SEPTEMBRE
2020

P 206097
DÉPÔT GENT X

édito

MOINS D' INFARCTUS PENDANT LE COVID ? NON !!!

facteurs de risque cardiovasculaire

AUX TEMPS DU CORONAVIRUS

article médical

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

échos

LA SEMAINE DU COEUR

cœur & 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 !

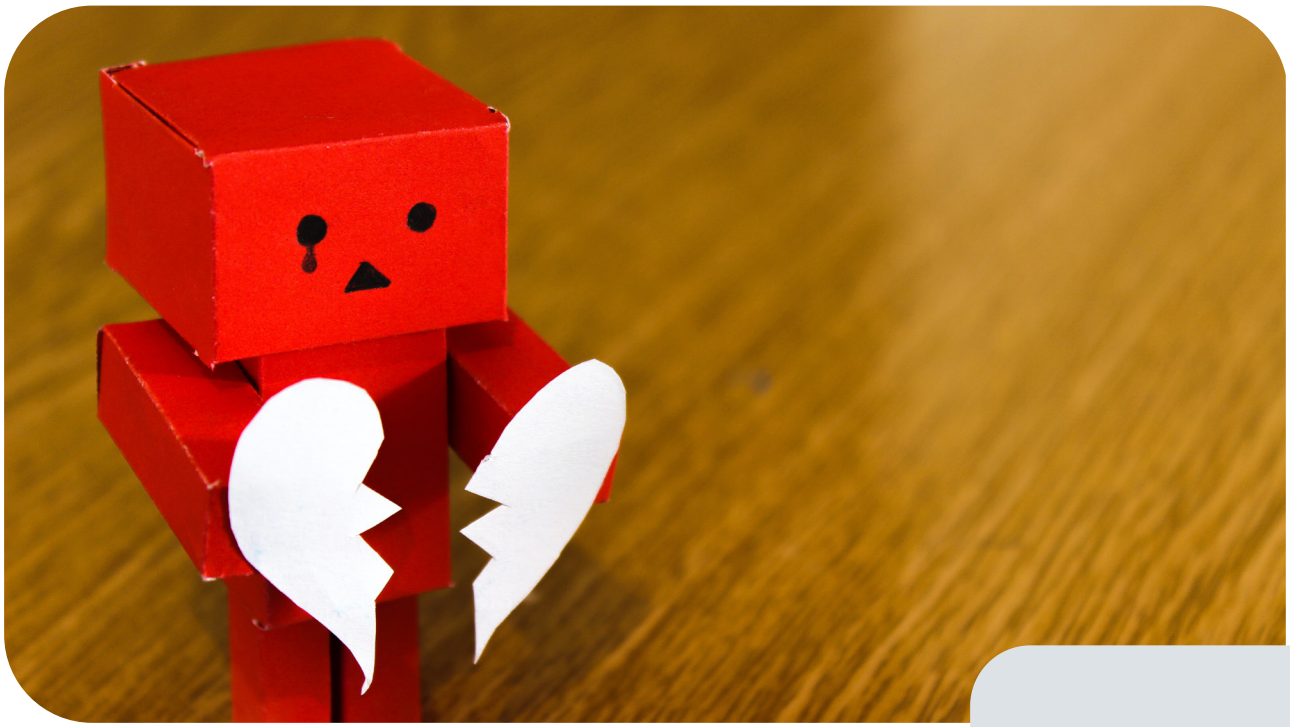
LIGUE CARDIOLOGIQUE BELGE
BE77 0010 2495 4742
BIC : GEBABEBB

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

MOINS D' INFARCTUS PENDANT LE COVID ? NON !

NE PAS NÉGLIGER LES SYMPTÔMES CARDIAQUES, NI LES TRAITEMENTS CARDIOVASCULAIRES EN PÉRIODE DE COVID

PROF. EM. JEAN-LUC VANDENBOSSCHE



Au cours de la crise sanitaire qui a atteint l'Europe occidentale à partir de janvier-fevrier, puis qui s' est étendue aux Etats-Unis et aux états d'Amérique du Sud, un même phénomène inattendu a été observé : une réduction de plus de 30% d'accidents cardiaques (infarctus) !

