

Amma
contacts

Le repas « Seveso »



Interview : Philippe De Wals
Iouchtchenko : Une enquête en montagnes russes
Discussion MedUCL

Bulletin bimestriel de l'association
des médecins Alumni de
l'Université catholique de Louvain

Ne paraît pas en juillet-août
P901109
Bureau de dépôt Charleroi X

80 Mai - Juin 2013



EDITORIAL

Martin Buyschaert, professeur émérite

J'ai rêvé que l'AMA-UCL rassemblait avec enthousiasme tous les médecins issus de notre Faculté de médecine, sans exception.

J'ai rêvé que l'AMA-UCL devenait le port d'ancrage de tous les jeunes médecins diplômés au cours des quelques dernières années.

J'ai également rêvé que les réunions scientifiques et congrès organisés par les nouveaux responsables de la Commission d'Enseignement Continu (ECU) regroupaient de très nombreux collègues, venus de toute la francophonie et intéressés par un programme de haut niveau scientifique.

J'ai enfin rêvé que Louvain Médical initiait de nouvelles formes de communication et de publications, et multipliait aussi son nombre d'adhérents.

Ces songes d'une nuit d'hiver sont-ils en ce printemps tellement éloignés de la réalité ? Certes, il y a sans doute un peu d'utopie. Mais ils contiennent aussi, ces rêves, certaines réalités concrètes de terrain.

L'AMA-UCL travaille avec ardeur pour que jeunes et moins jeunes médecins attachés aux racines de leur passé universitaire s'y retrouvent dans un esprit de corps. Et puis, le combat mené par notre Recteur contre un certain décret mettant en péril notre Université, n'a-t-il pas mobilisé nombres d'anciens et moins anciens de notre Faculté ? Avec détermination. Au-delà des structures, c'est aussi, indirectement, cette convergence que symbolise l'AMA-UCL.

Quant à l'ECU, le programme 2013, en particulier celui de son congrès de médecine générale, le vendredi 31 mai et samedi 1er juin, devrait faire le consensus: il sera garant de qualité et enrichira, par des données innovantes, le bagage médical de chacun.

Et Louvain Médical ? Au-delà de la revue « papier » dont le Comité de Rédaction essaie encore avec persévérance d'optimiser le fond et la forme, Louvain Médical est maintenant aisément accessible sur la toile, avec ce que ceci implique en termes de facilité et de clarté dans la recherche d'une référence ou d'une information.

Bref, il me semble que, même s'il y a encore du chemin à parcourir et des chantiers à bâtir, tout n'est pas qu'utopie.

Cela étant, l'AMA-UCL, comme l'ECU et Louvain Médical, ont besoin plus que jamais dans ces temps difficiles de l'appui fort, et de la présence, de chacun pour pouvoir continuer demain la(les) mission(s) qu'ils remplissent aujourd'hui avec conviction.

SOMMAIRE

Ama contacts

N° 80 mai - juin 2013

- 2 Editorial**
Martin Buyschaert
- 3 Handicapés célèbres : louchtchenko (1954) : Une enquête en montagnes russes**
René Krémer
- 8 Les interviews de l'AMA-UCL : Philippe De Wals**
- 12 MedUCL : L'ECG chez les sportifs**
- 14 Souvenirs et anecdotes : Les vents contraires**
- 15 In memoriam : Christian de Duve**
- 15 In memoriam : Jean-Claude Schoevaerdt**



COMITÉ DE RÉDACTION :

Martin Buyschaert, René Krémer, Dominique Lamy, Dominique Pestiaux, Christine Reynaert et Jean-Louis Scholtes

ÉDITEUR RESPONSABLE :

René Krémer
Rue W. Ernst 11/17 - 6000 Charleroi

COORDINATION DE L'ÉDITION :

Coralie Gennuso

ADRESSE DE CONTACT :

AMA-UCL
Tour Vésale, niveau 0
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15
1200 Bruxelles
Tél. 02/764 52 71 - Fax 02/764 52 78
secretariat-ama@uclouvain.be
<http://sites-final.uclouvain.be/ama-ucl/>

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Nous appliquons la nouvelle orthographe, grâce au logiciel Recto-Verso développé par les linguistes informaticiens du Centre de traitement automatique du langage de l'UCL (CENTAL).

GRAPHISME :

A.M. Couvreur

COUVERTURE :

Philippe De Wals

Handicapés célèbres

Viktor Iouchtchenko (1954) : Une enquête en montagnes russes

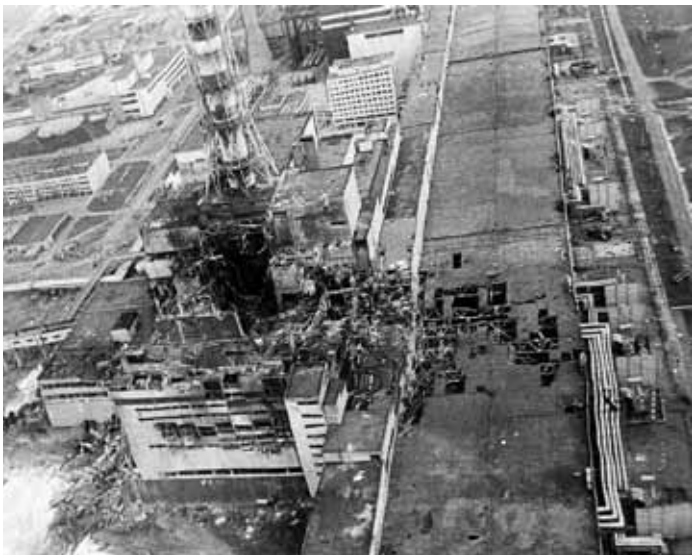


René Krémer

L'Ukraine est le second pays d'Europe par la surface. Elle s'étend des frontières polonaise et roumaine à la mer d'Azov, et des Carpates à la Crimée. Le nom de plusieurs villes nous est familier : Kiev, Odessa, Sébastopol, Yalta, Tchernobyl et Tcherkassy, où sont morts de nombreux belges de la triste cohorte de Léon Degrelle.

des états indépendants (CEI) sous influence russe : la république d'Ukraine est née.

