

Le patient

Le magazine de votre hôpital - N° 22 - JUILLET 2026

Votre santé
nous tient à cœur



Clinique Saint-Luc
Bouge



Spécial Cardiologie :

Des soins spécifiques pour
la bonne santé de votre cœur
à la Clinique Saint-Luc Bouge

EDITO I

Chères lectrices,
chers lecteurs,

Le cœur accompagne chacun de nos gestes, souvent dans le silence, jusqu'au jour où un symptôme, un essoufflement, une douleur inhabituelle ou une fatigue soudaine vient rappeler son importance. Préserver sa santé cardiovasculaire, c'est donc apprendre à mieux connaître son corps, à reconnaître les signaux d'alerte et à ne jamais banaliser ce qui mérite d'être entendu.

À la Clinique Saint-Luc Bouge, la prise en charge du cœur repose sur une conviction forte : chaque patient est unique et doit bénéficier d'un accompagnement à la fois expert, rapide, humain et coordonné. Cardiologues, chirurgiens cardiaques, urgentistes, infirmiers, kinésithérapeutes, diététiciens, psychologues et équipes de révalidation travaillent ensemble pour proposer le traitement le plus adapté à chaque situation.

Ce numéro spécial met en lumière la diversité de cette expertise : prévention des facteurs de risque, santé cardiovasculaire des femmes, cholestérol, hypertension, coronaropathie, valvulopathies, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire, révalidation et innovations comme le télémonitoring. Autant de sujets essentiels pour mieux comprendre, mieux prévenir et mieux soigner.

Il rappelle aussi une évidence parfois oubliée : la santé du cœur ne concerne pas uniquement l'hôpital. Elle se construit au quotidien, par l'écoute des symptômes, le dépistage, l'activité physique, l'alimentation, l'arrêt du tabac, le suivi médical régulier et l'adhésion aux traitements lorsqu'ils sont nécessaires.

Nous espérons que ce magazine vous aidera à mieux comprendre les maladies cardiovasculaires, à poser les bonnes questions et, surtout, à prendre soin de votre cœur avec confiance.

Bonne lecture.

ADRIEN DUFOUR
DIRECTEUR GÉNÉRAL –
CLINIQUE SAINT-LUC BOUGE

Éditeur responsable | Sudinfo -
Pierre Leerschou - Rue de Coquelet, 134 -
5000 Namur
Rédaction | Caroline Boeur et Vincent Liévin
Comité de rédaction | Adrien Dufour (Directeur
général), Éric Deflandre (Directeur médical),
Anne Catherine Gilsoul (Directrice RH),
Claudine Paie (juriste), Thibaut Bertrand & Mike
Allard (cellule communication)
Mise en page | Sudinfo Creative
Impression | Rossel Printing



Le cœur des femmes, différent de celui des hommes



NADA LAKISS
CARDIOLOGUE À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE

Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité chez les femmes. Le Dr Nada Lakiss, cardiologue à la Clinique Saint-Luc Bouge, explique en quoi le cœur féminin possède ses propres particularités.

Pendant longtemps, la recherche médicale a étudié le

cœur... des hommes. Jusqu'au début des années 1990, la majorité des essais cliniques en cardiologie étaient exclusivement réalisés sur des patients masculins. Résultat : les symptômes et les traitements se sont construits autour du modèle masculin. Or, le cœur des femmes est physiologiquement, anatomiquement et physiopathologiquement différent de celui des hommes. Plus petit, il présente aussi un fonctionnement et des mécanismes qui conduisent à un infarctus différents. Les artères coronaires, qui alimentent le muscle cardiaque en oxygène, sont généralement plus fines chez les femmes. De plus, les atteintes concernent souvent la microcirculation, c'est-à-dire les très petits vaisseaux, parfois invisibles lors des examens classiques. « Chez l'homme, l'infarctus est souvent provoqué par une obstruction

bien localisée que l'on peut traiter avec un stent », explique le Dr Nada Lakiss. « Chez la femme, la maladie est souvent plus diffuse, plus complexe et touche parfois les petits vaisseaux. » Cette différence explique pourquoi certaines femmes continuent à souffrir alors que les examens semblent rassurants.

La ménopause : un tournant pour le cœur

Avant la ménopause, les femmes bénéficient d'une protection naturelle grâce aux œstrogènes. Ces hormones participent notamment au maintien de la souplesse des artères, favorisent un meilleur équilibre du cholestérol et protègent les vaisseaux sanguins. Mais lorsque la ménopause survient,



Les symptômes de l'infarctus chez la femme

Les femmes présentent fréquemment des signes plus discrets que la douleur violente dans la poitrine irradiant dans le bras gauche, qui apparaissant parfois au repos ou pendant la nuit. Si vous constatez l'un de ces symptômes, surtout après 50 ans et/ou en cas de facteurs de risque, appelez les secours ou consultez rapidement :

- Pression ou oppression dans la poitrine.
- Douleur au niveau de l'estomac ou sensation de mauvaise digestion.
- Nausées ou vomissements.
- Fatigue brutale et inhabituelle.
- Essoufflement.
- Palpitations.
- Douleurs dans le dos ou entre les omoplates.
- Malaise ou sensation d'angoisse inexplicquée.

17.000

Chaque année en Belgique, environ 17.000 femmes décèdent d'une maladie cardiovasculaire, contre environ 14.000 hommes.



« Les femmes doivent apprendre à écouter leur corps et à ne plus minimiser leurs symptômes. »

Dr Nada Lakiss,

rejoint, voire dépasse, celui des hommes. Selon le Dr Nada Lakiss, « près de 70 % des femmes présentent une hypertension artérielle après 70 ans. C'est une période charnière où il faut être particulièrement attentive à sa santé cardiovasculaire. C'est souvent à ce moment-là qu'un bilan médical régulier prend toute son importance. »

Des facteurs de risque parfois plus dangereux

cette protection diminue progressivement. Le métabolisme change: le taux de mauvais cholestérol (LDL) augmente, la tension artérielle tend à s'élever et la graisse abdominale s'installe plus facilement. Petit à petit, le risque cardiovasculaire

Les facteurs de risque classiques sont bien connus : tabagisme, diabète, hypertension, excès de cholestérol, surpoids, sédentarité ou antécédents familiaux. Mais ils n'ont pas le même impact selon le sexe. Le tabac, par exemple, est particulièrement délétère chez les femmes.

