APRÈS L'AVC : UN LONG CHEMIN À PARCOURIR

DR. KOEN DELMOTTE, NEUROLOGUE JESSA ZIEKENHUIS HASSELT

Après avoir subi un accident vasculaire cérébral, les patients sont d'abord admis dans le service de neurologie. Une fois le diagnostic et le traitement terminés, et la thérapie de prévention secondaire (prévention d'un autre AVC) optimisée, certains des patients seront transférés dans un centre de réadaptation pour y recevoir une rééducation multidisciplinaire intensive. Elle est réservée aux patients présentant des signes déficitaires permanents importants ou invalidants, dans le but d'obtenir la meilleure guérison possible. Les patients ayant peu ou pas d'incapacité permanente peuvent retourner directement chez eux.

La revalidation multidisciplinaire signifie que la revalidation est composée d'une équipe de différents services ou disciplines. Cette équipe comprend presque toujours un médecin de revalidation, un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un logopède, un diététicien, un assistant social, un psychologue et des infirmiers. Chaque membre de l'équipe a sa propre tâche spécifique, bien qu'il y ait également des chevauchements. Un kinésithérapeute, par exemple, se concentrera principalement sur l'amélioration de la force et de la coordination des membres, tandis qu'un logopède travaillera plutôt la fonction du langage et la déglutition. Cette revalidation est toujours adaptée à chaque patient, en tenant compte de différents facteurs : type de handicap, gravité du handicap, âge, état général, évolution prévue, etc. La durée de cette revalidation est variable, mais s'étale souvent de plusieurs semaines à plusieurs mois.

L'amélioration la plus significative est généralement observée au cours des premières semaines/mois, et une amélioration générale est possible jusqu'à 6-12 mois après l'AVC. Cette amélioration clinique se produit parce que les tissus cérébraux sains environnants tentent de reprendre la fonction des zones endommagées ; malheureusement, il n'est pas possible (à ce jour) de réparer les zones cérébrales endommagées.

Cependant, malgré les possibilités actuelles de traitement aigu et de revalidation, un accident vasculaire cérébral a toujours un impact important sur l'espérance et la qualité de vie des patients. Après avoir subi un accident vasculaire cérébral ischémique (causé par un caillot de sang), environ 12 % des patients meurent dans le mois qui suit, et 20 à 25 % dans l'année. Le risque de décès pour un accident vasculaire cérébral hémorragique (une hémorragie cérébrale) s'élève même à environ 40 % après un mois.

Les patients qui survivent à un AVC présentent souvent des déficits persistants importants. Il peut s'agir de problèmes physiques (perte permanente de force, difficulté à marcher, etc.), de problèmes cognitifs (perte de mémoire, difficulté à trouver ses mots, etc.) ou de problèmes psychiques (anxiété, dépression, etc.). Ces déficiences persistantes ont un impact non seulement sur la vie du patient, mais aussi sur celle de son entourage. Ainsi, environ 50 à 70 % des survivants retrouveront une indépendance fonctionnelle, les patients étant capables de fonctionner de manière totalement autonome. Toutefois, 15 à 30 % d'entre eux dépendront en permanence de l'aide d'autrui (proches ou aide professionnelle), tandis que 20 % des patients devront être admis dans un centre de soins résidentiel.



En outre, après avoir subi un accident vasculaire cérébral (ischémique ou hémorragique), les patients sont légalement interdits de conduire pendant au moins six mois. Si, au bout de ces six mois, ils ne présentent pas de déficience ou seulement une déficience minimale, ils peuvent être déclarés aptes à conduire à nouveau (généralement par le neurologue). Si, après cette période de six mois, des symptômes de défaillance (significatifs) persistent et que le patient souhaite conduire à nouveau, une évaluation de l'aptitude à la conduite via VIAS/CARA est recommandée.

Malheureusement, après un accident vasculaire cérébral, il y a souvent un long chemin à parcourir...

STROKE & GO

UNE ASSOCIATION CRÉÉE POUR FAIRE CONNAÎTRE L'AVC

"Stroke & Go", Stroke du nom anglais signifiant l'AVC et Go pour aller de l'avant.