Le pays a toujours été divisé entre pro-russes à l'est et pro-européens à l'ouest : la preuve en est l'engagement de nombreux volontaires ukrainiens dans la Wehrmacht au début de l'opération Barberousse, en 1941.



Tchernobyl

Cet article consacré à l'empoisonnement de Iouchtchenko, peu avant qu'il soit élu comme président, ne peut être compris sans quelques informations sur l'histoire et la situation politique actuelle de l'Ukraine.

Le pays fut dominé ou occupé, successivement, par ses voisins polonais, autrichiens et russes ; ces derniers, au temps des tsars et de l'URSS. L'Ukraine a toujours eu des velléités d'indépendance et des périodes de liberté, comme l'état cosaque au XVIème siècle, la tentative d'indépendance de Mazeppa, écrasée par Pierre Legrand en 1709, et la période troublée entre la fin du tsarisme et la création de l'Union Soviétique, de 1917 à 1922.

En 1991, à la suite d'un referendum, l'Ukraine accède à l'indépendance dans le cadre de la communauté

L'ASCENSION DE VIKTOR IOUCHTCHENKO

Après des études d'économie et des séjours dans diverses banques, Iouchtchenko devient, en 1993, gouverneur de la nouvelle Banque nationale d'Ukraine et est nommé premier ministre dans le gouvernement Kouitchma de 1999 à 2001. La vice-premier ministre, Ioulia Timochenko (1), appelée la « madone slave », est impliquée dans des problèmes douteux avec les patrons des entreprises de charbon et de gaz naturel. Ce qui entraîne un vote de défiance du parlement et la démission de Iouchtchenko en 2001. Sa popularité grandit toutefois rapidement : en 2004, il devient le chef d'une opposition, groupée sous le nom de « Notre Ukraine ». Il se présente à la présidence en candidat indépendant, avec un programme libéral, favorable à un rapprochement avec la communauté européenne. On peut imaginer que cette candidature ne plaisait pas à Poutine. En outre, sa seconde épouse, Kateryna Iouchtchenko-Tchoumatchenko, était américaine, née à Chicago d'une famille d'origine ukrainienne. Elle avait été fonctionnaire au département d'état et on la suspectait, toutefois sans preuve, d'être membre de la CIA et de servir «d'agent d'influence» du gouvernement américain auprès de son mari. Il était clair que les russes craignaient qu'il soit nommé président, et l'on sait que vis-à-vis de certains indésirables, les russes ont souvent préféré l'action directe à la diplomatie, tant à l'époque des Tsars qu'à celle de Staline.

LE DINER SUSPECT

Le 6 septembre 2004, trois semaines avant le premier tour de l'élection présidentielle, Iouchtchenko participe à un dîner dans la datcha de Volodymir Sat-

siuk, chef adjoint du SBU (sécurité de l'Ukraine), en présence d'Ihor Smetchko, et de son ami David Jvania. C'est ce dernier qui avait organisé le rendez-vous destiné à programmer la neutralité du SBU lors des prochaines élections présidentielles.

Le futur président, rentré chez lui, se dit fatigué. Son épouse Katherina racontera qu'elle « a perçu un étrange gout de médicament » en l'embrassant et lui a demandé s'il avait pris des remèdes. Le lendemain, il éprouve de violentes douleurs abdominales, des nausées et vomit, ce qui le sauvera probablement. Son visage et son corps sont couverts de petites protubérances brunâtres. Selon Ioulia Tymochenko, la maladie est spectaculaire : le visage est sévèrement abîmé, mais aussi l'ensemble du corps. Elle ne dit pas de quelle partie du corps elle avait pu avoir connaissance !

Le 10 septembre, le malade est admis en urgence à la clinique privée du Rudolfinerhaus à Vienne. Il se plaint d'avoir été empoisonné, mais l'enquête ouverte le 21 septembre par le parquet ukrainien conclut, le 22 octobre, à une « fièvre herpétique virale ». Son médecin personnel parle toutefois d'une infection intestinale d'origine virale, due à un empoisonnement qu'il attribue à des agents du gouvernement. Le suspense est lancé, avec comme acteurs, les ukrainiens pro-russes ou pro-européens, vraisemblablement une intervention secrète des russes et des analyses nombreuses par des experts européens.

Malgré les douleurs et l'épuisement, louchtchenko sera élu président après des contestations et un second scrutin (2).

Des échantillons de sang sont envoyés au docteur Michael Zimpfer, de l'Université d'Amsterdam, qui conclut à une concentration importante de dioxine (3), prise par voie orale (11 septembre 2004). Cette découverte est confirmée par d'autres analyses du toxicologue John Henry du St Mary's Hospital de Londres. La concentration de dioxine de type Seveso était mille fois supérieure à la normale.