Même constat pour le diabète, qui augmente deux fois plus le risque cardiovasculaire chez la femme que chez l'homme. À cela s'ajoutent des facteurs exclusivement féminins : le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle pendant la grossesse et la pré-éclampsie (maladie liée à la grossesse qui peut mettre en danger la vie de la mère et du fœtus), certaines complications obstétricales. Aujourd'hui, les spécialistes considèrent même la grossesse comme un véritable « test à l'effort » pour le système cardiovasculaire. Certaines femmes ayant été traitées pour un cancer du sein présentent également un risque cardiovasculaire accru suite à la chimiothérapie et à la radiothérapie qui affectent le muscle cardiaque et les artères coronaires de la femme. Des études montrent aussi que l'anxiété, la dépression, l'isole-

ment social ou encore la charge mentale constituent également des facteurs de risque indépendants, particulièrement chez les femmes. « Malheureusement, nombreuses sont celles qui repoussent leurs propres rendez-vous médicaux. Beaucoup de femmes font passer la santé des autres avant leur propre santé. Mais le problème majeur reste souvent le retard de diagnostic. Parce qu'ils sont différents de ceux des hommes, les signes d'un infarctus féminin sont parfois attribués au stress, à l'anxiété, à la fatigue ou à la ménopause. » Le Dr Nada Lakiss plaide pour une meilleure sensibilisation, tant auprès du grand public que des professionnels de santé. Parce qu'une douleur inhabituelle, une fatigue écrasante ou un simple mal d'estomac peuvent parfois cacher une urgence cardiaque.



Un centre d'expertise pour soigner la coronaropathie

UN CENTRE D'EXPERTISE

Les services de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire de la Clinique Saint-Luc Bouge constituent l'un des plus importants centres wallons de cardiologie et de chirurgie cardio-vasculaire après le CHU de Liège. En 2025, un peu plus de 1.000 angioplasties coronaires y ont été réalisées et environ 530 patients ont été opérés en chirurgie cardio-vasculaire.

ZOOM SUR LE PONTAGE

Un pontage est une intervention chirurgicale qui consiste à créer une dérivation pour contourner un vaisseau sanguin (artère) bouché ou rétréci. Cela permet de rétablir une circulation sanguine normale. Pour ce faire, le chirurgien prélève d'abord un vaisseau sanguin sain ailleurs sur le corps. Avec ce vaisseau, il va ensuite créer un « pont » qui va contourner l'obstruction et réalimenter le cœur. Dans la plupart des cas, le pontage nécessite une sternotomie, c'est-à-dire une ouverture du sternum.

À la Clinique Saint-Luc Bouge, cardiologues interventionnels et chirurgiens cardiaques travaillent main dans la main pour proposer à chaque patient le traitement le plus adapté

Pour fonctionner, le cœur a besoin d'être nourri en oxygène et en nutriments. Cette mission est assurée par les artères coronaires, des vaisseaux qui circulent à la surface du cœur et qui irriguent le muscle cardiaque. Parfois, des plaques de cholestérol peuvent s'y former, les rétrécissant ou les bouchant progressivement. C'est ce qu'on appelle une coronaropathie, ou une cardiopathie ischémique. Le rétrécissement de l'artère entraîne à son tour une diminution de l'apport en sang au muscle cardiaque qui manque alors d'oxygène. On distingue généralement deux formes

de maladie coronarienne. La forme stable se manifeste surtout à l'effort : c'est l'angine de poitrine. La forme instable dite aiguë peut survenir au repos et constitue une urgence vitale : c'est le pré-infarctus ou l'infarctus du myocarde.

Le traitement médical, première étape essentielle

Face à une coronaropathie, le traitement commence très souvent par un traitement médicamenteux. Il vise à soulager les symptômes et à stabiliser la maladie pour éviter qu'elle ne s'aggrave. À cela s'ajoute le contrôle strict des facteurs de risque : arrêt du tabac, traitement de l'hypertension, équilibre du diabète, alimentation adaptée, activité physique encadrée et perte de poids. Lorsque

les symptômes persistent ou que les examens montrent un rétrécissement important, une revascularisation peut être nécessaire car il faut rétablir une circulation sanguine suffisante vers le muscle cardiaque. Deux approches peuvent alors être proposées : l'angioplastie avec pose de stent, réalisée par le cardiologue interventionnel, ou le pontage coronarien, réalisé par le chirurgien cardiaque.

L'angioplastie : déboucher l'artère de l'intérieur

Dans de nombreux cas, la solution passe par une angioplastie coronaire. Le geste est réalisé par le cardiologue interventionnel, le plus souvent via l'artère radiale, au niveau du poignet. Un fin cathéter est introduit dans l'artère et guidé jusqu'au cœur. Un ballonnet permet de dilater la zone rétrécie, puis un stent, petit ressort métallique, est placé pour maintenir l'artère ouverte. « L'un des grands avantages de cette technique est son caractère peu invasif », souligne le Dr Laurent Jamart, cardiologue interventionnel à la Clinique Saint-Luc Bouge. « Le patient peut souvent se lever quelques heures après l'intervention et rentrer chez lui le lendemain. La récupération est rapide et ne nécessite généralement pas de passage en soins intensifs. C'est beaucoup moins lourd qu'une chirurgie. » L'angioplastie reste également le traitement de choix dans l'urgence du syndrome coronarien aigu (infarctus). Même les situations complexes peuvent être prises en charge par le cardiologue interventionnel. Lorsque les artères sont très calcifiées (durcies), l'équipe dispose de techniques spécifiques comme

l'athérectomie rotationnelle (Rotablator) qui consiste en un fraissage mécanique et progressif du calcium avant de procéder à une angioplastie et à un stenting. L'imagerie intracoronaire permet ensuite de visualiser l'intérieur de l'artère avec précision et d'optimiser le résultat en cas de nécessité.