Cette association veut :

- contribuer à l'amélioration du quotidien des personnes touchées et de leur entourage,
- informer la population belge dès le plus jeune âge des symptômes de l'AVC,
- les informer des séquelles,
- soutenir la pratique du sport comme moyen de récupération pour empêcher toute récidive et,
- pourquoi pas, faciliter l'emploi des personnes atteintes d'un infarctus cérébral.

Le tsunami de toute une vie

Une association créée fin 2019 par Pascal Lecomte, victime d'un AVC il y a presque 30 ans, il avait à peine 24 ans ... .

Plus rapide qu'un séisme cérébral, il ne faut qu'une fraction de seconde pour que le tsunami de toute une vie déferle et en anéantisse tous les espoirs.

Ce petit caillot qui un jour, un instant, sans prévenir, vient boucher ou rompt les artères du cerveau. La parole, la mobilité, souvent d'une moitié du corps, l'écriture, l'expression, ... sont remises en question.

L'AVC peut survenir à tout âge, du fœtus à l'adulte, de l'enfant de 5 ans à l'adolescente, de la mamy au grand-oncle. Pascal n'a pu l'éviter alors qu'il courait dans les bois, il s'est subitement écroulé. Un coup du sort !

« En 1992, il n'y avait pas de smartphone, ni d'internet, ni de stroke-unit, nous dit-il. Je n'ai pu être transporté dans un hôpital que longtemps après ma chute. Mon cas était scellé, mes artères bouchées mais tellement content d'être encore en vie. J'avais fait un AVC ! Je ne savais pas ce que c'était. Je voulais redevenir 'normal'.

Aujourd'hui, j'ai une paralysie du côté droit, des difficultés d'élocution et à trouver les mots adéquats, des troubles de la mémoire et de l'équilibre, une écriture ralentie, des problèmes d'expression, et d'énormes problèmes invisibles comme toutes les nuits : être dérangé par des spasmes, des douleurs musculaires, et j'en passe. »



Près de la moitié des Belges victimes d'AVC ne survivent pas

La moitié en meurt dans l'année et 80% des survivants sont invalides à vie. Jacques Brotchi, Ambassadeur de Stroke & Go et professeur émérite en neurochirurgie précise :

« Cela concerne quand même environ 22.200 personnes chaque année, en Belgique. Donc, ce n'est pas une petite chose. Par ailleurs, ça peut laisser des séquelles importantes si on n'agit pas vite, et ces séquelles sont aujourd'hui quantifiées comme la première cause d'invalidité chez les personnes de moins de 65 ans. »

Il est important de rappeler les signes indicateurs de l'apparition de l'AVC, mais il faut aussi parler de prévention, à travers une bonne hygiène de vie, l'arrêt du tabac, le contrôle du poids et du cholestérol, et la pratique du sport. La prévention est au cœur des enjeux des investissements dans le secteur de la santé.

« Je dirais, bien sûr qu'on investit dans la prévention : on évite la lourdeur des handicaps d'un côté pour les malades, et de l'autre côté, on allège la société qui doit prendre en charge des patients handicapés. »

Soyez FAST

Aujourd'hui, après sa traversée du désert, Pascal peut nous dire qu'il y a un mot magique, en anglais, pour décrire l'attitude à adopter face à un AVC.

Ce mot, c'est "FAST", rapide car chaque minute compte dès que l'accident se manifeste.

Avec "F" comme "face", si vous voyez un problème de mouvement dans le visage, demandez à la victime de sourire et vérifiez si un coin de sa bouche pend vers le bas.

"A" comme "arms", les bras, demandez à la personne de tendre les deux bras vers l'avant et vérifiez s'ils s'élèvent en même temps.

"S" comme "speech", vérifiez si la personne a du mal à s'exprimer,

et "T" comme "Time", parce que le temps de réaction est extrêmement court et il faut directement former le 112 pour appeler de l'aide.

Une aide

Stroke & Go veut apporter des conseils pratiques, des informations et du soutien.

L'association recherche toutes les bonnes volontés pouvant l'aider à mener à bien ce combat.

Dans un premier temps, Stroke & Go va essentiellement donner des formations aux écoles tout en n'oubliant pas ses membres.