Cela signifie t-il que la pandémie virale aurait eu un effet protecteur sur le cœur ?

On savait que les maladies virales peuvent atteindre le cœur et produire des atteintes parfois très graves du myocarde et du péricarde, soit par un effet direct, soit en favorisant, par une brutale inflammation vasculaire, des accidents coronaires.

Il était donc incompréhensible que le nombre d'infarctus soit en baisse ; d'autant plus que le stress et l'angoisse provoqués par la pandémie, avec le nombre de décès croissant de manière exponentielle, sont un autre facteur pouvant déclencher des accidents cardiaques.

On a évoqué des raisons comme une moindre agitation professionnelle secondaire au confinement, moins d'exercice physique intense et violent, également lié à l'obligation de rester chez soi, de ne plus fréquenter les salles de sport... Il a également été question que la réduction de la pollution urbaine par l'automobile, bien réelle, en diminuant la concentration de micro-particules toxiques, aurait eu un effet bénéfique, sachant que les micro-particules inhalées peuvent passer des alvéoles pulmonaires vers le sang et produire des effets

SOMMAIRE

3 • édito
MOINS D' INFARCTUS PENDANT LE COVID ? NON !

4 • facteurs de risque
FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE AUX TEMPS DU CORONAVIRUS

6. échos
SEMAINE DU COEUR : "EN MANQUE DE SOUFFLE ?"

7. article médical
L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

10 • questions/réponses

12 • à table !

toxiques au niveau des artères.

Plusieurs enquêtes ont cependant rapidement confirmé ce que l'on pressentait : **s'il y avait moins d'infarctus arrivant dans les hôpitaux, c'est parce que le public avait peur, en se présentant dans un service d'urgence ou en appelant le SMUR, de se faire contaminer.** Certains patients dont les symptômes cardiaques étaient moins aigus craignaient également de déranger les services d'urgence, dont on nous montrait les images de services débordés et épuisés. Plus particulièrement les patients plus à risque, socialement moins favorisés et informés, comme aux Etats-Unis, les hispaniques et les afro-américains étaient jusqu'à 55% à craindre de se rendre à l'hôpital, et jusqu'à 40% prêts à rester à domicile en cas d'infarctus ou d' AVC.

Peu après, des enquêtes, dont une réalisée en région parisienne, ont mis en évidence un doublement de la fréquence d'arrêts cardiaques extra-hospitaliers, survenant le plus souvent à domicile, durant la période la plus critique de l'épidémie, soit la période du 16 mars au 26 avril. Les premières mesures d'urgence étaient moins réalisées par la famille ou des témoins présents, comme tétanisés par la crainte de toucher ou de s'approcher de la victime.

En réalité, moins de personnes avec des symptômes d'infarctus se sont présentées aux urgences, mais plus de personnes sont décédées à domicile, par retard de soins et d'appel.

Quand on sait que le pronostic d'un patient atteint d'un infarctus, arrivé à l'hôpital et traité rapidement par les moyens modernes largement disponibles en Belgique est excellent, à savoir un taux de survie à 30 jours de plus de 90%, alors que la survie de tous les infarctus, y compris tous ceux qui n'ont pas eu le temps d'arriver à l'hôpital, n'est que de 50-60%, et que les manœuvres de réanimation permettent de sauver à peine 20% des patients atteints d'arrêt cardiaque s'ils sont traités dans les meilleurs délais, on comprend aisément l'importance vitale de réagir le plus rapidement possible en cas de suspicion d'infarctus.

Pour éviter un accident cardiovasculaire, il reste donc essentiel d'être vigilant et réactif sur les symptômes prémonitoires, mais aussi et surtout de poursuivre srcupuleusement les traitements cardiovasculaires en cours : ceux-ci restent la meilleure protection.

Jusqu'à présent, il n'a nullement été confirmé que les médicaments cardiovasculaires (anti-hypertenseurs, hypo-cholestérolémiants, anti-agrégants et anticoagulants) puissent avoir des effets favorisant une contamination par le virus. Tout arrêt intempestif de ces traitements doit être absolument évité sans l'avis du médecin ou du cardiologue traitants.

facteurs de risque

FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRE AUX TEMPS DU CORONAVIRUS

PROF. EM. CHRISTIAN BROHET

Pas n'importe quel coronavirus !

