas bon pour l'équilibre alimentaire si l'on ne tient pas compte de la portion consommée. Donner un score pour 100 g permet de comparer entre eux des produits dans

une même catégorie, mais ne permet pas d'en déduire la place qu'ils peuvent occuper dans son alimentation. Car outre la composition nutritionnelle,

“Yuka donne son verdict pour 100 g de denrée

c'est aussi une question de quantité et de fréquence de consommation. Ainsi, une pizza Margarita peut avoir un bon score Yuka, mais pour l'organisme, c'est aussi la quantité de pizza consommée qui compte. À l'inverse, un chocolat qui score mal dans Yuka, mais dont on ne consommerait que 20 ou 30 g, peut parfaitement trouver sa place dans une alimentation équilibrée.

Yuka fait trembler les marques

Même si Yuka ne bénéficie pas de la reconnaissance des autorités scientifiques, et qu'elle ne plaît pas à de

nombreux acteurs de l'agroalimentaire, elle a un pouvoir croissant sur les marques : le pouvoir d'amener un grand nombre de consommateurs à ne plus acheter tel ou tel produit jugé médiocre ou mauvais, au profit d'un autre jugé bon ou très bon. Cela peut avoir des répercussions favorables sur l'offre alimentaire, dans la mesure où cela encourage la reformulation de produits, ou le développement de nouveaux produits qui sont bien cotés.

Récemment, une grande chaîne de distribution française a annoncé vouloir retirer 142 additifs de 900 produits de sa marque propre, avec pour objectif clairement exprimé : obtenir une meilleure note sur Yuka !

Yuka a aussi beaucoup de pouvoir auprès de ses adeptes, avec pour risque de voir certaines personnes aveuglées par un score unique, au détriment des principes d'une alimentation équilibrée dans sa globalité. *

www.foodinaction.com

A TABLE

COURGETTES GRILLÉES

AU SAUMON FUMÉ

POUR 4 PERSONNES

Ingrédients

- 2 belles courgettes
- 4 c. à soupe d'huile d'olive
- 1 c. à soupe d'herbes de Provence
- 8 tranches de saumon fumé (environ 280 g)
- 2 boules de burrata (2 x 125 g)
- 8 tomates cerises
- quelques brins d'aneth pour la déco

Préparation

- Couper les courgettes dans la longueur de manière à obtenir 8 tranches.
- À l'aide d'un pinceau, les enduire d'huile d'olive et faire griller des deux côtés à la poêle ou sous le gril, avec les herbes.
- Laisser refroidir et les placer sur la plaque du four. Recouvrir chaque tranche de courgette de saumon fumé.
- Couper chaque boule de burrata en 8 lamelles et les tomates cerises en deux, et les placer sur le saumon.
- Enfournier à 180°C pendant 10 minutes. Décorer avec l'aneth et servir 2 tranches par assiette avec des pâtes ou du riz.

Suggestions

Vous pouvez remplacer la burrata par de la mozzarella.

Composition nutritionnelle par portion

Énergie	432 kcal / 1795 KJ
Graisses	33,4 g
Acides gras saturés	12,2 g
Glucides	7,3 g
Sucres	7 g
Protéines	24 g
Fibres	3,4 g

> Côté nutrition

Ce plat constitue une bonne source d'acides gras oméga-3, mais aussi de fer, magnésium, zinc, de plusieurs vitamines du groupe B et de vitamine E, pour un apport calorique raisonnable.

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.fondspourlachirurgiecardiaque.be



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

Il nous permet de planifier nos efforts de recherche. Soutenir notre action peut aussi avantager vos héritiers. Votre notaire vous informera sur la procédure à suivre.

Pour plus de renseignements

02 644 35 44

info@hart-chirurgie-cardiaque.org

* 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.

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.