Stroke & Go Asbl

Route de Mont-Gauthier 8

5560 Ciergnon

N° d'entreprise (BCE) : BE0740.468.504

Compte bancaire : BE90 0018 83888732

Email : Stroke-Go@outlook.be

www.stroke-go.be

Stroke = accident vasculaire cérébral (AVC)

Go = signifie aller de l'avant et bouger

Ses buts et missions sont d'informer, de sensibiliser et sauver des vies en reconnaissant les symptômes d'un AVC par tous, de représenter, de rendre espoir aux AVCiens[1] notamment par le sport et le travail.

Plus de 22.200 cas d'AVC par an sont recensés en Belgique. C'est la première cause d'handicap acquis et la seconde cause de mortalité après les crises cardiaques[2], ce que beaucoup de personnes ignorent.

1. "AVCiens" désigne les personnes victimes d'un AVC – langage propre à Stroke & Go.
2. Selon l'OMS, les 10 principales causes de mortalité : https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

legacio

la succession en toute simplicité

La Ligue et Legacio collaborent : vous pouvez maintenant rédiger un testament de manière **rapide, facile** et **gratuite !**

Une équipe d'experts en succession la plus recommandée en Belgique... pour que la succession devienne simple et accessible à tous.

Plus d'infos sur www.liguecardioliga.be ou www.legacio.be

J'AI UNE QUESTION

PROF. BENOIT BOLAND, GÉRIATRIE, CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC, INSTITUT DE RECHERCHE SANTÉ ET SOCIÉTÉ (IRSS), UCLOUVAIN

Prévention d'un AVC après 75 ans : quand faut-il se préoccuper du cholestérol ?

Chez les personnes âgées (≥ 75 ans), l'accident vasculaire cérébral ischémique (AVC) est plus fréquent, et plus handicapant que l'infarctus du myocarde. Si l'infarctus du myocarde est principalement dû à une maladie (l'athérosclérose qui obstrue les artères coronaires, induite entre autres choses par un excès de mauvais cholestérol) , l'AVC peut être causé par diverses maladies menant à l'obstruction d'une artère cérébrale, telles que l'hypertension artérielle, l'embolie vers le cerveau d'un caillot sanguin venant du cœur gauche (suite à une fibrillation auriculaire le plus souvent) ou d'un fragment de plaque d'athérosclérose (à partir de l'aorte ou d'une artère du cou). En matière d'AVC, l'athérosclérose est donc loin d'être la seule maladie à considérer.

Si un AVC a eu lieu, la prévention d'une récidive (prévention secondaire de l'AVC) dépend de l'identification de la maladie qui en a été responsable. Si le bilan diagnostique objective une hypertension artérielle trop élevée ou une fibrillation auriculaire pas ou insuffisamment anticoagulée, le traitement médicamenteux de prévention secondaire de l'AVC sera surtout tensionnel ou anticoagulant. Si le bilan diagnostique identifie que la cause de l'AVC est l'athérosclérose, un traitement de prévention secondaire par statine et aspirine est indiqué.

Par contre, pour les personnes âgées qui n'ont pas présenté d'AVC ni d'infarctus (prévention primaire), il n'y a pas lieu de se préoccuper du cholestérol ou d'un éventuel traitement par statine. Le mauvais cholestérol (LDL-C) n'est pas associé à la survenue d'un accident ischémique (AVC ou infarctus) comme l'ont montré de nombreuses études, dont celle qui a suivi plus de 2.500 personnes ≥ 75 ans en prévention primaire (issues de quatre projets de cohorte, dont les fameuses cohortes de Framingham)[1]. Notons qu'une récente publication concernant une cohorte danoise (13.000 personnes ≥ 70 ans, en prévention primaire, sans statine, suivies durant 7.7 ans en moyenne) a conclu à une hypothétique réduction des accidents ischémique (AVC et infarctus), en imaginant que si ces personnes avaient pris une statine au long cours, le nombre de ces accidents aurait été réduit de 30%[2]. Or, cet effet n'a pas été observé à cet âge dans les études d'intervention randomisée (méthode la plus rigoureuse et fiable, évitant la plupart des biais). En effet, les deux seules études de ce type qui ont comparé statine et placebo pour la prévention primaire d'un infarctus ou AVC chez des personnes ≥ 70 ans ont montré peu de bénéfice : réduction non-significative dans JUPITER et marginale dans HOPE-3 (400 personnes à traiter par statine durant un an pour prévenir un événement). Une étude observationnelle de type cohorte (plus de 46.000 personnes ≥ 75 ans suivies durant 5 ans environ en Espagne) a montré qu'il n'y a pas d'association entre l'utilisation d'une statine et la survenue des accidents ischémiques (AVC et infarctus), sauf en cas de diabète sucré de type 2[3].