La pandémie d'infections virales appelée « Covid-19» qui nous touche actuellement a comporté un lot d'incertitudes qui sont en train de se dissiper peu à peu. Nous avons acquis une meilleure connaissance des particularités de cette infection, y compris le rôle des facteurs de risque cardiovasculaires comme élément d'aggravation et de mortalité.

Ce nouveau type de coronavirus était au départ considéré certes comme très contagieux, mais relativement bénin (une « grippette » pour certains...) avec beaucoup de patients soit asymptomatiques, soit fort peu malades. Cependant, il est rapidement apparu que, chez une minorité, l'évolution était beaucoup plus grave : principalement atteinte pulmonaire (pneumonie atypique) avec nécessité d'oxygénation, de ventilation assistée en séjour aux soins intensifs où la mortalité s'est avérée très élevée. Mais le plus étonnant fut cette évolution inattendue vers une réaction inflammatoire extrême (tempête cytokinique) avec défaillance de divers organes.

Parmi ceux-ci les atteintes cardiovasculaires et les troubles de coagulation étaient à l'avant plan : embolies artérielles et veineuses (embolies pulmonaires et AVC), syndrome coronarien aigu (infarctus), atteinte

inflammatoire du muscle cardiaque (myocardite), troubles du rythme cardiaque avec risque d'arrêt cardiaque (parfois favorisé par un traitement intempestif à l'hydroxychloroquine sans surveillance électrocardiographique adéquate).

Une autre caractéristique de cette épidémie est la façon très inégale dont les pays ont été touchés. Par exemple, en Belgique à ce jour on a recensé 9774 décès pour 62058 cas confirmés, c'est-à-dire 15,7% de mortalité alors que la moyenne mondiale est rapportée comme étant de 3,4%. Par rapport à la population, on dénombre en Belgique 850 décès par million d'habitants alors qu'en Allemagne il n'y a eu que 108 morts par million d'habitants. Plusieurs explications ont été avancées pour essayer d'expliquer ces disparités : fiabilité des statistiques et façon de comptabiliser les décès, préparation à affronter les pandémies, caractéristiques d'âge et différences génétiques entre populations, précocité des moyens de dépistage et de confinement, efficacité de l'infrastructure hospitalière et des services de réanimation...On peut également penser que des différences en ce qui concerne les facteurs de risque et maladies cardiovasculaires peuvent entrer en ligne de compte.

Attention aux facteurs de risque cardiovasculaire !

On s'est rapidement aperçu de l'importance des facteurs d'aggravation. En tout premier lieu, l'âge : les taux de morbidité et de mortalité sont nettement supérieurs chez les seniors, surtout les plus de 65 ans, encore plus chez les octogénaires. Ensuite, la gravité de la maladie est accrue chez les personnes avec facteurs de risque cardiovasculaire et comorbidités. On retiendra surtout ceux-ci : hypertension artérielle (HTA), diabète, maladie cardiovasculaire (MCV) préexistante, obésité et tabagisme. Dans une étude chinoise de 1100 patients hospitalisés, on notait 15% d'HTA, 20% de diabète et 15% de MCV. Dans des maisons de repos et de soin américaines, il y avait 67% d'HTA, 31% de diabète, 60% de MCV et 40% de maladies rénales. En Belgique, dans les MRS et les unités de soins intensifs, les MCV sont présentes dans plus de la moitié des cas et 30% des patients ont au moins deux comorbidités.

Voici la statistique la plus complète provenant d'une base de données internationales « ISARIC ». A la date du 8 juin 2020, sur 42656 cas confirmés de Covid-19 suivis pendant au moins 14 jours, on dénombrait (par ordre de fréquence décroissante) : 45% d'HTA, 29% de MCV chronique, 17% de diabète, 16% de maladie pulmonaire chronique, 16% de maladie rénale chronique, 11% d'obésité.