Quand la chirurgie devient la meilleure option

Toutes les coronaropathies ne peuvent pas être traitées par stent. Lorsque la maladie touche plusieurs artères, lorsque les lésions sont trop complexes, lorsque le patient présente certaines pathologies, la chirurgie peut offrir un meilleur résultat à long terme. Les patients sont alors adressés au chirurgien cardiaque par le cardiologue. « Dans certaines situations, multiplier les stents n'est pas toujours la meilleure option, comme par exemple chez les patients diabétiques », souligne le Dr Spiridon Papadatos, chirurgien cardio-vasculaire et thoracique à la Clinique Saint-Luc Bouge. « Le pontage coronarien peut alors améliorer le pronostic vital. À la Clinique Saint-Luc Bouge, nous avons recours aux pontages tout artériels. Un pontage tout artériel est une technique qui consiste à utiliser exclusivement des artères pour contourner les artères coronaires obstruées. Traditionnellement, les pontages sont réalisés à l'aide de veines prélevées dans les jambes. Mais ces greffons veineux offrent de moins bons résultats à moyen et long terme. Ils peuvent se boucher plus rapidement. Nous privilégions donc les artères dont la longévité est meilleure comme les deux artères mammaires. » Autre par-

EN CAS D'INFARCTUS : CHAQUE MINUTE COMPTE

À la Clinique Saint-Luc Bouge, une garde de cardiologie interventionnelle est assurée 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Dès qu'un infarctus est identifié, les protocoles sont activés et l'équipe se mobilise car il faut

rouvrir l'artère bouchée le plus rapidement possible : entre 60 à 120 minutes. Cette organisation repose sur une chaîne de soins structurée : urgentistes, SMUR, cardiologues, infirmiers, soins intensifs et unité coronaire.

ticularité : ces interventions sont réalisées à cœur battant, c'est-à-dire sans arrêter le cœur. Cette approche permet de réduire certains risques postopératoires, notamment les complications neurologiques, les besoins en transfusion et les insuffisances rénales. Dans certains cas bien précis, des techniques chirurgicales mini-invasives peuvent également être proposées au patient.

Une décision prise en équipe

Entre stent et chirurgie, il n'y a pas de solution automatique. Chaque patient est différent. Son âge, son état général, la complexité des lésions, la fonction du cœur, les antécédents et les risques opératoires sont analysés. « L'enjeu est de proposer au bon patient le bon traitement au bon moment », insiste le Dr Spiridon Papadatos. « C'est là qu'intervient la « heart team », l'équipe du cœur. À la Clinique Saint-Luc Bouge, les dossiers complexes sont discutés chaque semaine entre cardiologues interventionnels et chirurgiens cardiaques. » Cette concertation permet de choisir la stratégie la plus adaptée. « Cette collaboration est l'un des grands atouts de notre centre. Elle permet de prendre en charge la majorité

des situations sur place, sans devoir adresser systématiquement les patients vers d'autres hôpitaux », précise encore le Dr Laurent Jamart. Pour le patient, c'est une garantie essentielle : son dossier est regardé sous plusieurs angles, discuté par plusieurs experts, et la décision finale repose sur une analyse globale de sa situation. Cette collaboration permet de conjuguer rapidité d'intervention, expertise technique, sécurité chirurgicale et accompagnement à long terme.



DR LAURENT JAMART
CARDIOLOGUE
INTERVENTIONNEL
À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE



DR SPIRIDON PAPADATOS
CHIRURGIEN CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE
À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE

Les symptômes de la coronaropathie

- Une douleur thoracique à l'effort et une sensation d'étouffement, comme une forte oppression que l'on ressent
- Un essoufflement inhabituel
- Une douleur qui irradie dans le bras gauche, le dos, le cou, la mâchoire
- Des palpitations
- Une fatigue extrême
- Des sueurs froides
- Des nausées
- Des vertiges

CHOLESTEROL : Penser à un dépistage précoce



MARTIN
LEROY

CARDIOLOGUE À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE

Ce mot apparaît souvent au détour d'une conversation avec son médecin : le cholestérol. A partir de 40 ans, le risque de faire un accident cardio ou cérébrovasculaire majeur augmente notamment suivant votre taux de cholestérol. Cardiologue à la Clinique Saint-Luc Bouge, le Dr Martin Leroy dévoile les messages essentiels à retenir : « *L'hypercholestérolémie représente un des facteurs de risque les plus importants parce que le cholestérol est l'acteur principal de la plaque d'athérome qui bouche les artères.* »

1. D'où provient le cholestérol ? Aussi un aspect génétique ?

Pour environ 1/3 de notre alimentation et pour 2/3 de notre foie qui fabrique en quantités importantes les lipides précurseurs du cholestérol. « Le cholestérol est principalement une affaire de gènes. Environ 2/3 du cholestérol est produit par le foie. Certaines familles, sur base de leur génétique, sont donc plus à risque que d'autres. Si un parent a eu un taux élevé de cholestérol, a fortiori avec une maladie cardiovasculaire précoce (avant 60 ans), un dépistage précoce dans la famille peut changer le cours des choses via des mesures de prévention renforcées, avec le plus souvent prescription d'un traitement hypocholestérolémiant. En effet, même avec un régime alimentaire très adapté, l'hypercholestérolémie peut persister puisque le cholestérol est en grande partie produit par le foie. Le médicament bloque la production au niveau du foie et est complémentaire avec une adaptation du régime alimentaire »