Toute étude observationnelle comprend un important risque de biais, en ce sens que la personne et son médecin ont habituellement plus tendance à demander et à prescrire une statine quand la personne est en bonne santé et porteuse d'un bon pronostic. C'est probablement ce biais qui explique la diminution des événements (AVC et infarctus, mortels ou non) chez des personnes ≥ 80 ans chez lesquelles une statine a été débutée après un premier AVC[4]. Dans ce même ordre d'idée, il faut se méfier de tirer des conclusions de l'étude de cohorte française dans laquelle il est rapporté que l'interruption d'une statine en prévention primaire chez des personnes ≥ 75 ans a été associée à un surcroît d'hospitalisation pour raison cardiovasculaire[5]. C'est en effet – et à juste titre – chez les personnes âgées en mauvaise santé et en fin de vie qu'un tel traitement préventif est souvent interrompu.

Ne pas commencer une statine après l'âge de 75 ans est donc approprié, sauf en présence d'un évènement ischémique cérébral ou cardiaque d'origine athéroscléreuse par accumulation de mauvais cholestérol dans les parois des artères. Il importe donc de bien distinguer la prévention secondaire de la prévention primaire, ce que ne fait pas clairement une récente méta-analyse sur les traitements hypocholestérolémiants après l'âge de 75 ans[6]. Des recommandations de bonne pratique concernant la « dé-prescription » des statines chez les personnes âgées en mauvaise santé sont encore presque inexistantes[7]. La question du caractère (f)utile d'une statine chez les personnes âgées a été débattue dans un article rédigé il y a quelques années par l'auteur de ces lignes[8].

Références :

1. Nanna M.G. et al. J Am Geriatr Soc 2019 ;67 :2560-7.
2. Mortensen M.B. et al. Lancet 2020 ; 396 :1644-52.
3. Ramos R. et al. BMJ 2018 ; 362 : k3359.
4. Lefeber G.J. et al. Stroke 2021 ;52 :1244-52.
5. Giral Ph. et al. Eur Heart Journal 2019 ; 40 :5316-25.
6. Gencer B. et al. Lancet 2020, November 10, online.
7. van der Ploeg M.A. et al. J Am Geriatr Soc 2020 ;68 :417-25.
8. Boland B. Louvain Médical 2017 ;136 :508-13.

SEMAINE DU COEUR

Chaque année, la Ligue Cardiologique Belge organise « La Semaine du Cœur » : une semaine de sensibilisation aux dangers que comportent nos mauvaises habitudes et qui a pour but de conscientiser le grand public sur la prévention des maladies cardiovasculaires.

Pour la 42ème édition, nous mettons l'accent sur **l'AVC (Accident Vasculaire Cérébral)** via la campagne **«Votre corps parle, apprenez à l'écouter».**

Qu'est-ce qu'un AVC ? Comment le reconnaître ? Comment réagir ? Tant de questions auxquelles nous voulons répondre au cours de La Semaine du Cœur, dans le but de sauver un maximum de vies. Pour l'occasion, un petit film informatif ainsi qu'une brochure et un poster seront largement diffusés dans tout le pays. Ces trois supports contiennent de l'information scientifique vulgarisée sur l'AVC, et sont disponibles gratuitement sur notre site www.liguecardioliga.be.

La Semaine du Cœur se déroulera du lundi 20 septembre au dimanche 26 septembre 2021.