Le facteur « tabac » mérite une mention particulière. Une observation inattendue fut le fait que les fumeurs semblaient moins souvent hospitalisés pour infection par la Covid-19. Une étude française rapportait que chez 343 patients hospitalisés « seulement » 4,4% étaient des fumeurs. Chez 139 patients traités à domicile, « seulement » 5,3% étaient fumeurs. On s'est demandé si la nicotine (par le biais de l'acide nicotinique ?) pourrait protéger contre l'infection. Le doute est venu de l'absence de confirmation de ces résultats et de l'existence de possible conflit d'intérêt de l'auteur principal de l'étude ! La position des instances officielles, dont l'OMS, c'est que le tabagisme augmente plutôt la gravité des symptômes et le risque de décès chez les patients contaminés. Cela n'étonne guère quand on connait les effets délétères de la cigarette qui produit des lésions de l'appareil pulmonaire et une baisse de l'immunité pulmonaire...

Patients cardiaques : prenez soin de vous !

Les personnes avec un risque cardiovasculaire élevé et les patients cardiaques doivent donc être particulièrement vigilants dans l'application des mesures de prévention visant à éviter la contamination.

Chez les patients hypertendus qui ont contracté la Covid-19, on s'est posé la question du maintien ou de l'arrêt du traitement par médicaments qui interfèrent avec le système de l'angiotensine II. En effet, c'est par la voie des récepteurs de cette enzyme que le virus pénètre dans les cellules. Rapidement, il fut bien établi qu'il est préférable de continuer le traitement et ce conseil fut d'application dès le début de l'épidémie.

Une autre préoccupation vient du faible nombre de cas d'infarctus et d'AVC hospitalisés pendant la période de confinement qui vient de s'achever. Il se pourrait que nombre de patients n'ont pas osé se rendre à l'hôpital de peur d'y être infectés d'autant plus que beaucoup de consultations programmées mais non urgentes avaient été supprimées. Il faut donc insister sur l'absolue nécessité d'appeler rapidement les services de santé en cas de suspicion d'infarctus ou d'AVC, sans crainte d'une hospitalisation où toutes les mesures ont été prises dès le départ pour séparer les circuits Covid-19 et non-Covid-19 !

Conclusion : restons sur nos gardes !

La pandémie n'est pas terminée...Dans l'attente d'un vaccin et de médicaments antiviraux efficaces, il importe de maintenir les gestes de prévention qui sont d'autant plus importants chez les personnes à risque, les personnes âgées, celles avec facteurs de risque cardiovasculaire et diverses comorbidités. Ce seront également ces mêmes catégories qui devraient avoir priorité pour l'accès au vaccin quand il sera disponible.

SEMAINE DU COEUR : "EN MANQUE DE SOUFFLE ?"

La 41ème édition de la Semaine du Cœur s'est déroulée du 21 au 27 septembre 2020.

Cette initiative de La Ligue Cardiologique Belge vise à mettre en garde le grand public contre les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque.

Focus cette année sur l'insuffisance cardiaque et l'un de ses principaux symptômes, l'essoufflement, via la campagne « En manque de souffle ? »

Avec sa nouvelle campagne « En manque de souffle ? Et si vous profitiez de votre anniversaire pour déceler les premiers symptômes », la Ligue Cardiologique Belge veut éveiller l'attention des Belges à l'essoufflement, un des symptômes visibles de l'insuffisance cardiaque, une pathologie qui touche environ 2 % de la population belge adulte, quelques environ 220 000 belges.

HEARTDAY CANDLES : des bougies pour déceler l'insuffisance cardiaque.

Comment lutter contre les maladies cardiovasculaires et déceler les premiers signes de l'insuffisance cardiaque?

Grâce aux Heartday Candles de la Ligue Cardiologique Belge !

À chaque anniversaire, la Ligue Cardio vous proposons un petit test de souffle.

Anniversaire... souffle... Vous voyez où nous voulons en venir, pas vrai ? Les bougies, évidemment ! Mine de rien, souffler sur ses bougies d'anniversaire permet de garder un œil sur sa santé cardiovasculaire, car un manque de souffle peut-être le symptôme d'une insuffisance cardiaque.

