

associations
médicamenteuses et
interactions

LA TOUX ET LES IEC

échos

PLEASE STAND UP & MOVE

MARS
2020

P 206097
DÉPÔT GENTX



facteurs de risque
**DÉGRADATION DE
L'ENVIRONNEMENT
ET RISQUE
D'INFARCTUS
DU MYOCARDE**



coeur & artères

JOURNAL DE LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE

appel aux dons

**LA LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE,
L'ASSOCIATION QUI SE BAT POUR VOTRE CŒUR
DEPUIS 50 ANS.**

**Laissez parler votre cœur, faites un don à la Ligue.
Vous pouvez nous aider à sauver des vies.**

La Ligue Cardiologique Belge ne reçoit aucune subvention de l'État.
Nous faisons appel à votre générosité pour nous aider à poursuivre notre mission de
prévention et à lutter contre l'une des premières causes de mortalité en Belgique :
les maladies cardiovasculaires.

De tout cœur **MERCI !**

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE

BE77 0010 2495 4742

BIC : GEBA BE BB

Les dons sont fiscalement déductibles à partir de 40 € par an.
Dans ce cas, vous recevrez une attestation fiscale.

LES RECOMMANDATIONS NUTRITIONNELLES : À PRENDRE AVEC UN GRAIN DE SEL !



Nous sommes souvent confrontés à des avis péremptoires concernant les bénéfices ou risques supposés de tel ou tel nutriment ou aliment sur notre santé. De plus, des avis contradictoires circulent et expliquent la confusion qui règne dans ce domaine. Néanmoins, les autorités sanitaires n'hésitent pas à diffuser des « recommandations » ou plutôt des « directives » qui se basent sur les résultats d'études scientifiques présentées comme étant fiables.

Or, il faut bien constater que beaucoup de ces études épidémiologiques menées dans le domaine de la nutrition sont critiquables d'un point de vue méthodologique. La plupart sont des études observationnelles **où l'on compare une cohorte d'individus consommant tel aliment à une autre n'en consommant pas, en se focalisant sur un seul nutriment (sucres, graisses) sans tenir compte de leurs associations (pâtisseries)**, sans contrôler suffisamment les « facteurs confondants » (les autres facettes du mode de vie en dehors de l'alimentation), en utilisant des questionnaires sur la consommation alimentaire du passé (le jour, la semaine, le mois d'avant...). Même lorsque l'on regroupe plusieurs études dans ce que l'on appelle une « méta-analyse », il persiste le risque d'un biais de sélection, c'est-à-dire le choix d'études publiées dont les résultats vont dans le sens de votre hypothèse de départ !

Un exemple de l'effet pervers de recommandations nutritionnelles est la situation aux Etats-Unis où l'on a nettement surestimé le risque des graisses saturées (d'origine animale essentiellement) et sous-estimé la responsabilité du sucre sur la santé cardiovasculaire de la population américaine. Cela explique sans doute l'incroyable augmentation du nombre de cas d'obésité et de diabète dans ce pays. La directive de

SOMMAIRE

3 • édito
RECOMMANDATIONS
NUTRITIONNELLES

**5 • associations
médicamenteuses et
interactions**

LA TOUX ET LES IEC
INHIBITEURS DE L'ENZYME
DE CONVERSION

6 • échos de la Ligue
PLEASE STAND UP & MOVE !

7 • facteurs de risque
DÉGRADATION DE
L'ENVIRONNEMENT ET RISQUE
D'INFARCTUS DU MYOCARDE
ETUDE EMIR

9 • questions/réponses

11 • à table !

limiter la consommation de graisses saturées à moins de 10% du bilan énergétique est non seulement difficile à comprendre, mais elle ne correspond pas aux données d'études plus récentes, menées avec de meilleures méthodes...

Un autre exemple du scepticisme qui peut régner dans le domaine de la « science nutritionnelle » est la récente controverse concernant les effets sur notre santé de la consommation de viande.