2. C'est quoi ?

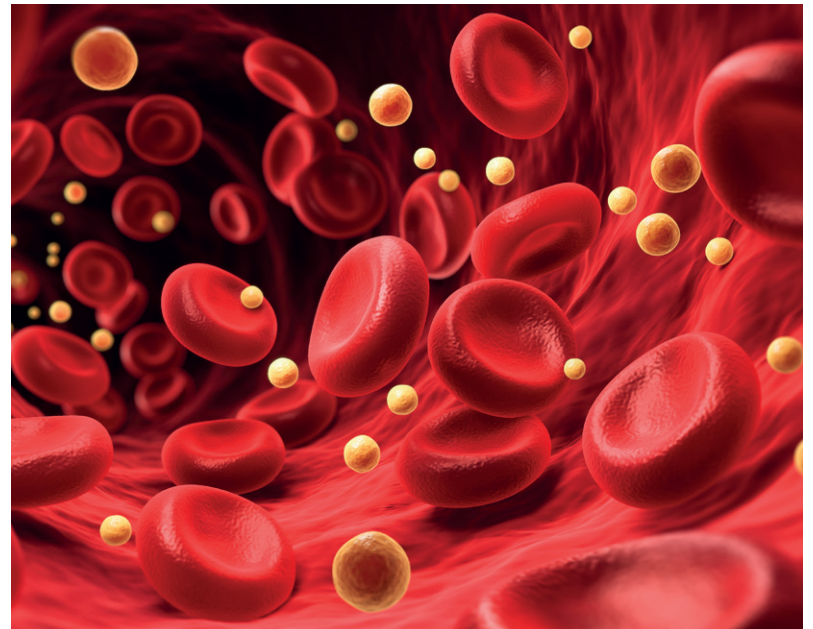
Trois mots à retenir : le cholestérol-HDL possède la réputation d'être le bon cholestérol. Le cholestérol-LDL est, lui, susceptible d'être déposé dans les vaisseaux, d'où sa réputation de mauvais cholestérol. Le cholestérol total est la somme des deux. « *Bien manger reste essentiel pour la santé cardiovasculaire globale, mais ne suffira pas toujours à normaliser le taux de cholestérol.* »

3. Quel risque pour une personne

« Les médecins disposent d'outils d'estimation du risque cardiovasculaire, comme l'outil SCORE2 développé par la Société européenne de cardiologie. Selon la probabilité de risque d'évènement cardiovasculaire chez le patient, tenant compte de plusieurs facteurs de risque dont l'âge, le sexe, le tabac, le cholestérol et l'hypertension, des mesures de prévention primaire (« avant un évènement ») seront proposées, avec le plus souvent la prescription d'un traitement hypocholestérolémiant, le cholestérol étant l'acteur principal de la plaque d'athérome »

4. Excès de cholestérol : quel risque ?

Lorsqu'il se dépose dans les vaisseaux, le cholestérol va contribuer à la naissance ou à la croissance des plaques d'athérome (plaques qui obstruent les vaisseaux sanguins et laissent moins bien passer le sang). Lorsque ces plaques se fissurent ou se rompent, elles contribuent à la formation de



caillots qui peuvent être à l'origine d'infarctus ou d'accidents vasculaires cérébraux (AVC).

5. Comment faire baisser son taux de cholestérol ?

Revoir son alimentation reste la base de la prise en charge : éviter les graisses d'origine animale (viande, produits laitiers entiers, fromages) et les graisses solides à la température ambiante (beurre, certaines margarines). Légumes, fruits, huiles végétales... Avoir une activité physique régulière (au minimum 30 minutes par jour selon les recommandations) et ne pas fumer sont aussi deux astuces pour garder ses artères en bonne santé.

6. Dépistage

Que faire en matière de dépistage ? Doser le lipogramme (cholestérol + triglycérides)

dès le début de la vie adulte, et certainement vers 40 ans chez l'homme, 50 ans chez la femme. A ces âges, il est indiqué de réaliser une consultation de prévention cardio-vasculaire avec le médecin de famille.

7. Choisir le bon traitement : des médicaments efficaces existent

Après une évaluation du risque cardiovasculaire propre à chaque patient, le médecin peut décider de mettre en place des traitements médicamenteux qui vont bloquer la production de cholestérol par le foie. Les statines sont les médications orales les plus efficaces, le grand public leur accorde à tort une mauvaise tolérance. Plus récemment, d'autres alternatives médicamenteuses ont vu le jour, mais elles sont à la fois moins efficaces et plus coûteuses pour la société.

V.Li.

Revalidation cardiaque : éviter la récurrence et reprendre confiance

Après un infarctus, une chirurgie cardiaque, un trouble du rythme ou une autre intervention cardiovasculaire, la revalidation cardiaque constitue une étape essentielle du parcours de soins.

La revalidation cardiaque ne se limite pas à refaire du sport sous surveillance. Elle repose sur une approche pluridisciplinaire dont l'objectif est d'aider le patient à récupérer physiquement, mais aussi à adapter son mode de vie et à réduire les risques de récurrence. Le parcours débute généralement après une hospitalisation. Les patients ayant subi une dilatation coronarienne ainsi que les patients hospitalisés pour une décompensation cardiaque sont également éligibles à la revalidation cardiaque. Certains patients sont aussi orientés directement par leur cardiologue ou leur médecin généraliste. Chaque patient bénéficie d'un accompagnement structuré. Il est vu au moins une fois par une diététicienne et par une psychologue-tabacologue, en plus du suivi médical et kinésithérapeutique. Sur le plan physique, la revalidation s'appuie notamment sur une ergospirométrie, un test à l'effort qui analyse les capacités cardiaques et respiratoires. Les séances de kinésithérapie, souvent organisées deux fois par semaine, combinent deux grands axes : le travail cardiovasculaire et le renforcement musculaire. « Le travail cardiovasculaire vise à améliorer progressivement l'endurance et la tolérance à l'effort », explique Pierre Thonon, kinésithérapeute spécialisé en revalidation cardiaque à la Clinique Saint-Luc Bouge. « Le renforcement musculaire est tout aussi important. Des muscles mieux entraînés utilisent plus efficacement l'oxygène présent dans le sang. Résultat : pour un même effort, le cœur est moins sollicité. Le

travail musculaire permet de réaliser des efforts plus intenses. Beaucoup de personnes sortent en outre d'un événement cardiaque avec une forme d'appréhension. Ils ont peur de l'effort, ils ne savent plus ce qui est permis ou non. La revalidation leur permet de reprendre progressivement une activité, dans un cadre sécurisé. »