Un groupe spécial d'enquêteurs sera constitué en février 2005 au sein du parquet général ukrainien. Il est dirigé par une femme, Galina Kirinovitch, qui dispose de pouvoirs d'investigation étendus. Viktor louchtchenko lui a exprimé plusieurs fois toute sa confiance. Il lui a même prêté la Mercedes blindée de l'ex-président Léonid Koutchma, pour assurer sa protection. L'enquête officielle ne débutera toutefois que six mois plus tard. Le rapport de Gori Tarochenkylo, chef des services secrets ukrainiens conclura vaguement à une « infection virale due à des substances chimiques qui ne se rencontrent pas dans des denrées alimentaires ». Dès février 2005, alors que louchtchenko est

président, la piste des services secrets russes est envisagée. Gleb Pavlovsky, le conseiller de Vladimir Poutine, est suspecté suite à des écoutes téléphoniques, mais il dément toute implication.

LES RECHERCHES SCIENTIFIQUES FIABLES ET LE TRAITEMENT

Fin 2006, le Français Pascal Kintz, expert judiciaire en toxicologie médicale, a analysé les cheveux de Viktor louchtchenko par la spectrographie de masse et a pu obtenir une cartographie chimique chronologique de la dioxine. Les segments de cheveux antérieurs au repas fatal ne contenaient pas de dioxine. Par contre, les segments prélevés après le 6 septembre étaient riches en dioxine, ce qui démontre une intoxication massive et brutale, compatible avec les agapes de la veille.

Jean Hilaire Saurat, professeur de neurosciences cliniques et de dermatologie aux Hôpitaux Universitaires de Genève, avait inventé le concept de dermatoporose (4). Depuis 2004, il était le médecin de Viktor louchtchenko. Son traitement, conduit en suivant le taux de Dioxine notamment dans le sang et la peau, a comporté des médicaments et des interventions multiples au niveau des lésions cutanées. Les examens ont montré que l'homme peut métaboliser la dioxine, c'est-à-dire la transformer chimiquement: les dosages successifs ont prouvé une diminution progressive du taux de poison dans le sang et les tissus adipeux et son élimination dans les urines et les selles. La peau jouait donc un rôle essentiel en stockant la dioxine dans la graisse cutanée, mais aussi dans des zones plus superficielles.

La peau atteinte de chloracné « résiste » à l'agent chimique en formant, sur tout le corps, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds, des milliers de petites tumeurs bénignes ou « hamartomes ». Ces boules de tissu, grosses comme un petit pois, rassemblent des milliers de cellules grasses au sein desquelles les molécules de dioxine sont digérées grâce à des enzymes. « Une propriété de la peau qu'on ne connaissait pas », souligne Olivier Sorg, un collaborateur de Saurat. « Les affreuses lésions cutanées qui ont tant fait souffrir le patient l'ont donc aussi protégé ». Selon Jean-Hilaire Saurat, Viktor louchtchenko avait dans le sang un taux de dioxine 10 000 fois plus élevé que la dose tolérée chez l'humain.

Le traitement des médecins genevois combinait médecine classique et « médecine moléculaire ». Comme la dioxine perturbe le fonctionnement des gènes, ils ont mesuré l'activité de ces derniers dans les cellules

du sang et de la peau. « Cette double information leur a permis d'adapter le traitement, pratiquement en temps réel, en jouant d'une part sur la nature et la dose des médicaments, et d'autre part en intervenant chirurgicalement sur les lésions cutanées » (Olivier Sorg). Un à un, les kystes ont été enlevés au bistouri. À Kiev ou à Genève, le patient a ainsi été opéré 25 fois, sous anesthésie générale et à chaque fois pendant plusieurs heures, entre décembre 2004 et juin 2008.

Après environ quatre ans de traitement, il avait éliminé 90 % de la dioxine de son corps : une première mondiale. Les deux tiers ont été éliminés par les selles, et le reste par les interventions chirurgicales. Son taux de dioxine est encore 100 fois supérieur à la norme, mais son organisme a tenu le coup. Son foie et son pancréas, qui étaient sévèrement touchés, sont en bon état. Quant à son visage, il est «reconstruit». «C'était la première fois qu'un être humain réussissait à éliminer la dioxine», se réjouit aujourd'hui le professeur Saurat, tout en soulignant que Viktor louchtchenko est résistant « comme un cosaque ». «Le cas louchtchenko» sera enseigné dans les facultés de médecine du monde entier.

Olga Bogomoletz, a soigné louchtchenko aussitôt après l'empoisonnement et a traité les lésions cutanées sous les conseils du professeur Saurat jusqu'en octobre 2005. La dioxine était donc « une sorte de verrou » dans les cellules graisseuses. Tout le corps était couvert de lésions. « Nous avons compris un peu tard que ces lésions étaient un moyen d'éliminer la dioxine. J'ai pratiqué, chaque jour pendant six mois, une ou deux petites interventions chirurgicales. Le patient était très courageux, malgré ses vives souffrances. On pensait qu'il n'avait que 10% de chance de survivre. C'est probablement le vomissement précoce qui l'a sauvé ».

LES MENSONGES ET L'INFLUENCE RUSSE

Même pendant la présidence de louchtchenko, les russophiles se sont efforcés de nier l'empoisonnement et de retarder l'enquête.

Iouri Ostapenko, toxicologue auprès du ministère russe de la Santé, explique que « la dioxine n'est pas un poison à effet immédiat. L'empoisonnement se développe pendant des années et qu'il est donc impossible qu'une dose reçue un jour cause des symptômes dès le lendemain».