Il est de bon ton actuellement de recommander la diminution de consommation de viande rouge (toutes les viandes moins la volaille) et de viande transformée (essentiellement la charcuterie). Chez nous, le Conseil Supérieur de la Santé préconise de ne pas dépasser 300 g/ semaine de viande rouge et 30 g/ semaine de viande transformée. Aux USA, il est conseillé de limiter la consommation de viande rouge (y compris transformée) à 1 portion hebdomadaire. Au Royaume Uni, la limite est fixée à < 70 g/ jour de viande ; en France, elle est de < 500 g/ semaine de viande rouge et < 150 g/ semaine de charcuterie. Au début de cette année, un consortium de scientifiques a publié dans la revue Lancet une série d'articles appelant à une restriction drastique de la consommation de viande (< 14 g/ jour) et a appelé à l'émergence au niveau mondial d'une alimentation principalement végétarienne. Il y a quelques années, le Centre International de Recherche sur le Cancer de l'OMS avait déclaré la viande transformée cancérigène et la viande rouge « probablement » cancérigène !

Le mois dernier, un fameux pavé dans la mare a relancé la controverse, avec tentative de réhabiliter la consommation de viande rouge. Dans 5 articles parus simultanément dans le même numéro de la revue « Annals of Internal Medicine » un groupe de 19 chercheurs indépendants, sans conflit d'intérêt, ont publié les résultats de revues systématiques et de méta-analyses. Les trois premiers articles portent sur des méta-analyses regroupant des centaines d'études épidémiologiques de cohortes et des millions de sujets.

Au moyen d'une méthodologie bien validée, on y examine les relations entre consommation de viande et survenue de maladies cardio-métaboliques, cancers et mortalité. La quatrième étude porte sur

12 essais cliniques randomisés **où l'on compare les effets de la consommation pendant une courte période de 6 mois de diverses quantités de viande rouge**. La conclusion générale de ces 4 études est que « la consommation de viande rouge n'a que peu pas d'effet sur les événements cardio-métaboliques, ainsi que sur l'incidence ou la mortalité du cancer ».

Le cinquième article publié dans cette revue tombe malheureusement dans le piège qui guette ceux qui accordent trop de crédit aux études épidémiologiques nutritionnelles, **en ne tenant pas compte des limites de leurs propres études** et en édictant une ferme recommandation selon laquelle « les adultes peuvent continuer à consommer leur quantité habituelle de viande rouge, sauf s'ils estiment devoir réduire par eux-mêmes cette consommation » !

Il n'est pas étonnant que cette publication ait provoqué un torrent de commentaires acerbes de pratiquement toutes les instances officielles dans le domaine santé-nutrition. Certains ont même utilisé le terme de « terrorisme intellectuel » appelant la revue à retirer ces articles tandis que les auteurs incriminés parlaient de « réactions hystériques » !

Que retenir de cette controverse concernant la viande ?

En pratique, **dans la population générale**, plutôt que de fixer des limites journalières **ou hebdomadaires**, ne vaut-il pas mieux diffuser des messages de bon sens tels que : « Mangez de façon équilibrée et variée, en privilégiant les fruits et légumes, et, pourquoi pas, en remplaçant 2 à 3X par semaine la viande rouge par de la volaille, des œufs, du poisson ? Evitez les régimes d'exclusion (jeûne total, sans viande, sans lait...). Favorisez les produits naturels peu ou pas transformés (burger végétal avec fausse viande= une horreur sur le plan nutritionnel !). **Des conseils plus précis, avec éventuellement indication des quantités journalières ou hebdomadaires préconisées, seront réservés à des cas particuliers (obésité, diabète, antécédents, etc.)**

Enfin, retenons qu'en recherche épidémiologique, un lien d'association n'est pas un lien de causalité, et que les études nutritionnelles permettent de générer des hypothèses, mais en aucun cas des recommandations, encore moins des directives.

LA TOUX ET LES IEC

INHIBITEURS DE L'ENZYME DE CONVERSION

La toux est un symptôme très fréquent, accompagnant la plupart des affections bronchopulmonaires. Elle peut cependant être secondaire à une classe de médicaments.