Accompagner les changements

Mais la revalidation cardiaque ne s'arrête pas au mouvement. Elle est aussi l'occasion de travailler sur d'autres facteurs de risque : hypertension, dyslipidémie, diabète, surpoids, tabagisme, stress ou alimentation déséquilibrée. C'est là que l'approche pluridisciplinaire prend tout son sens. La diététicienne intervient pour aider le patient à comprendre l'impact de son alimentation sur sa santé cardiovasculaire. « Il ne s'agit pas d'imposer un régime strict, mais de proposer des changements réalistes et durables : réduire certains excès, faire de meilleurs choix, adapter les portions, limiter le sel ou les graisses de mauvaise qualité, tout en conservant le plaisir de manger. Il est important de redonner l'envie au patient de cuisiner « maison » afin de limiter un maximum les aliments ultra transformés », précise Céline Lievens, diététicienne en revalidation cardiaque à la Clinique Saint-Luc Bouge. « L'alimentation devient alors un levier de prévention, mais aussi un moyen pour le patient de redevenir acteur de sa santé. » La diététicienne insiste sur l'importance d'une véritable éducation alimentaire. Changer ses habitudes ne se fait pas en une seule séance. « Ils reçoivent des conseils écrits, des pistes concrètes, des recettes équilibrées et peuvent bénéficier d'un suivi régulier. » Le rôle de la psychologue est tout aussi central. Marielle Janssens, psychologue en revalidation cardiaque à la Clinique Saint-Luc Bouge, explique que l'accompagnement peut désormais

commencer avant même l'opération. « Ce nouveau programme répond à une réalité souvent exprimée par les patients : l'angoisse est parfois plus forte avant l'intervention qu'après. Le cœur est un organe vital, symboliquement très fort, qui suscite beaucoup de peurs. » La psychologue aide alors le patient à déposer ses inquiétudes, à comprendre ses émotions et à les normaliser. Après l'intervention, l'accompagnement psychologique reste important. Certains patients se sentent plus fragiles, plus sensibles, plus vite nerveux ou émus. Ils doivent parfois revoir leurs priorités, modifier leur rapport au travail ou à l'activité physique.

Une vision globale

Afin d'ajuster au mieux l'accompagnement, l'équipe de revalidation cardiaque échange régulièrement autour des patients. Cette coordination permet une vision globale de la personne, au-delà du seul problème cardiaque. Grâce au suivi, les patients retrouvent progressivement de l'autonomie et de la confiance. La revalidation cardiaque joue aussi un rôle majeur en prévention secondaire pour éviter une récurrence, réduire les réhospitalisations, limiter les complications et encourager de nouvelles habitudes de vie. Elle est donc bien plus que faire du sport sous surveillance.



MARIELLE JANSSENS
PSYCHOLOGUE
EN REVALIDATION CARDIAQUE
À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE



CÉLINE LEVIENS
DIÉTÉTICIENNE EN
REVALIDATION CARDIAQUE
À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE



PIERRE THONON
KINÉSITHÉRAPEUTE SPÉCIALISÉ
EN REVALIDATION CARDIAQUE
À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE





Valvulopathie : innovation et expertise

Le cœur, c'est un peu comme un gros moteur. Et parfois, le problème vient d'une simple valve. Pour la réparer ou la remplacer, les spécialistes disposent de techniques toujours plus innovantes et mini-invasives.

Saviez-vous que le cœur comptait en tout quatre valves ? Tout comme dans un moteur, elles agissent comme des clapets anti-reflux : elles s'ouvrent et se ferment sous l'effet de la pression sanguine pour assurer la circulation du sang dans une seule direction. Elles garantissent ainsi une bonne oxygénation de l'organisme. Avec l'âge, ces valves peuvent pro-

gressivement se calcifier et se rétrécir, ou au contraire ne plus remplir leur rôle de coaptation. Une bonne coaptation empêche le sang de refluer. On parle alors d'une insuffisance. La maladie valvulaire de loin la plus fréquente est la sténose de la valve aortique. Lorsque l'ouverture de cette valve devient inférieure à un centimètre carré, des symptômes apparaissent comme un essoufflement, des douleurs thoraciques ou des pertes de connaissance. Un remplacement valvulaire devient alors nécessaire. Plusieurs options existent aujourd'hui : la chirurgie conventionnelle, la chirurgie mini-invasive ou le traitement interventionnel par

TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation).

Une chirurgie qui évolue vers le mini-invasif

La méthode historique est le remplacement valvulaire chirurgical. Cette intervention est réalisée par les chirurgiens cardiaques et nécessite généralement une ouverture du thorax appelée sternotomie, l'arrêt temporaire du cœur puis le remplacement de la valve. « La technique du remplacement de la valve reste très efficace, particulièrement chez les patients plus



**DR FRANÇOIS
SIMON**
CARDIOLOGUE
INTERVENTIONNEL À LA
CLINIQUE SAINT-LUC BOUGE



**BRIEUC
VANOLANDE**
CHIRURGIEN CARDIAQUE
À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE

jeunes », explique le Dr Briec Vanolande, chirurgien cardiaque à la Clinique Saint-Luc Bouge. « *Cependant, aujourd'hui, nous tendons vers des techniques qui limitent l'importance de l'incision. L'objectif n'est pas uniquement esthétique. En diminuant l'agression chirurgicale, on améliore surtout la récupération du patient.* » À la Clinique Saint-Luc Bouge, les équipes ont ainsi particulièrement développé la mini-sternotomie depuis presque 30 ans, une technique qui consiste à n'ouvrir que la partie supérieure du sternum. Elle constitue désormais l'approche standard pour les chirurgies isolées de la valve aortique. Et les bénéfices sont nombreux : moins de pertes sanguines, moins de transfusions, une diminution des troubles du rythme cardiaque post-opératoires, ainsi qu'une hospitalisation plus courte. « *Selon les dernières études, la qualité du geste chirurgical est identique à celle obtenue avec une sternotomie complète, tout en offrant une récupération plus rapide* », précise le chirurgien.

Une révolution en cardiologie interventionnelle

Depuis 2002, une autre approche, encore moins invasive, s'est également développée : le remplacement valvulaire percutané par cathéter, appelé TAVI. « *Il représente l'une des plus importantes avancées de la cardiologie des vingt dernières années* », souligne le Dr François Simon, cardiologue interventionnel à la Clinique Saint-Luc Bouge. « *Grâce à cette technique mini-invasive, de nombreux patients âgés ou fragiles peuvent aujourd'hui bénéficier d'un traitement efficace avec une récupération rapide et une hospitalisation réduite. Dans près de 95 % des cas, l'intervention est réalisée par l'artère fémorale, au niveau de l'aîne. La nouvelle valve est acheminée à travers les vaisseaux sanguins puis déployée à l'intérieur de la valve malade, sans ouvrir la poitrine.* » Le principal avantage du TAVI réside dans sa faible invasivité. Le bilan préopératoire est réalisé en ambulatoire ou sur une courte hospitalisation. L'intervention qui dure environ une heure se fait généralement sous sédation légère plutôt que sous anesthésie générale. Le patient