Sur la boîtes de bougies, il y a également **une liste de 10 questions à se poser pour tester votre coeur.**

Pour recevoir nos bougies pour 1€ symbolique, rendez-vous sur notre site : **www.liguecardioliga.be**

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

PROF. DR. ANTOINE BONDUE, PRÉSIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE DE LA LIGUE

Le cœur est un muscle qui se contracte puis se relaxe de façon répétée, agissant comme une pompe pour faire circuler le sang dans le corps. Pour que cette fonction de pompage soit remplie correctement, il faut que le cœur se contracte et se relaxe bien, et que les valves cardiaques qui orientent le courant sanguin soient efficaces.

Parfois, le cœur pompe moins bien que ce dont l'organisme a besoin, et ne permet plus de satisfaire les besoins du corps en oxygène. C'est ce qu'on appelle l'insuffisance cardiaque.

Elle apparaît généralement après que le cœur a été endommagé ou lorsqu'il est affaibli. Elle est une conséquence de très nombreuses maladies cardiaques.

Même si l'insuffisance cardiaque se manifeste le plus souvent chez des personnes âgées, elle peut aussi se manifester chez des jeunes, chez qui elle est d'ailleurs souvent difficile à reconnaître.

En se basant sur les chiffres connus dans d'autres pays, on estime le nombre de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque en Belgique à 2% de la population, soit environ 220.000 Belges.

Les dysfonctionnements possibles

Une cause possible d'insuffisance cardiaque est un cœur affaibli qui ne se contracte plus (« insuffisance systolique ») ou ne se relâche plus (« insuffisance diastolique ») suffisamment. La fonction de pompe est diminuée.

Un cas particulier d'insuffisance cardiaque est un problème lié aux valves. Pour rappel, les valves sont les petits clapets du cœur qui régulent le flux de sang qui y passe, et qui imposent un sens unique au trajet du sang, assurant l'efficacité de la contraction cardiaque. Ces clapets peuvent se rétrécir et gêner le passage du sang (c'est ce qu'on appelle des « sténoses ») ou ne plus se fermer correctement et permettre un reflux de sang en sens inverse par rapport à son trajet normal (c'est ce qu'on appelle des « régurgitations »). Dans les deux cas, le cœur doit pomper plus fort qu'à la normale pour compenser cette perte d'efficacité. Le travail du cœur s'en trouve augmenté, ce qui peut à terme mener aussi à une fatigue du muscle cardiaque.

Bien sûr, les problèmes de rythme sont également une cause d'insuffisance cardiaque : l'accélération ou le ralentissement extrême du cœur entraînent une inadaptation de cette fonction de pompe aux besoins. Plutôt que la cause, les problèmes de rythme peuvent par ailleurs être une conséquence de l'insuffisance cardiaque, et leur prise en charge efficace chez ces patients est de ce fait particulièrement importante.

L'insuffisance cardiaque gauche

L'insuffisance cardiaque gauche représente le défaut de fonction du cœur gauche.

Lorsque la pression monte dans le cœur gauche, les poumons, situés en amont du cœur gauche, s'engorgent d'eau et gonflent (œdème pulmonaire).

Très fréquemment cette augmentation de pression à gauche s'accompagne par la suite d'une insuffisance cardiaque droite (œdèmes, prise de poids et surcharge volémique).

Typiquement, le patient prend du poids et ressent des difficultés à respirer et de la fatigue.

Notre respiration est un phénomène automatique. Nous ne nous rendons pas compte que nous respirons. Lorsque la respiration devient consciente et difficile (sans qu'on puisse en déterminer la cause), il faut s'en inquiéter.

L'insuffisance cardiaque gauche entraîne donc souvent une insuffisance cardiaque droite après un certain temps, on parle alors d'insuffisance cardiaque globale.

L'insuffisance cardiaque droite

L'insuffisance cardiaque droite représente le défaut de fonction du cœur droit.

Lorsque la pression monte dans le cœur droit, les organes situés en amont du coeur droit s'engorgent d'eau et gonflent. Ces gonflements des membres

inférieurs (chevilles, pieds) et du foie sont très typiques de l'insuffisance cardiaque droite.