Connaître cet effet secondaire, tant pour le médecin que pour le patient, peut éviter de recourir à des examens parfois nombreux, et de rapidement faire le test de remplacement de médicament.

Les IEC sont cette classe de médicaments utilisés depuis les années 1980, qui ont pris une place prépondérante dans le traitement des maladies cardiovasculaires, aussi bien dans la prévention, en particulier l'hypertension artérielle, mais aussi en prévention générale du risque cardiovasculaire, et comme traitement, en particulier dans l'insuffisance cardiaque.

Le bénéfice bien établi de ces molécules provient du fait qu'elles inhibent la transformation de l'Angiotensine I (inactive) en Angiotensine II (active), peptide circulant ayant un effet néfaste sur l'ensemble du système circulatoire. De plus, cette inhibition bloque la dégradation d'un autre peptide vasoactif, la bradykinine, mais qui est bénéfique pour le système circulatoire. Malheureusement, cette bradykinine provoque une irritation bronchique et de la toux. Cet effet secondaire apparaît dans 5 à 30% des cas selon les études.

Bien qu'une autre classe de médicaments, les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II (ARA II aussi appelés « sartans ») existe depuis les années 90, avec l'avantage de ne pas stimuler la production de bradykinine, et donc de ne pas induire la toux, les IEC gardent certains avantages thérapeutiques par rapport aux ARA II, et sont souvent prescrits en première ligne, les ARA II étant leurs substituts en cas de toux invalidante.

La toux induite par les IEC est typiquement une toux sèche, irritative, non productive, survenant dans les jours à semaines qui suivent le début du traitement, mais parfois longtemps après celui-ci. C'est ce retard qui rend le diagnostic moins évident. Elle peut se présenter par petites quintes et donner une impression de gorge irritée par un corps étranger (gène pharyngo-laryngée, « chat dans la gorge »), parfois de l'enrouement, de la dysphonie peuvent



l'accompagner. L'arrêt du médicament fait en général disparaître la toux en quelques jours, plaidant donc pour la responsabilité du médicament. Parfois, la toux ne régresse qu'en quelques semaines. La toux apparaît plus fréquemment chez les personnes plus âgées, la femme y est plus sujette que l'homme, les personnes originaires de l'Asie du sud-est sont plus souvent touchés.

Cette toux n'est pas néfaste par elle-même, n'aggrave pas ou ne provoque pas de problème cardiaque.

L'Entresto est un nouveau médicament de l'insuffisance cardiaque à fonction systolique réduite (Fraction d'éjection < 35%). Il a prouvé sa supériorité par rapport aux IEC, réduisant la mortalité de 20%. C'est une association d'un ARA II (le Valsartan) et d'un inhibiteur de la néprilysine (le Sacubitril). La néprilysine est une enzyme qui dégrade la bradykinine, ainsi que d'autres peptides vasoactifs comme les peptides natri-urétiques. Son inhibition augmente le taux de ces peptides favorables expliquant le bénéfice thérapeutique.

Comme la bradykinine est moins dégradée, la toux est également un effet secondaire de l'Entresto. Cependant, la fréquence de la toux est moindre qu'en cas de prise d'IEC, de l'ordre de 10%, probablement parce que le taux de bradykinine est moins élevé.

Que faire si la toux apparaît sous IEC ou sous Entresto ?

Si la toux est vraiment invalidante, et si aucune autre cause transitoire n'est présente, il faudra se résoudre à arrêter définitivement ces médicaments et les remplacer par des ARA II.

PLEASE STAND UP AND MOVE

8/19 AU
JUN 2020

Nouvelle campagne de la Ligue contre la sédentarité au travail

L'urbanisation et le développement de nos sociétés nous donnent moins d'occasions de bouger et de dépenser de l'énergie, au travail ou à la maison. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, environ 3,2 millions de décès sont imputables annuellement au manque d'activité physique.

Ceci fait de la sédentarité l'un des 10 facteurs de risque les plus mortels du monde. En effet, elle augmente grandement les risques de développer des maladies non transmissibles, comme les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète.