Le programme RAAC : mieux préparer pour mieux récupérer

Depuis un an, les équipes de la Clinique Saint-Luc Bouge ont mis en place le programme RAAC : Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie. Ce parcours débute idéalement trois à quatre semaines avant l'opération. Les patients rencontrent différents professionnels dont l'anesthésiste, un infirmier coordinateur, un kinésithérapeute, un psychologue, une diététicienne et une tabacologue. L'objectif est d'optimiser leur état de santé avant l'intervention. L'arrêt du tabac, la correction d'une éventuelle dénutrition ou la prise en charge d'autres facteurs de risque permettent d'aborder la chirurgie dans les meilleures conditions. « *Quand le patient arrive mieux préparé, l'intervention se déroule généralement mieux et la récupération est beaucoup*

plus rapide », explique le Dr Briec Vanolande. « *Grâce à cette préparation et à la chirurgie mini-invasive, les patients sont souvent réveillés immédiatement après l'intervention, passent moins de temps aux soins intensifs et retrouvent plus rapidement leur autonomie.* » Alors qu'une chirurgie valvulaire nécessitait autrefois huit à dix jours d'hospitalisation, la plupart des patients peuvent aujourd'hui rentrer chez eux après cinq à six jours, en toute sécurité. Le bénéfice se poursuit bien au-delà de l'hôpital. Les études montrent une récupération fonctionnelle plus rapide à 30 jours, permettant aux patients de reprendre plus vite leurs activités quotidiennes et leurs loisirs.

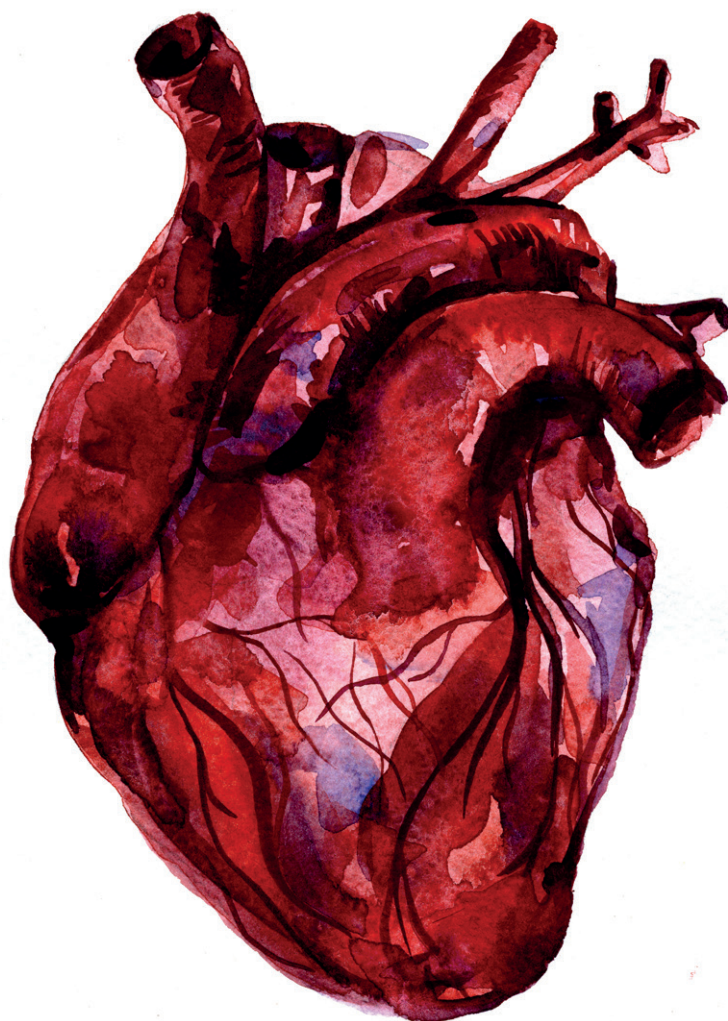
peut être mobilisé quelques heures après l'intervention et, dans environ 60 % des cas, il peut sortir le lendemain. « *Les études montrent aujourd'hui que les résultats en termes de sécurité, de complications et de durabilité de la valve sont comparables à ceux de la chirurgie conventionnelle chez les patients correctement sélectionnés* », précise le Dr François Simon.

résultat. » Cette approche multidisciplinaire permet d'individualiser chaque prise en charge et d'adapter la stratégie thérapeutique à chaque situation.

Une expertise reconnue qui fait de la Clinique Saint-Luc Bouge le deuxième centre de Wallonie pour le TAVI et pour la chirurgie, juste derrière le CHU de Liège.

Un choix au cas par cas

Chirurgie ou TAVI : pour choisir, la Heart Team, qui rassemble cardiologues interventionnels et chirurgiens cardiaques, se réunit chaque semaine. « *Chaque dossier est discuté ensemble. Nous ne choisissons pas la technique que nous préférons, mais celle qui correspond le mieux au patient* », insiste le Dr Briec Vanolande. De manière générale, les recommandations orientent plutôt les patients de moins de 75 ans vers la chirurgie, tandis que le TAVI est privilégié après 80 ans. Entre ces deux âges, la décision dépend de nombreux critères : état général, maladies associées, anatomie de la valve et risques opératoires. La durabilité des prothèses entre également en ligne de compte. « *Les études montrent que les valves chirurgicales offrent actuellement une meilleure longévité chez les patients plus jeunes* », souligne le Dr François Simon. « *À l'inverse, chez les patients plus âgés, le TAVI permet de réduire le risque lié à l'intervention tout en apportant un excellent*



Insuffisance cardiaque : un suivi à domicile innovant



**PHILIPPE
BLOUARD**
CARDIOLOGUE ET RESPONSABLE
DE LA CLINIQUE
DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Depuis 6 mois, la Clinique Saint-Luc Bouge a mis en place un suivi par télémonitoring d'une trentaine de patients souffrant d'insuffisance cardiaque. L'objectif n'est pas de remplacer le médecin traitant ni les consultations de cardiologie, mais de proposer un service supplémentaire après une hospitalisation.