Et, comme chaque année, les hôpitaux et, plus spécifiquement, les centres de revalidation vous ouvriront leurs portes durant cette période. L'occasion de participer à des conférences, de poser des questions, de s'informer ou encore de se faire contrôler.

Retrouvez toutes les activités sur notre site internet www.liguecardioliga.be



PODCAST DE LA LIGUE "ÇA VIENT DU COEUR"

Des victimes d'un accident vasculaire cérébral témoignent dans les tous **premiers podcasts** de la Ligue Cardiologique Belge.

Ecoutez les via **Spotify, Google Podcasts, Overcast and Apple Podcasts** et faites-nous savoir si vous souhaitez écouter d'autres podcasts de la Ligue à l'avenir.



Si vous aussi vous voulez raconter votre histoire, n'hésitez pas à nous contacter à l'adresse suivante : **info@liguecardioliga.be**

REANIM - L'APPLICATION POUR SAUVER DES VIES

Le 16 octobre, c'est la journée internationale de la réanimation cardiopulmonaire. C'est aussi l'occasion pour nous de vous rappeler notre application « Reanim » qui cartographie les défibrillateurs externes automatiques du territoire belge.

Reanim permet aux témoins d'un arrêt cardiaque de trouver le défibrillateur le plus proche, d'appeler les secours en un simple clic, et de les guider vers les bons gestes à apporter avant leur arrivée.

C'est grâce à cette application que nous augmenterons les chances de sauver un maximum de vies.

En l'absence de prise en charge, l'arrêt cardiaque est mortel en quelques minutes. Plus de 10.000 personnes/an sont victimes d'un arrêt cardiaque survenu en dehors de l'hôpital : en rue, au travail, à la maison ou dans un club sportif. Sans intervention extérieure, à peine 10 % des victimes y survivent. Leurs chances seraient 2 à 4 fois plus élevées en cas de réanimation cardiopulmonaire immédiate. Et si un choc électrique est administré par défibrillateur dans les 3 premières minutes, le taux de survie pourrait même atteindre 75 %.

Reanim : 5 étapes pour sauver une vie

• Placez la victime dans une zone sécurisée

• Vérifiez qu'elle est bien en arrêt cardiaque, inconsciente et qu'elle ne respire plus

• Appelez immédiatement **le 112** via votre téléphone ou via l'application

• Entamez un massage cardiaque : 30 fortes pressions au milieu du thorax, en enfonçant le sternum de 5 à 6 cm, au rythme de 100 à 120 pressions/minute, sur le rythme de « Stayin' Alive », le tube des Bee Gees!

• Défibrillez à l'aide d'un DEA. Ce choc électrique va permettre au cœur de redémarrer.

L'application est disponible pour iPhone et Android, en 3 langues.

ils nous soutiennent

FLUXYS

Au printemps dernier, pendant plus de deux mois, des collaborateurs de Fluxys ont été invités à marcher pour leur cœur et avec leur cœur. Grâce à l'initiative "Walking together with heart", ils ont en effet pu garder la forme en cette période de télétravail obligatoire tout en soutenant la Ligue cardiologique belge. Leurs efforts ont permis de remettre un chèque de 10.000 € à la Ligue.



Si vous aussi vous avez envie de nous soutenir, n'hésitez pas à nous proposer vos idées généreuses et initiatives impliquées

LA VACCINATION CHEZ LES PATIENTS CARDIAQUES

COMPTE-RENDU DU CONGRÈS DE LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE DU 3 JUIN 2021

L'histoire de la vaccination

Les premières vaccinations ont débutées en 1796. Ce vaccin était particulier puisqu'il utilisait un virus infectant les vaches et peu pathogène pour l'homme, le virus de la vaccine, pour protéger les humains contre le virus de la variole très pathogène.

Avec l'apparition de cette nouvelle technique médicale, apparurent également les premiers « antivax », réticents. Ils étaient convaincus que des parties de vache allaient pousser sur nos corps, créant des êtres mi-vaches mi-humains. Force est de constater, 200 ans plus tard, qu'ils avaient tort: ce vaccin est un énorme succès de l'histoire de la médecine car il permit, accompagné d'autres mesures sanitaires, d'éradiquer la variole, cette maladie n'existant plus depuis 1980. La Belgique a d'ailleurs arrêté l'obligation de vaccination antivariolique en 1981.