C'est aujourd'hui un adulte sur 4 qui manque d'exercice, ainsi que plus de 80% des adolescents du monde.

Partant de ce constat, La Ligue Cardiologique Belge lançait en 2018, la première édition de la campagne « Please Stand Up », réunissant 65 entreprises.

La campagne a pour cible les entreprises belges car le lieu de travail est l'endroit où nous sommes le plus amenés à passer des heures assis derrière un bureau. Elle lutte donc avec l'aide des employés eux-mêmes contre la sédentarité au travail, pour un changement durable et généralisé du mouvement au travail.

En 2020, la Ligue Cardiologique Belge veut continuer à lutter contre la sédentarité nationale avec la deuxième édition de sa campagne "Please, Stand Up & Move !" qui sera lancée en juin prochain.

Vous pouvez inscrire votre entreprise gratuitement sur notre site internet :
www.liguecardioliga.be/pleasestandup-2020/

DÉGRADATION DE L'ENVIRONNEMENT ET RISQUE D'INFARCTUS DU MYOCARDE, ÉTUDE EMIR



L'étude porte sur l'analyse exposomique du risque d'infarctus du myocarde. Il s'agit d'un projet voulant répondre à une problématique d'actualité, à savoir les effets de la dégradation de l'environnement sur la santé cardiovasculaire.

Effet de l'environnement sur le risque d'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde est une maladie liée à l'obstruction d'une des artères cardiaques faisant suite à la fissure d'une plaque de cholestérol et à la formation d'un caillot de sang. Cette maladie a été, jusqu'à présent, considérée comme la résultante de mauvais comportements tels que le tabagisme, la sédentarité, le surpoids; et/ou une mauvaise hérédité.

Au-delà de cette vision purement comportementale ou génétique, l'infarctus du myocarde doit être désormais considéré comme une maladie environnementale. En effet, plusieurs facteurs environnementaux sont susceptibles de favoriser la survenue d'un infarctus du myocarde. Certains facteurs environnementaux agissent à un niveau individuel, et il s'agit principalement de l'exposition aux polluants organiques alimentaires (dioxine, bisphénol) et aux radiations ionisantes. L'étude de l'influence de ces facteurs individuels nécessite une approche ciblée de petits groupes de patients.

L'étude EMIR se fixe un objectif différent, celui d'étudier l'influence de facteurs agissant à un niveau plus global, autrement dit à l'échelle de la population. Il s'agit essentiellement des effets de la température ambiante, de la pollution particulaire et gazeuse de l'air ambiant, de l'exposition au bruit et enfin celui des espaces verts autour de l'habitat.

Que savons-nous à ce stade de l'influence de ces 4 facteurs environnementaux sur le risque d'infarctus ?

EFFET DE LA TEMPÉRATURE AMBIANTE: La température de l'air affecte fortement la mortalité cardiovasculaire avec une influence négative à la fois des périodes froides et des périodes chaudes.

L'étude MONICA, basée sur le suivi de 254000 hommes pendant 10 ans démontre qu'une diminution de 10°C de la température de l'air augmente de 13% le risque d'infarctus du myocarde. En Belgique, une étude a retrouvé également une augmentation de 8% des infarctus STEMI (infarctus les plus sévères) lors d'une diminution de 10°C de la température ambiante.

EFFET DE LA QUALITÉ DE L'AIR : Les polluants de l'air sont à la fois particuliers (PM 10, PM 2.5) et gazeux (dioxyde d'azote, ozone). De nombreuses

études ont démontré les effets toxiques à long terme de la pollution de l'air par les particules, de sorte que celle-ci est désormais considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire, au même titre que le tabagisme. Des dégradations rapides de la qualité de l'air entraînent un surcroît d'admissions hospitalières pour des problèmes cardiologiques. Ainsi, dans une de nos précédentes études, nous avons pu démontrer qu'un accroissement de 10 microgrammes par m³ de PM 2.5 dans l'air entraîne, dans les 24 heures suivantes, une augmentation de 2.5% des infarctus STEMI; alors qu'une même augmentation de concentration en dioxyde d'azote entraîne une augmentation de 5% de ce type d'infarctus.