Selon Éric Dénécé, du Centre français de recherche sur le renseignement, cette présence subite de dioxine peut avoir plusieurs causes. Il pourrait s'agir d'un accident lié à un traitement de chirurgie esthétique utilisant le botox (5) ou à un autre type de traitement médical. Pour accroître sa popularité, Viktor louchtchenko aurait alors tiré parti de ce drame en invoquant un empoisonnement !

Une autre hypothèse voudrait que ce soit un empoisonnement délibéré qui aurait échoué. Eric Dénécé juge cette hypothèse peu probable, compte tenu du professionnalisme de la branche action des services secrets russes.

Enfin, certains pensent que la défiguration de louchtchenko serait un message destiné à l'intimider. Cette dernière hypothèse est également mise en question, car un empoisonnement est difficile à maîtriser tant il est lié aux particularités de l'état d'un individu.

En 2008, l'instruction a connu un regain d'activité à la suite des déclarations du député David Jvania, très proche collaborateur de louchtchenko pendant la révolution orange de 2004, et qui était devenu, comme



beaucoup d'autres, son ennemi politique. Il déclare à la presse que les expertises médicales qui confirment la thèse d'un empoisonnement à la dioxine étaient trafiquées, et que le président n'avait été victime d'aucun empoisonnement. Il s'agissait pour lui d'une intoxication alimentaire avec pancréatite.

L'OPINION DE LA VICTIME

« J'ai été empoisonné avec de la dioxine pure, la TCDD, qui a été détectée au niveau de la peau, dans le sang, les selles et, en faible quantité, dans l'urine. Cette intoxication aigüe a entraîné des lésions cutanées, de l'acné chlorique et la formation de taches sombres sur la peau, ainsi qu'une altération de la fonction hépatique ».

« Mon ancien collaborateur et ami, Jvania est impliqué dans l'affaire et j'ai des preuves que la dioxine a été fabriquée dans un labo russe. Les suspects sont probablement réfugiés en Russie et connus des autorités russes ».

Les hypothèses les plus farfelues continuent à courir, telle la fameuse intoxication alimentaire et même une chirurgie esthétique qui aurait mal tourné !! Actuellement l'enquête piétine. Il y a gros à parier qu'elle tombera dans l'oubli.

APRÈS LA GUÉRISON

Lors des élections législatives de 2007, le « parti des régions » est victorieux et, pour garder une majorité absolue d'une voix à la chambre, louchtchenko crée un gouvernement de coalition auquel il donne le nom audacieux de « forces pro-occidentales » et qui groupe « Notre Ukraine » et le bloc de madame Tymochenko. On peut imaginer la réaction en Russie. Les choses se compliquent encore du fait des relations tendues entre loulia et Viktor et aboutissent à une crise parlementaire en septembre 2008. La Rada (chambre ukrainienne) vote une loi qui réduit les pouvoirs du président. La situation est assez confuse et rocambolesque jusqu'à l'élection présidentielle de 2010, qui ne donne à louchtchenko que 5,45% des voix dès le premier tour.

Pour tenter de rester actif en politique, il refuse de donner une consigne de vote en vue du second tour, entre lanoukovytch et Tymochenko, qui tout deux se sont rapprochés de la Russie. C'est lanoukovytch qui deviendra président le 27 février 2010.

Viktor louchtchenko vit actuellement dans le quartier de Koncha-Zaspa, à Kiev, où il dispose d'une villa de fonction et d'un bureau en tant qu'ancien président de la République. En février 2011, il annonce qu'il écrit un livre sur la Révolution orange et sa victoire à la présidence de la République en 2005.

Le 17 août 2011, plus d'un an après avoir quitté le pouvoir, l'ancien président louchtchenko est entendu au tribunal de Kiev, en qualité de témoin, au procès de son ancien Premier ministre loulia Tymochenko accusée d'abus de pouvoir et de corruption. louchtchenko demeure le chef du groupe Notre Ukraine, et à partir de cette période il est en général considéré comme le chef de l'opposition, car les autres partis sont moins influents et moins représentés au Parlement.

L'affaire d'empoisonnement est probablement définitivement enterrée, bien qu'en politique, on n'est jamais sûr de rien : songeons à l'exhumation récente de Yasser Arafat.

Les occidentaux considèrent que le régime du nouveau président Viktor lanoukovytch est corrompu, sous influence russe et sans séparation des pouvoirs, ni indépendance de la justice.

Dans une tribune publiée par le New York Times, la secrétaire d'Etat américaine, Hillary Clinton, et la chef de la diplomatie européenne, Catherine Ashton, pointent des « tendances préoccupantes » : le manque de représentation de certaines formations politiques, l'utilisation de ressources administratives



Victoire de 2005, en voie de guérison

au bénéfice du Parti des régions (PR, majoritaire) ou l'achat de votes par l'octroi d'avantages financiers. A propos du dernier scrutin du 28 octobre 2012, dernier le rapport de l'OSCE (Organisation pour la sécurité et la coopération en Europe) indique clairement un recul du processus démocratique par rapport aux dernières élections. On peut comprendre que la Russie entende avoir des relations étroites et privilégiées avec l'Ukraine : elle semble y employer des moyens dignes de l'époque stalinienne (6).