Les symptômes et signes (à repérer le plus rapidement possible) :

- Essoufflement et difficulté à respirer
- Perte de capacité à l'effort
- Sensation d'étouffement en position couchée
- Œdème (gonflement) de certaines parties du corps : pieds, jambes, veines du cou, foie
- Prise de poids importante soudaine (liée à la rétention d'eau)
- Fatigue
- Palpitations
- Toux
- Besoin d'uriner plus fréquemment la nuit
- Troubles de la mémoire

Diagnostic :

Il est important d'avoir un diagnostic précoce pour adopter une bonne stratégie dans la gestion de la maladie. Plus tôt on détecte l'insuffisance cardiaque, mieux on peut en traiter la cause. De plus, les médicaments actuels d'insuffisance cardiaque permettent non seulement de ralentir l'évolution de la maladie, mais aussi de diminuer la mortalité et les hospitalisations des patients qui en sont atteints. Plusieurs études montrent qu'un diagnostic précoce améliore le pronostic. Il est donc nécessaire de rester vigilant et d'apprendre à reconnaître tôt les symptômes de l'insuffisance cardiaque.

Vivre avec une insuffisance cardiaque :

Il n'existe pas de remède « miracle » à l'insuffisance cardiaque (sauf si on en supprime la cause) mais avec un diagnostic rapide, des contrôles réguliers chez le médecin, des améliorations dans l'hygiène de vie et des traitements médicamenteux adaptés, les patients peuvent vivre une vie normale et active plus longtemps, et éviter des complications et des hospitalisations.

Tout cela permet de ralentir considérablement l'évolution de la maladie.

Soyez donc à l'écoute de votre cœur et prenez en soin :

- prenez vos médicaments conformément aux indications de votre médecin
- surveillez votre poids
- adaptez votre alimentation et diminuez votre consommation de sel
- limitez votre consommation d'alcool
- arrêtez de fumer
- pratiquez davantage d'activité physique (modérée ou plus intense)
- diminuez votre exposition au stress

*Becel ProActiv contient des stérols végétaux. Il est scientifiquement prouvé que les stérols végétaux peuvent réduire le taux de cholestérol sanguin. Un taux de cholestérol élevé est un facteur de risque dans le développement de maladies cardiovasculaires. Ce développement tient à de multiples facteurs de risque et la modification de l'un de ces facteurs peut ou non avoir un effet bénéfique. La consommation journalière de 1,5-2,4g de stérols végétaux peut réduire le cholestérol sanguin de 7 à 10% en 2 à 3 semaines. Il est important de consommer Becel ProActiv en adoptant un mode de vie sain et une alimentation saine contenant assez de fruits et de légumes en vue de maintenir les niveaux de caroténoïdes. La consommation quotidienne de 2-3 portions de Becel ProActiv Original suffit déjà à réduire le taux de mauvais cholestérol (LDL). Une quantité optimale de stérols végétaux est consommée avec 3 portions (=30g de Becel ProActiv Original).

J'AI UNE QUESTION

DR . JEAN-CLAUDE LEMAIRE

J'AI 70 ANS ET DEPUIS MA MÉNOPAUSE, MON MÉDECIN ME RÉPÈTE QUE MON RISQUE CARDIOVASCULAIRE EST TROP ÉLEVÉ. ON VIENT DE ME DIAGNOSTIQUER UNE OSTÉOPOROSE QU'IL FAUDRAIT TRAITER ET JE ME DEMANDE SI CELA AURA UNE INFLUENCE POUR MON CŒUR.

Votre question est très pertinente car l'ostéoporose et son risque de fractures, concernent surtout des sujets qui, en raison de leur âge, ont déjà un risque cardiovasculaire plus élevé et, comme vous je présume, présentent souvent, en même temps, divers facteurs de risque classiques, notamment hypertension artérielle, cholestérol trop élevé, niveau faible d'activités physiques et obésité.