L'insuffisance cardiaque est une maladie chronique fréquente. Elle survient lorsque le cœur ne parvient plus à pomper le sang de manière suffisamment efficace pour répondre aux besoins de l'organisme. En Belgique, comme ailleurs en Europe, elle représente une cause importante d'hospitalisation, avec un impact réel sur la qualité de vie des patients. À la Clinique Saint-Luc Bouge, l'équipe du Dr Philippe Blouard, cardiologue et responsable de la clinique de l'insuffisance cardiaque, utilise une nouvelle approche de suivi : le télémonitoring. « Il s'agit d'une méthode de surveillance à distance des patients souffrant d'insuffisance cardiaque », explique-t-il. « Ce suivi est proposé depuis environ 6 mois aux patients qui ont été hospitalisés en cardiologie. Il peut être mis en place dès la sortie ou dans le mois qui suit. » Réservé aux centres agréés, disposant d'un cardiologue reconnu en insuffisance cardiaque et d'infirmières formées spécifiquement, il s'inscrit dans un projet pilote financé par l'INAMI.



Anticiper pour mieux soigner

Concrètement, le patient reçoit une balance et un tensiomètre connectés. Chaque jour, il mesure son poids et sa tension artérielle. Les données sont automatiquement transmises via une application installée sur smartphone, tablette ou ordinateur. Le patient peut également y signaler certains symptômes comme un essoufflement, de la fatigue, un gonflement des pieds, des étourdissements, des palpitations ou une pression dans la poitrine précise le Dr Philippe Blouard. « Ces informations sont d'abord filtrées par des professionnels paramédicaux au service du

fournisseur de l'application. Si une alerte semble significative, elle est transmise à l'équipe hospitalière. Nos infirmières spécialisées consultent quotidiennement l'application. En cas d'alerte, elles relaient l'information au cardiologue. » Le médecin décide alors de la conduite à tenir : simple surveillance, contact avec le patient, adaptation du traitement, conseil hygiéno-diététique, intervention du médecin traitant ou, si nécessaire, consultation à l'hôpital. « Plus rapidement nous sommes informés de l'apparition de symptômes ou de

modifications des paramètres, plus vite nous pouvons prendre des mesures », souligne le Dr Philippe Blouard. « En intervenant avant que la situation ne se dégrade, nous pouvons espérer éviter des hospitalisations inutiles ou prolongées. » Pour le patient, les avantages sont nombreux : un suivi plus rassurant, une meilleure qualité de vie, une détection précoce des signes d'aggravation et une prise en charge plus personnalisée durant les premiers mois après une hospitalisation.

« Ces technologies s'inscrivent toujours dans ce vieil adage : mieux vaut prévenir que guérir. »

Dr Philippe Blouard

Les symptômes de l'insuffisance cardiaque

- Essoufflement
- Fatigue inhabituelle
- Jambes gonflées
- Prise de poids rapide liée à une rétention d'eau
- Palpitations ou sensation d'oppression thoracique

App santé : sont-elles crédibles ?

Les applications de télésurveillance médicale et de télémonitoring sont particulièrement crédibles et efficaces lorsqu'elles sont prescrites dans le cadre d'une surveillance médicalisée. Utilisées pour le suivi de maladies chroniques (insuffisance cardiaque, diabète, hypertension), elles sont souvent associées à des dispositifs médicaux connectés (tensiomètre, capteur de glucose). Ces outils sont évalués cliniquement, certifiés et permettent à une équipe hospitalière d'adapter les traitements à distance. Les applications « bien-être » en téléchargement libre n'ont par contre aucune validation scientifique. Elles ne sont généralement pas soumises à une homologation médicale stricte avant leur mise en vente. Beaucoup ne reposent sur aucune étude clinique et peuvent présenter des risques liés à la sécurité des données.

Fibrillation auriculaire : n'attendez pas pour consulter



ÉLÉONORE
DOURTE

RYTHMOLOGUE À LA CLINIQUE
SAINT-LUC BOUGE

Magnifique, extraordinaire, ce cœur qui bat tout seul, sans que l'on y fasse attention. Ce muscle, qui pompe en permanence du sang, maintient le rythme cardiaque entre 60 et 100 battements par minute. Parfois, pourtant, il se grippe à cause d'une lésion cardiaque, une pathologie et le rythme cardiaque peut devenir irrégulier : Fibrillation, tachycardie, bradycardie.... A partir de ce moment-là, ce flux sanguin perturbé, vers le cerveau et d'autres parties du corps, peut causer des dégâts.

1. Rythme irrégulier

L'une des arythmies les plus connues est la fibrillation auriculaire (FA) avec comme sensation pour le patient un rythme cardiaque irrégulier et souvent rapide. 150 000 Belges en sont atteints. « Une fibrillation, cela consiste en des contractions rapides, irrégulières et non synchronisées des fibres musculaires. On dit qu'elle est auriculaire parce qu'elle se rapporte à l'oreillette du cœur, la cavité cardiaque qui éjecte le sang vers le ventricule. 2/3 des patients présentent des symptômes, qui peuvent se traduire par des palpitations, une gêne thoracique, un essoufflement, des vertiges, une fatigue... » précise le Dr Éléonore Dourte, rythmologue à la Clinique Saint-Luc Bouge.

2. Le risque d'AVC

La fibrillation auriculaire touche davantage les personnes âgées : « Après 80 ans, plus d'une per-

sonne sur dix en est atteinte. Plus l'âge augmente, plus le risque est grand...mais des patients plus jeunes peuvent aussi en souffrir. Il existe par ailleurs une composante familiale : dans certaines familles, la FA apparaît à un âge précoce, sans qu'un test génétique spécifique puisse aujourd'hui le prédire. La complication la plus redoutée est l'AVC. » En absence de traitement adéquat, le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) est accru (jusqu'à 5 fois). Il faut savoir qu'1 AVC sur 5 est la conséquence d'une fibrillation auriculaire non traitée.