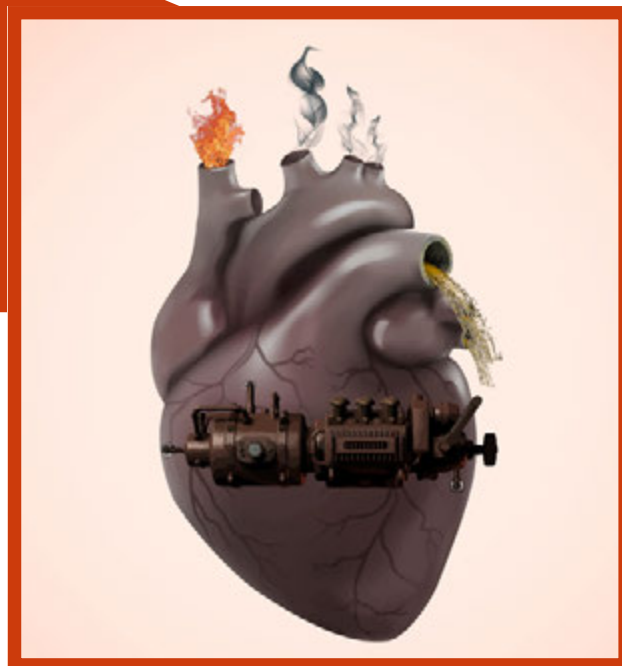
EFFET DU BRUIT : Concernant la relation entre bruit et maladie coronaire, plusieurs études démontrent une augmentation des cas de 8% par 10 décibels supplémentaires de bruit environnant en provenance du trafic routier ou du trafic aérien.

EFFET DES ESPACES VERTS AUTOUR DE L'HABITAT : Il s'agit sans doute du paramètre environnemental le plus méconnu mais, une étude Suisse a démontré une réduction de 4% de la mortalité cardiovasculaire pour les personnes habitant un environnement « vert » par rapport à ceux habitant dans une zone très urbanisée.

Rationnel et but de l'étude EMIR

Le rationnel de l'étude EMIR est simple. Il considère le fait que chaque personne n'est pas exposée à un polluant, mais à un cocktail de différents facteurs environnementaux. Il y a donc un intérêt à développer une étude qui tâchera d'établir l'effet conjoint d'un ensemble d'expositions environnementales. Cette approche est ainsi nommée « approche exposomique ».

Le but de l'étude EMIR va être d'analyser l'environnement immédiat des patients ayant présenté un infarctus du myocarde afin d'établir les effets conjoints de la température de l'air, de la qualité de l'air, du bruit et des espaces verts autour de l'habitat.



La Belgique comme laboratoire d'étude des effets de l'environnement

Cette approche dite « exposomique » est inédite, mais est rendue particulièrement possible dans un pays comme la Belgique. En effet la Belgique est un petit pays mais avec une très haute densité de population qui est placée sous la surveillance de nombreux systèmes d'analyse de l'environnement. Plusieurs décennies après la première observation mondiale des conséquences sanitaires de la pollution de l'air, lors du « smog » de la vallée de la Meuse de 1932, des outils existent désormais en Belgique permettant d'analyser en permanence la qualité de l'air, mais aussi d'autres facteurs environnementaux telles que le bruit ou des espaces verts autour de l'habitat.

Hormis des problématiques environnementales communes à d'autres pays tels que les épisodes caniculaires et de vagues de froid, les pics de pollution particulière, la pollution sonore urbaine, l'étude EMIR va adresser également des problématiques environnementales plus spécifiques à la Belgique. Il s'agit par exemples des effets de la pollution de l'air par le dioxyde d'azote et l'analyse des effets conjoints de la pollution sonore et particulière dans les environs des aéroports. Enfin, l'étude EMIR comprendra également une évaluation du statut socioéconomique afin de déterminer comment celui-ci influence la relation entre environnement et infarctus du myocarde.