(1) Ioulia Timochenko

Née en 1960, d'origine russo-lettonne, avec une formation d'ingénieur économiste, elle a d'abord une carrière de femme d'affaires très active, dans le pétrole ukrainien et les contrats gaziers. En 1996, accusée de contrebande et de falsifications de documents, elle entre en politique dans un parti de centre droit. Sa carrière politique est plutôt chaotique : après la participation à la révolution orange elle devient premier ministre du président Iouchtchenko. Elle est ensuite limogée, puis reprise, puis candidate au second tour de l'élection présidentielle de 2010.

En 2011, elle est accusée d'abus de pouvoir, et condamnée à 7 ans de prison. Elle se pose en martyr de la démocratie. Très impopulaire en Ukraine, elle est, par contre, défendue par l'union européenne, les médias et les dirigeants occidentaux. Elle fait une grève de la faim du 29 octobre au 15 novembre 2012.

Valentina Telychenko, une des avocates de Ioulia Timochenko, a dénoncé ses conditions de détention dans des cellules sans chauffage ni douche, éclairées vingt-quatre heures sur vingt-quatre, et surveillées en permanence par des caméras. Elle aurait par ailleurs été frappée lors d'un transfert à l'hôpital.

Celle qu'on appelle en Ukraine « la machiavel en jupon », « l'icône glamour » et parfois « la princesse du gaz » séduit et fait pitié en Occident. Le charme slave opère sans doute. Ioulia Timochenko multiplie d'ailleurs les gestes de protestation pour mobiliser l'opinion européenne. Les médias français n'expliquent jamais pourquoi elle a été condamnée. Ils relatent seulement le fait qu'elle est en prison et qu'elle proteste. Et de fait, les dirigeants et le Parlement Européen, relayés par les médias, multiplient les gestes de soutien à son égard comme si elle était victime d'une horrible injustice en étant condamnée à la prison pour

abus de pouvoir. On nous explique que sa vie est en danger et qu'elle subit une injustice de la part d'un pouvoir dont on nous laisse entendre qu'il est arbitraire. Les autorités ukrainiennes ont réfuté en bloc l'ensemble de ces accusations

(2) Contestation de l'élection de 2004

Les observateurs internationaux venus surveiller les élections ayant rapporté de nombreuses irrégularités à travers le pays, Iouchtchenko conteste le résultat en raison d'une différence importante à son avantage entre les sondages de sortie des urnes et le décompte officiel. Il est soutenu par une manifestation de masse et une grève générale. Ce mouvement prendra le nom de révolution orange. La cour suprême décide d'organiser un second scrutin. La Commission centrale des élections ukrainienne désigne comme vainqueur Victor Iouchtchenko, avec 51,99 % des voix.

(3) La dioxine

210 types de composés apparentés à la dioxine ont été identifiés dont 17 sont toxiques, la plus virulente étant la dioxine de Seveso. Les dioxines peuvent être produites par des processus industriels, mais aussi lors de phénomènes naturels, comme les volcans en activité. Dans nos régions, les responsables principaux sont les incinérateurs de déchets ménagers, ainsi que l'industrie métallurgique et la production des pesticides.

Les conséquences sur l'homme sont dramatiques: lésions dermiques, (chloracné), dysfonctionnement pancréatique et, en cas d'exposition longue, une dégradation du système immunitaire, des systèmes nerveux et endocriniens et des troubles de la reproduction.



Il est malade et victorieux

(4) Dermatoporse

Terminologie due au docteur Seurat : vieillissement et amincissement de la peau par manque d'acide hyaluronique, avec perte de volume du derme, et parfois purpura sénile.

(5) Botox

C'est l'un des noms commerciaux de la toxine botulique de type A. Cette toxine est une substance sécrétée par la bactérie du botulisme, maladie souvent due à une infection alimentaire.

Elle paralyse le muscle à l'endroit où elle est injectée : elle est utilisée pour le traitement du strabisme et du torticolis spasmodique, mais aussi en médecine esthétique pour faire disparaître les rides du visage et du décolleté. L'action ne dure que quelques mois. La « food and drug » insiste

sur les risques possibles de dispersion et de conséquences graves. Les visages de Silvio Berlusconi et de Vladimir Poutine sont suspectés d'avoir bénéficié du Botox.

On peut se demander si Bart De Wever n'a pas été traité au Botox, pour garder un visage sans rides malgré un amaigrissement très important et rapide.

(6) Une vingtaine de journalistes ont été assassinés depuis l'avènement de Poutine. Les plus célèbres sont Alexandre Litvinenko, ancien du KGB empoisonné par le Polonium 210 à Londres, qui critiquait Poutine pour sa négligence envers la corruption, et Anna Politovskaïa en 2006, abattue dans l'escalier de son immeuble à Moscou, les suspects étant acquittés ou en fuite.



Interview de l'AMA-UCL Philippe De Wals

René Krémer : Cher Monsieur De Wals, je suis très heureux de pouvoir profiter de votre passage en Belgique pour interviewer un médecin, ancien de l'UCL, qui poursuit une carrière remarquable au Québec. Où êtes-vous né ?

Philippe De Wals : En 1951, à Braine-le-Château, où habite toujours ma mère et où je retrouve fréquemment des amis et ma famille.

RK : Vos études ?