3. Plusieurs facteurs de risque sont modifiables : alcool, hypertension...

De nombreux patients n'ont absolument aucun facteur de risque et en souffrent. A ce jour, les facteurs de risque principaux sont les suivants : hypertension artérielle, diabète, alcool... Justement, on l'ignore souvent mais « l'alcool, surtout en grande quantité, peut provoquer ce type d'arythmie. Parfois, chez certains patients, même en petites quantités. »

Par ailleurs, les apnées du sommeil, ces pauses respiratoires nocturnes, dont les signes principaux sont des maux de tête au réveil, une fatigue persistante, ou des ronflements avec arrêts respiratoires remarqués par le conjoint, peuvent favoriser la fibrillation auriculaire. Les traiter (notamment par un appareil CPAP) réduit le risque d'arythmie.

4. Diminuer son poids de 10%, un atout sous-estimé

Le surpoids joue un rôle majeur et souvent sous-estimé. On sait aujourd'hui qu'il existe une cor-

rélation directe entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le risque de développer une FA. Plus encore : l'excès de poids réduit l'efficacité des traitements. Une perte de poids de plus de 10 % améliore concrètement les résultats des thérapies. (NB : la plupart des patients en surpoids n'atteindront pas le BMI < 25, le plus important est d'initier une perte de poids)

5. En parler avec son généraliste

En cas de doute, n'hésitez jamais à en parler avec votre médecin généraliste et n'oubliez pas de contrôler votre cholestérol. Il est aussi important d'arrêter de fumer et de prévoir des activités physiques régulières avec au moins 30 minutes de marche à allure rapide par jour.

6. Comment soigne-t-on la fibrillation auriculaire ?

La prise en charge repose sur trois axes :

1. Les anticoagulants, pour prévenir les AVC.

2. Les médicaments anti-arythmiques, pour contrôler le rythme cardiaque.

3. L'ablation : « une intervention mini-invasive réalisée par voie veineuse fémorale (au niveau de l'aîne), sous anesthésie générale, qui vise à isoler électriquement les zones du cœur à l'origine de l'arythmie. »

Un mot encore : Une prise en charge globale — incluant un suivi nutritionnel, un bilan du sommeil ou un programme de révalidation cardiaque — fait souvent partie du parcours de soin.

V.Li.



Mieux connaître l'hypertension pour mieux la contrôler

L'hypertension artérielle est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes. Elle correspond à une pression excessive du sang sur la paroi des artères. Le problème ? Elle évolue souvent sans symptôme d'où son surnom de « tueur silencieux ».

Souvent asymptomatique, l'hypertension fragilise peu à peu le cœur. Lorsque la tension est trop élevée, le cœur doit en effet travailler davantage pour envoyer le sang dans l'organisme. À long terme, cette surcharge peut l'épaissir, l'affaiblir et favoriser l'insuffisance cardiaque. Les artères, soumises à une pression trop forte, peuvent aussi s'abîmer progressivement. L'hypertension est également l'un des grands facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. Elle augmente le risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance cardiaque, mais aussi d'atteinte des reins et des vaisseaux. Plus elle reste longtemps non diagnostiquée ou mal contrôlée, plus le risque de complications augmente. Le traitement dépend du niveau de tension, de l'âge, des autres facteurs de risque et de l'état général du patient. Dans certains cas, les mesures d'hygiène de vie suffisent. Dans d'autres cas, un traitement médicamenteux sera en plus nécessaire. Aujourd'hui, les spécialistes disposent d'un large panel de médicaments efficaces pour contrôler l'hypertension... à condition que les patients soient compliants. Un traitement contre l'hypertension se prend en effet

souvent à long terme, voire toute la vie. Si la tension redevient normale, cela signifie que le traitement fonctionne, mais cela ne veut pas dire qu'il faut l'arrêter. Toute modification doit toujours être discutée avec le médecin.

Le patient, acteur de sa santé

Dans le traitement de l'hypertension, le patient doit donc être acteur de sa guérison. Outre la prise régulière du traitement, il peut aussi agir sur de nombreux facteurs de risque. Une alimentation déséquilibrée, le surpoids, la sédentarité, le tabac, le stress chronique ou encore un sommeil de mauvaise qualité peuvent par exemple favoriser l'hypertension. Réduire le sel est essentiel, tout comme limiter les plats préparés, les charcuteries, les fromages très salés, les biscuits apéritifs et les sauces industrielles. Une alimentation équilibrée, riche en légumes, fruits, légumineuses, céréales complètes, poissons et huiles de qualité, aide à protéger les artères. L'activité physique est également un pilier : marcher, nager, faire du vélo, même à intensité modérée, contribue à faire baisser la tension et à améliorer la santé du cœur. L'arrêt du tabac, la limitation de l'alcool, la perte de quelques kilos en cas de surpoids et un meilleur sommeil peuvent aussi avoir un effet important. Enfin, il est conseillé de faire contrôler sa tension régulièrement, surtout après 40 ans, en cas d'antécédents familiaux, de diabète, de surpoids ou de maladie cardiovasculaire.



Mesurer la tension

La tension artérielle se mesure avec deux chiffres. Le premier correspond à la pression lorsque le cœur se contracte ; le second, lorsque le cœur se relâche. On parle généralement d'hypertension lorsque les chiffres restent élevés de manière répétée, par exemple autour de 140/90 mmHg ou plus, selon le contexte médical. Une seule mesure ne suffit donc pas toujours : le médecin peut demander plusieurs mesures, parfois à domicile ou sur 24 heures.



NOUS OFFRONS

- Un environnement convivial
- Salaire en lien avec la fonction
- 13^e mois
- Chèques-cadeaux
- Accès à la plateforme Benefits at Work
- Package attractif de congés
- Crèche agréée ONE
- Accueil extra-scolaire
- Parking gratuit
- Intervention dans les frais de transports
- Facilité d'accès

FOCUS JOBS



- INFIRMIER.E POUR LE SERVICE DE GÉRIATRIE
- INFIRMIER.E AU BLOC OPÉRATOIRE
- TECHNOLOGUE EN IMAGERIE MÉDICALE
- DENTISTE - NAMUR CENTRE (INDÉPENDANT)
- BÉNÉVOLES EN GÉRIATRIE
- RÉSERVE DE RECRUTEMENT DE SECRÉTAIRES MÉDICALES ET EMPLOYÉS ADMISSION PATIENTS ET FACTURATION

ET D'AUTRES PROFILS ICI



REJOINS-NOUS
JOBS



Clinique Saint-Luc
Bouge



emploi-slbo.talent-soft.com