Un récent travail mené par un groupe international d'experts, au sein desquels figurent quatre de nos compatriotes (professeur Serge Rozenberg de l'Université Libre de Bruxelles, professeur Jean-Marc Kaufman de l'Université de Gand et professeurs Olivier Bruyère et Jean-Yves Reginster de l'Université de Liège) apporte réponse à votre question.

Concrètement, la prise de suppléments de calcium à raison de 1000 mg/j ne s'accompagne pas d'effets néfastes sur le plan cardiovasculaire. Même constat pour la prise de suppléments de vitamine D à la dose classique de 800 unités internationales/j.

Les bisphosphonates, médicaments les plus prescrits pour l'ostéoporose sont sans conteste efficaces et sans risque cardiovasculaire particulier, en dépit de vagues soupçons de favoriser la survenue de la fibrillation auriculaire.

En revanche, l'hypothèse d'un bénéfice cardiovasculaire, repéré chez l'animal, n'est pas étayée par les études et observations cliniques menées chez l'homme, il n'y a donc pas de raison de les utiliser préférentiellement en cas de risque cardiaque élevé.

Il n'y a pas non plus d'association démontrée entre pathologie cardiovasculaire et dénosumab ou analogues de l'hormone parathyroïdienne.

Bien que vous ne soyez plus concernée, sachez aussi que l'hormonothérapie de substitution de la ménopause apparaît sûre sur le plan cardiaque si elle est commencée au cours des 10 premières années de la ménopause. Sa prescription est à envisager pour le traitement des symptômes de la ménopause et dans ce contexte, ses effets favorables sur l'os sont un plus bienvenu.

Enfin les SERM (modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes), parfois utilisés comme traitement de substitution, sont associés à un risque accru de phlébites et un surcroît d'attaques cérébrales mortelles a été rapporté.

Globalement, sur le plan cardiovasculaire, vous n'avez donc pas de craintes particulières à avoir concernant la mise en œuvre du traitement de votre ostéoporose.

Continuez surtout à contrôler au mieux votre profil de risque.

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**

PRÉSIDENT : Prof. Alain De Wever
DIRECTRICE GÉNÉRALE : Sandrine Daoud
ADMINISTRATEUR DÉLÉGUÉ : Michèle Paque

COMITÉ SCIENTIFIQUE :
Dr. A. Bondue (ULB), 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
Prof. Em. Christian Brohet
Prof. Bernard Cosyns
Prof. Luc Piérard
Prof. JL 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 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 3 MIN

FACILE

€€€

à table !

SALADE DE ROQUETTE, FENOUIL, FIGUES FRAÎCHES ET CROTTINS DE CHAVIGNOL GRILLÉS

- **1 bulbe de fenouil, paré et coupé en fines lamelles**
- **50 g de roquette**
- **1 c à s d'huile d'olive**
- **4 figues fraîches, coupées en 2**
- **2 crottins de Chavignol, coupés en 2**
- **sel, poivre**

Vinaigrette :

- **2 c à s de vinaigre balsamique**
- **2 c à s d'huile d'olive**

Garniture :

- **1 c à s de noix, hachées**

+ Délicieux accompagné d'une ciabatta.

1. Vinaigrette : dans un bol, mélangez le vinaigre, le sel, le poivre et l'huile d'olive. Réservez.

2. Dans un saladier, mélangez le fenouil et la roquette. Réservez.

3. Préchauffez un gril.

4. Enduisez les figues et les crottins d'huile d'olive.

5. Faites griller les figues 2 min. Réservez.

6. Faites griller les crottins côté croûte vers le bas 1 à 2 min.

7. Mélangez la salade avec la vinaigrette.

8. Répartissez la salade sur les assiettes et posez par-dessus les figues et les crottins de Chavignol grillés. Décorez avec des noix.

E 234 kcal/977 kJ - P 8,2 g - L. T. 19,3 g - L.S. 7,6 g - G 6,7 g - F 2,3 g - Ch 26 mg

+ La bonne nouvelle nutritionnelle : une entrée consistante qui présente l'avantage d'apporter également des fibres, des vitamines et des antioxydants issus des végétaux. Accompagnée de pain, elle peut aussi faire office de repas complet et... léger.