PW : L'école du village d'abord, le collège Cardinal Mercier à Braine-l'Alleud, ensuite trois ans aux Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur, puis 4 ans à Leuven. J'ai fait partie de la dernière cohorte de médecins issus de l'UCL à Leuven. Ma carrière fut ensuite assez atypique. Un des éléments importants de mon choix a été une rencontre en première année de médecine. Nous avions à choisir un cours à option. J'avais d'abord suivi un cours de statistique qui ne m'avait pas laissé un souvenir impérissable. J'ai choisi ensuite le cours d'épidémiologie de Michel Lechat, un personnage extraordinaire (voir Ama contacts 48 et 49). Pour moi, ce fut une révélation et un choix définitif, comme pour Saint Paul tombant de son cheval sur le

chemin de Damas. Dès la 2ème année de médecine, je me suis mis à délaissé quelque peu les cours. J'ai fait les stages obligatoires, tout en demandant à Michel Lechat de pouvoir travailler chez lui comme chercheur.

RK : Il était rentré des USA ?

PW : Oui. Il démarrait une unité d'épidémiologie, à l'Ecole de Santé Publique de l'UCL, un des premiers bâtiments installé sur le campus de Woluwe. En mai 1974, il y avait une épidémie d'infections à méningocoques en Belgique et personne ne voulait s'en occuper. Michel m'a demandé si cela ne m'intéresserait pas de travailler sur ce sujet. Je me suis mis à collecter des informations sur les maladies à déclaration obligatoire et à collecter les cas survenus en Belgique. C'est devenu ma thèse de doctorat en santé publique, défendue en 1983.

J'ai eu ensuite l'occasion de travailler avec des professeurs connus : Josef Vandepitte, microbiologiste très réputé de la KUL, Alphonse Lafontaine, directeur de l'institut d'hygiène et d'épidémiologie... Au fil du temps, j'ai été nommé chargé de cours avec un salaire dérisoire. Pour survivre, je devais faire de la mé-

decine de famille tous les soirs, dans mon village, où j'aidais un médecin en achevant sa liste de visites. Je travaillais jusqu'à minuit. Le dimanche, je faisais des gardes. C'était très enrichissant.

RK : Mais très fatigant, sans doute.

PW : Oui. Les postes n'étaient pas nombreux dans le domaine de l'épidémiologie. J'ai néanmoins reçu une demande pour un poste de directeur de département, à Sherbrooke, une petite université canadienne, surtout connue pour sa pédagogie « l'approche par problèmes ». Il n'y avait plus de cours magistraux, au moins en faculté de médecine. J'y suis resté pendant 10 ans, y compris une année sabbatique en santé publique à l'Université de North Carolina, dont le chef de département était un collègue belge qui n'avait pas trouvé de poste à l'ULB. Après 10 ans, on m'a proposé la direction d'un département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval que j'ai rejoint en 2002. J'ai occupé ce poste pendant 8 ans. L'université Laval est ainsi nommée en hommage au premier évêque canadien qui était Monseigneur François de Laval (1623-1708), il avait créé les premiers collèges francophones.

RK : Heureusement, il ne se prénomait pas Pierre !



L'Université Laval

PW : Au début, le conseil d'administration de Laval était catholique et le recteur magnifique, comme à Louvain. Depuis quelques temps, cela s'est un peu désacralisé, comme à l'UCL d'ailleurs. Il ne reste plus que des liens historiques et une faculté de théologie.

Actuellement, je partage mon temps à diriger des équipes de recherche, dans le domaine des maladies infectieuses, et dans celui de la prévention de l'obésité et de l'encouragement à des pratiques de vie saine. Je travaille, dans deux centres de recherche différents et j'ai donc une sorte de double vie.

RK : Au même endroit ?

PW : Le système canadien est différent. Mon rôle principal est d'être professeur régulier à l'Université Laval, qui, avec son campus, est située dans la ville nouvelle de Québec, car la ville historique est très petite et entourée de fortifications. Il a été décidé que la recherche ne se ferait pas sur le campus, mais dans les centres hospitaliers et dans des centres de santé affiliés. Je suis affecté au Centre hospitalier universitaire de Québec, qui a un énorme centre de recherche. En ce qui concerne la prévention de l'obésité, je travaille à l'Institut de cardiologie et de pneumologie, un hôpital tertiaire. Les unités de pneumologie dans le domaine de la santé sont situées dans ces centres hospitaliers, ce qui nous permet de maintenir des contacts étroits avec d'une part, des diabétologues et d'autre part, des infectiologues. C'est très utile comme modèle de fonctionnement.

RK : Quelles sont vos recherches actuelles ?

PW : Ma principale recherche concerne les maladies infectieuses. C'est dans ce domaine que je suis venu à Bruxelles pour assister à une réunion organisée par une société qui travaille sur les vaccins contre les pneumocoques, un gros problème dans certains pays. On évalue les performances et les résultats des différentes études qui viennent de sortir, dont les nôtres, sur le potentiel de ces vaccins dans la prévention des otites et des pneumonies. J'ai fait pas mal de recherches sur l'efficacité et les effets secondaires de ces vaccins. Nous venons notamment de publier une étude sur le Guillain-Barré associé au vaccin pandémique contre l'influenza de Glaxo-Smith-Kline qui a été utilisé en 2009, notamment au Canada et en Belgique, avec un adjuvant qui permet une meilleure réponse. Ces études ont montré un risque de un ou deux cas de Guillain-Barré par million d'hôtes avec le vaccin « adjuvanté » et le même risque aux USA avec un vaccin sans adjuvant. C'est sans doute la composante virale qui est à l'origine du risque minime de Guillain-Barré.

RK : Il y a actuellement une théorie selon laquelle Roosevelt n'aurait pas eu la polio mais un Guillain-Barré.