Les résultats de l'étude EMIR sortiront à la fin de l'année 2020. Nous y consacrerons un article en 2021.

ARTICLE TIRÉ DE « THE EMIR STUDY »

Une étude réalisée par le Professeur J.F. Argacha, Service de Cardiologie, UZB, VUB



Loterie Nationale



questions/réponses

J'AI UNE QUESTION

Est-il vrai que l'on pourrait imprimer des médicaments en 3D? Quelle en serait l'utilité?

Plusieurs laboratoires, dont certains en Belgique (ULB, université de Gand), consacrent une partie de leur recherche à ce domaine. Aux États-Unis, ce procédé est d'application depuis 2016 pour la production d'un anti-épileptique ultra soluble, le Spiritam (qui ne pouvait être fabriqué de manière classique), fondant immédiatement dans quelques gouttes d'eau et s'ingurgitant dès lors très facilement, ce pour le traitement aigu des crises.

Mais de nombreuses autres applications peuvent être envisagées. Ainsi, il est très difficile pour les firmes pharmaceutiques mettant sur le marché

leurs médicaments en très grande quantité, de s'adapter au besoin individuel des patients. La posologie optimale doit en principe tenir compte d'un grand nombre de facteurs (âge, poids, fonctions rénale et hépatique,...) et donc idéalement être adaptée au patient. Elle doit en outre être assez souvent augmentée ou diminuée en fonction des circonstances, ceci si l'on vise un effet optimal avec un risque minimal d'effets secondaires. Actuellement le patient jongle, sur avis de son médecin, avec divers conditionnements du médicament fourni en grandes boîtes de 30 comprimés ou plus, éventuellement sécables, de par exemple 5, 20, 50,... mg. Ceci nécessite parfois un grand nombre de boîtes, surtout si le patient doit prendre plusieurs médicaments, avec un risque d'erreur et d'oubli non négligeable. Pensons aux hypertendus ou patients en insuffisance cardiaque dont le traitement comporte souvent trois, voire quatre médicaments différents, dont la posologie idéalement doit être très progressivement augmentée ou diminuée, de manière variable selon le patient. Cette technique permettrait de fabriquer aisément, de manière très précise et en petite quantité, des polypilules adaptées au patient, tant en ce qui concerne les produits actifs que les excipients,

de manière à adapter la vitesse de libération des médicaments. Il existerait même des techniques permettant de compartimenter les médicaments au sein de la pilule, résultant en des moments et des vitesses de libération différents. On pourrait ainsi enfin réaliser le rêve d'un traitement à la carte réellement adapté à un patient particulier, et non à un patient standard. Compte tenu du faible coût des imprimantes 3D (1500 à 3000 eu), ceci pourrait être réalisé en officine ou en milieu hospitalier.

On peut se demander si, malgré l'économie engendrée par la réduction du gaspillage de médicaments tels qu'utilisés conventionnellement, cette technique conduira à une diminution du coût du traitement médicamenteux là où elle sera utilisée à bon escient

Il s'agirait, certainement dans un premier temps, d'un marché de niche. L'industrie pharmaceutique continuerait à produire les principes actifs et les conditionnements standard qui demeureraient d'application pour la majorité des patients. Il est évident que la fabrication de ces médicaments sur mesure nécessitera des garanties sérieuses de conformité et de qualité, tant concernant les produits actifs que les excipients, comme c'est le cas pour les médicaments génériques.

PROF. ÉMÉR. DR. P. BLOCK

**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**

PRÉSIDENT : Prof. Alain De Wever

DIRECTRICE GÉNÉRALE : Sandrine Daoud

ADMINISTRATEUR DÉLÉGUÉ : Dr Luc Missault

COMITÉ SCIENTIFIQUE:

Dr. Luc Missault (AZ Sint-Jan Brugge), Président

Dr M. de Pauw / Prof. E. Rietzschel (UGent)

Prof. L. Piérard (ULg)

Prof. J.L. Vandenbossche (ULB)

Dr T. Vanassche (KUL)

Prof. D. Schoors (VUB)

Dr G. Van Camp (OLV Aalst)