Depuis, de nombreux vaccins viraux ont été développés, selon différentes techniques, avec toujours le même but : induire une mémoire immunitaire, et que cette mémoire dure le plus longtemps possible. Selon les virus, une dose suffit ou des rappels sont nécessaires de temps en temps.

Techniques	Vaccin vivant atténué	Vaccin inactivé	Vaccin fractionné	Protéines recombinantes
Avantages	Très immunogène	Pas de mutations du virus puisque le virus ne se réplique plus	Sécurité ++, aucun risque de maladie puisque le virus complet n'est pas présent	Production plus contrôlée, aucun risque de maladie puisque le virus complet n'est pas présent
Inconvénients	Le virus continue à se répliquer et muter	Moins immunogène, on ajoute parfois un adjuvant pour booster la réponse immunitaire	Peu immunogène, on ajoute un adjuvant pour booster la réponse immunitaire	Peu immunogène, on ajoute un adjuvant pour booster la réponse immunitaire
Exemple	Rougeole	Hépatite A	Grippe H1N1	Papillomavirus

L'élément commun des vaccins du tableau ci-dessus est que l'antigène (qui va provoquer la réponse immunitaire souhaitée) est produit en laboratoire avant d'être injectée dans le corps.

Des techniques plus récentes, les vaccins à vecteurs d'expression, permettent maintenant la production de l'antigène par nos cellules, suite à l'injection. C'est le cas du vaccin contre Ebola, développé en 2016, et des vaccins contre le Sars-Cov2 distribués en Belgique pour l'instant (AstraZeneca, Janssen, Pfizer, Moderna).

Quelle est l'importance de l'hôte qui reçoit le vaccin ?

L'efficacité d'un vaccin varie toujours entre les personnes, aucun vaccin n'est efficace à 100%, d'où l'importance d'une couverture vaccinale suffisante pour diminuer la propagation du virus et protéger les personnes qui n'auraient pas induit une réponse immunitaire suffisante pour se protéger eux-mêmes.

La vaccination chez les patients cardiaques

Les vaccins suivants sont incontournables pour les patients cardiaques :

- Sars-Cov2 (Covid19)
- Streptoccoccus pneumoniae (Pneumocoque)
- Virus influenza (Grippe)
- Vaccins classiques (tétanos, coqueluche, diphtérie, etc.)

Parlez-en à votre médecin, pour une première vaccination ou pour un rappel de vaccination.

Le point sur le Pneumocoque

+/- 1 million de décès par an dans le monde.

Le taux de vaccination pour le pneumocoque est actuellement beaucoup trop bas ! On estime que 90% de la population à risque d'infection sévère n'est pas vaccinée. Les patients cardiaques font partie de cette population à risque.

La recommandation du Conseil Supérieur de la Santé, suivie par la Ligue Cardiologique Belge, est que les personnes appartenant aux catégories suivantes doivent se faire vacciner régulièrement contre le pneumocoque :

- Toutes les personnes de 65 à 85 ans en bonne santé
- Toutes les personnes de 19 à 85 ans avec risque élevé de maladie à pneumocoque
- Toutes les personnes de 50 à 85 ans avec une comorbidité

Si vous faites partie de l'un de ces groupes, ou que vous n'êtes pas sûr, parlez-en à votre médecin.

loterie nationale
BIEN PLUS QUE JOUER

Vous avez aimé ce magazine, vous souhaitez être informé de ce qui est bon pour votre cœur ?

N'hésitez pas à vous abonner !

L'abonnement s'élève à 15 € par an pour 4 numéros.