PW : Il y a effectivement des discussions à ce sujet, mais je ne puis pas me prononcer là-dessus. Dans la plupart des cas, le Guillain-Barré est curable : c'est une paralysie ascendante dont la mortalité est de 6%. Grâce aux techniques de réanimation actuelles, les séquelles sont assez rares : un ou deux cas sur 80 dans une étude récente.

Nous terminons actuellement une autre étude sur la narcolepsie, maladie probablement d'origine auto-immune qui est due à une atrophie des cellules de

l'hormone du réveil. Ces malades s'endorment et ont en même temps une perte du tonus musculaire : la cataplexie. C'est une maladie assez rare qui n'est pas guérissable. On recherche actuellement une association entre ce vaccin et des cas de narcolepsie chez les jeunes. Il y a eu des cas en Suède et en Finlande. Une importante recherche est en cours.

RK : Et l'obésité ?

PW : Je donne beaucoup de cours dans le domaine de l'évaluation des politiques, des services, des programmes de santé publique. Un champ qui m'intéresse est l'évaluation des décisions politiques. On m'a demandé de former une équipe dans le domaine des saines habitudes de vie et de l'obésité. L'université Laval avait reçu un don de près de 5 millions de dollars d'un philanthrope québécois, pour soutenir une équipe de recherche. Mon rôle n'est pas de devenir un expert de l'obésité ni de sa prévention, mais de recruter des jeunes qui assureront la relève. Jusqu'ici, j'ai recruté un géographe de la santé, une infirmière dans le domaine de l'analyse des politiques, une nutritionniste dans le domaine de l'évaluation des programmes. Nous avons en outre quelques étudiants en doctorat, des gens qui ont des maîtrises et travaillent comme statisticiens nutritionnistes. L'équipe comporte une quinzaine de personnes. Notre dossier actuel est la taxation des boissons sucrées et caféinées, des horribles choses, toxiques du point de vue cardiaque. Nous avons eu des rapports d'accidents mortels chez des jeunes, qui surconsommaient ce type de boissons, dites énergisantes. Nous évaluons également, la pertinence de la taxation, de ces produits qui contribuent au déséquilibre de la balance énergétique. Nous commençons à vivre une épidémie de diabète de type 2 chez des adolescents. Ce qui avant était tout à fait exceptionnel. Notre hôpital est également une référence dans le domaine de la chirurgie bariatrique. Nous n'avons pas atteint le niveau des jeunes obèses aux USA, mais nous avons par contre des problèmes énormes parmi nos populations autochtones, qui sont passées du mode ancestral de chasseur à un mode de vie où l'on ne quitte guère son canapé devant la télévision, en sirotant des boissons sucrées et en grignotant des chips.

Je continue à faire de la recherche, à publier et à encadrer les étudiants, mais j'ai plutôt un rôle d'organisateur et je travaille surtout sur l'analyse des grandes bases de données, notamment des hospitalisations, colligées à travers tout le Canada : les maladies à déclaration obligatoire, les registres de vaccination, des registres de laboratoire de référence pour le méningocoque, le pneumocoque et la grippe. On utilise les statistiques de mortalité. Une loi très intéressante au

Québec permet l'accès aux dossiers des malades sans leur consentement. Par exemple, nous sommes occupés à documenter le fardeau des infections à méningocoques de sérogroupe B. On a des vaccins contre le A, le C et d'autres moins connus, mais le groupe B reste une cause significative de morbidité-mortalité chez les jeunes. Deux vaccins sont en cours de développement, mais, au point de vue santé publique, il est important de savoir quel est le fardeau de cette maladie et si un programme de vaccination serait socialement utile. Notre recherche porte sur des cas identifiés par le laboratoire de référence, 500 cas sur les dix dernières années. Nous avons pu obtenir, avec l'accord de la commission d'accès à l'information et d'un comité d'éthique, l'autorisation de connaître le numéro d'assurance-maladie des patients. Connaissant l'hôpital d'où provenait la souche, on a pu retracer le dossier hospitalier. Nous sommes occupés à mener une enquête auprès de 60 centres hospitaliers de la province du Québec. Pour la recherche en épidémiologie, le Canada est vraiment le paradis, contrairement à la Belgique. Il y a beaucoup d'expertise, des programmes d'information de très haut niveau. Nous avons accès à des bases de données et nous pouvons consulter les dossiers médicaux.

RK : Même ceux des médecins généralistes ?

PW : C'est possible également. Pour la narcolepsie par exemple, il était possible d'accéder au dossier des patients vus dans les cliniques du sommeil, dont certaines étaient privées. Pour ces dernières, il a fallu l'autorisation du directeur des institutions et des patients eux-mêmes. Ce n'est pas simple, mais c'est possible. Au Québec, il y a peu de rivalité entre les hôpitaux.

RK : C'est peut être dû à la distance entre eux ?

PW : Peut-être, mais aussi à une culture de collaboration, le sentiment que s'ils veulent survivre, les Québécois doivent se serrer les coudes, parce que nous sommes toujours menacés d'absorption, dans une marée anglo-saxonne, comme un petit village gaëlois dans l'empire romain. Il faut que nous soyons originaux et solidaires.

RK : Avez-vous des hobbies ?