Prof. P. Chenu (UCL)

Dr Patrick Lovens / Dr J. Vanderstraeten (SSMG)

Dr. Jos De Smedt (Domus Medica)

Prof. Marc Claeys (UA)

COMITÉ DE RÉDACTION:

Dr Jean-Claude Lemaire

Dr Luc Missault

Prof. Em. Christian Brohet

Prof. Em. Pierre Block

Prof. Bernard Cosyns

Prof. Luc Piérard

Prof. J.L. Vandenbossche

Sandrine Daoud

Audrey Velghe-Lenelle

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 eveneens in 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 10 MIN

CUISSON 10 MIN

FACILE

€€€

à table !

CURRY DE FLÉTAN AUX TOMATES, CORIANDRE ET CITRON VERT



1 c à s d'huile d'olive
2 oignons, coupés en fines lamelles
1 bouquet de coriandre, haché
1 c à s d'ail, haché
1 c à c de chili en poudre
2 c à c de gingembre, râpé
1 c à c de curry
500 g de filet de flétan
1 boîte (400 g) de tomates en cubes
1 dl d'eau
2 c à s de jus de citron vert
sel, poivre

Garniture :

quelques feuilles de coriandre
1 citron vert coupé en quatre

Conseil vin : blanc sec

Pouilly Fumé, Pouilly Fumé AC, Loire, France
Casillero Sauvignon, Aconcagua, Chili

- + Excellent avec du quinoa et des légumes rôtis au four.
- + Bon à savoir : le poisson est cuit lorsque la chair, de couleur blanc nacré devient blanc opaque.
- + Variante : préparez ce plat avec du filet de sébaste, de la perche du Nil, de la sole ou encore une daurade.

1. Faites chauffer l'huile d'olive dans une poêle à fond épais. Faites revenir l'oignon 2 min, jusqu'à ce qu'il soit transparent. Ajoutez la moitié de la coriandre, le sel, l'ail, le chili en poudre, le gingembre et le curry. Mélangez bien afin que les épices enrobent les oignons.
2. Posez le poisson sur le lit d'oignons. Ajoutez les tomates et l'eau. Couvrez et laissez mijoter à feu moyen 8 à 12 min.
3. Ajoutez ensuite le jus de citron vert et le reste de la coriandre.
4. Répartissez la garniture d'oignons et de tomates sur les assiettes. Posez par - dessus les filets de poisson. Arrosez avec le jus de cuisson. Décorez avec des feuilles de coriandre et des quartiers de citron vert.

E 174 kcal/728 kJ | P 27,2 g | L. T. 4,9 g | L.S. 0,8 g | G 5,3 g | F 2,6 g | Ch 59 mg

- + La bonne nouvelle nutritionnelle : particulièrement légère et très digeste, comprenant moins de 5 grammes de lipides totaux et moins de 1 g d'acide gras saturés, voilà une recette gastronomique, riche en saveurs et en antioxydants variés.

www.reduisonslecholesterol.be

RÉDUISEZ VOTRE CHOLESTÉROL



Le saviez-vous ?

50% des belges ont un taux élevé de cholestérol
mais seulement **30%** l'ont fait tester* !

Becel ProActiv et la Ligue Cardiologique Belge soulignent l'importance d'un taux de cholestérol sain. Un cholestérol élevé est un facteur de risque pour le développement de maladies cardiovasculaires.

LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE ASBL



*BCL Data

Becel ProActiv Original est une margarine enrichie en stérols végétaux qui réduisent le cholestérol de 7 à 10 % en 2 à 3 semaines, pour une consommation quotidienne de stérols végétaux comprise entre 1.5 et 2.4 g, dans le cadre d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain. Une cholestérolémie élevée constitue un facteur de risque de développement d'une maladie cardiaque coronarienne. Il existe d'autres facteurs de risque qu'il est également important de surveiller. Ce produit n'est pas destiné aux personnes qui ne doivent pas contrôler leur taux de cholestérol sanguin. Voir modalités sur les emballages et sur www.reduisonslecholesterol.be.