Pour vous abonner,
veuillez verser 15 € sur ce compte :
Ligue Cardiologique Belge
BE25 0012 6378 2482

CŒUR & ARTÈRES
Journal de la **Ligue Cardiologique Belge**

DIRECTRICE GÉNÉRALE : Sandrine Daoud
ADMINISTRATRICE DÉLÉGUÉE : Michèle Paque

COMITÉ SCIENTIFIQUE :
Prof. Antoine Bondue (ULB), Président
Prof. Ernst Rietzschel (UGent)
Prof. Nicolas Paquot (ULg)
Dr. Muriel Sprynger (CHU Liège)
Prof. Jean-Luc Balligand (UCL)
Dr. Olivier Descamps (UCL)
Prof. Jean-Luc Vandenbossche (ULB)
Prof. Philippe van de Borne (ULB)
Prof. Ruben Casado (ULB)
Prof. Thomas Vanassche (KUL)
Dr. Sebastien Knecht (AZ Sint Jan Bruges)
Prof. Tine de Backer (UZ Gent)
Prof. Steven Droogmans (VUB)
Prof. Jean-François Argacha (UZ Brussels)
Prof. Julie De Backer (UZ Gent)
Prof. Patrick Chenu (UCL)
Dr. Nada Lakiss (Bouges)
Prof. Anne-Catherine Pouleur (UCL)
Dr. Jimmy Fontaine (SSMG)
Dr. Jos De Smedt (Domus Medica)

COMITÉ DE RÉDACTION :
Dr Jean-Claude Lemaire
Prof. Christian Brohet
Prof. Bernard Cosyns
Prof. Luc Piérard
Prof. Jean-Luc Vandenbossche
Sandrine Daoud
Audrey Velghe-Lenelle
Dominique Kocklenberg
Katrien Verberckmoes

EDITEUR RESPONSABLE :
Sandrine Daoud
Rue des Champs Elysées, 63
1050 Bruxelles

DONS
(déductibles fiscalement à partir de 40 euros)
BE77 0010 2495 4742

Dit tijdschrift verschijnt eveneensin het Nederlands («Hart & Slagaders»)
La Ligue Cardiologique Belge n'engage aucune responsabilité quant aux publicités.

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE
Rue des Champs Elysées, 63
1050 Bruxelles
Tél. : 02/649 85 37
info@liguecardioliga.be
www.liguecardioliga.be
Tous droits de reproduction réservés

POUR 4 PERSONNES

PRÉPARATION 15 MIN

CUISSON 5 MIN

FACILE

€€€



à table !

MOULES AUX TOMATES ET AU PIMENT

- **2 kg de moules**
- **1 + 2 c à s d'huile d'olive**
- **4 gousses d'ail, hachées**
- **4 échalotes, hachées**
- **1 c à c de sambal oelek**
- **2,5 dl de vin blanc, sec**
- **1/2 kg de tomates fraîches, coupées en dés**
- **2 c à s de coriandre, hachée**
- **sel, poivre**

1. Grattez et rincez les moules.
2. Faites chauffer 1 c à s d'huile dans une cocotte à fond épais. Faites sauter rapidement l'ail et l'échalote.
3. Ajoutez les moules dans la cocotte. Couvrez et laissez cuire 3 à 4 min sur feu vif, en remuant fréquemment jusqu'à ce que toutes les moules soient ouvertes.
4. Salez et poivrez. Ajoutez le sambal oelek et le vin blanc. Poursuivez la cuisson, 2 min.
5. Ôtez les moules. Réservez au chaud.
6. Prolongez la cuisson pour réduire le jus et ajoutez les dés de tomates ainsi que l'huile d'olive restante.
7. Répartissez les moules et les tomates dans 4 assiettes creuses ou dans des bols. Nappez de sauce et parsemez de coriandre

+ Délicieux avec une salade pois chiches aux tomates cerises, une baguette ou des tranches de pain de campagne.
+ Le bon geste : jetez les moules qui ne se seraient pas ouvertes durant la cuisson

E 150 kcal/627 kJ - P 12 g - L. T. 8.6 g - L.S. 1.6 g - G 6.2 g - F 2,6 g - Ch 145 mg

+ La bonne nouvelle nutritionnelle : aux antipodes de nos 'moules frites', cette préparation s'avère être bien dosée en protéines, légère en lipides totaux et surtout en acides gras saturés. De quoi faire oublier le contenu en cholestérol quelque peu élevé des moules. Le savoureux liquide de cuisson en fait presque une 'soupe-repas'. Les tomates gagnent à ne pas être pelées et épépinées pour garder plus de fibres, de vitamine E et d'acides gras essentiels