PW : L'histoire. Chaque fois que je viens en Europe, je fouille dans les bibliothèques et les librairies. C'est surtout le 20ème siècle qui me passionne. J'aime bien la musique classique, et notamment Philippe Herreweghe, un psychiatre belge qui a mieux réussi comme chef d'orchestre. J'aime marcher, activité qui est particulièrement plai-

sante au Québec. Ma maison de famille est située à Sherbrooke, à 30 kilomètres de la frontière des USA et proche des White Mountains, au nord de Boston. On peut y faire des marches extraordinaires en hiver avec des raquettes. J'ai des enfants et des petits-enfants. J'ai un fils qui est ingénieur à Montréal, une fille médecin de famille près de Montréal. Le plus jeune de mes fils travaille dans le génie génétique à San Diego, en Californie. Mes parents vivent en Belgique. Comme j'ai beaucoup de projets avec GlaxoSmithKline et pratiquement avec toutes les compagnies qui s'occupent de vaccins, cela me permet de venir en Belgique assez souvent. La réunion pour laquelle j'y suis actuellement a eu lieu à Leuven, dans un hôtel tout proche de l'Hôpital Saint-Pierre et de l'ancienne Mémé, ce sous-sol infâme où l'on allait boire de la Stella.

RK : En tant que Belge « exporté », que pensez-vous de la situation de la Belgique ?

PW : La Belgique est occupée à se tirer dans le pied, comme nous disons chez nous. La manière dont le monde politique a géré le pays me paraît une histoire sans fin. Nous avons également des séparatistes au Québec, mais ils agissent de façon consensuelle et démocratique. Il y a des référendums, mais une fois le référendum passé, on se remet au travail. On a l'impression qu'en Belgique chacun s'est recroquevillé sur ses acquis. La situation économique n'est pourtant pas trop mauvaise. La présence de l'union européenne est heureusement un élément majeur. Il y a toutefois en Belgique une douceur de vivre et je suis très content d'y revenir : de beaux monuments, de riches musées, une vie culturelle intense, de bons restaurants. Il n'y a jamais eu de sang lié aux problèmes communautaires. Le Canada a une meilleure situation économique, à cause de ses richesses naturelles. Nous n'avons pas de centrales nucléaires. Je n'ai jamais regardé ma note d'électricité, dont le prix est ridiculement bas.

RK : En fait, en Belgique, le problème communautaire n'est pas tant flamand-wallon que flamand-francophone, avec un petit nombre de germanophones qui gagnent tranquillement de l'indépendance à la faveur des changements qui s'installent entre les autres communautés. Dans notre histoire, nous avons été manipulés, occupés, envahis par nos voisins allemands, français, espagnols, autrichiens et hollandais, ce qui nous nous vaut d'être le lieu de nombreux champs de batailles, de Waterloo à Bastogne.

PW : Au niveau académique, je ne pourrais plus travailler en Belgique, parce qu'au Canada, il y a plus de liberté, d'esprit d'initiative. Nous n'avons pas ce système pesant de la hiérarchie, qui s'est néanmoins

amélioré par rapport à l'époque où je l'ai connu. Notre système est plus dynamique et moins encadré. Au Canada, chaque professeur est un businessman qui développe son labo, ses recherches, son équipe. L'Université est là pour l'aider. Ce qui est bien au Québec, c'est qu'on est proche de la culture et du mode de vie nord-américain, mais que nos racines culturelles sont surtout européennes et francophones.

Cet après-midi, je vais rencontrer une pédiatre de Liège, qui a terminé sa formation, et a fait une maîtrise en épidémiologie à Montréal. Son sujet était proche de mes travaux sur la vaccination des parents, pour prévenir la coqueluche des enfants, ce qu'on appelle le cocooning. Cette personne a fait un projet pilote là-dessus à Sainte-Justine, un hôpital pédiatrique de Montréal. Elle rentre en Belgique où elle a obtenu un poste à l'hôpital de la Citadelle. Nous avons beaucoup de Belges en formation au Québec, certains ne retournent pas en Belgique. Mon équipe est très internationale : il y a un Chinois, une Belge, un Français, un Malien, deux Haïtiens, un Béninois. En Belgique, les équipes sont devenues très internationales également. J'ai gardé beaucoup de contact avec la Belgique, c'est ainsi que j'ai été nommé membre étranger de l'Académie Royale de Médecine. J'ai le double passeport. Le jour où j'ai obtenu le passeport canadien, j'ai perdu le passeport belge, mais j'ai pu récupérer la nationalité belge en donnant de bonnes raisons et en passant devant un juge. Je l'ai fait surtout pour mes enfants qui ont aussi la double citoyenneté. J'ai toujours des amis belges tels que Xavier De Muylder. Nous avons fêté nos quarante ans de promotion au collège Cardinal Mercier avec notre prof de rhéto, âgé de quatre-vingt dix ans, que nous avons, pour la circonstance, sorti de sa maison de retraite.

RK : Une question un peu bizarre. Comment n'avez-vous pas l'accent québécois ?

PW : J'ai pourtant vécu 40 ans au Québec. Mon épouse est Belge, c'est probablement une des raisons. Quand nous avons émigré, mes enfants étaient à l'école primaire : ils ont pris l'accent canadien. C'est assez drôle : entre eux, ils parlent avec l'accent canadien, mais ils changent d'accent quand ils s'adressent à nous. Mais tous les trois sont bilingues.

RK : J'ai été étonné que vous employiez les curieuses expressions françaises de soixante-quinze et quatre-vingt-treize. Quand un français m'épèle un numéro de téléphone, j'ai déjà écrit le six ou le quatre-vingts avant d'entendre le quinze ou le treize. Pourtant nous ne disons pas octante comme les Suisses.

PW : Au Québec, les étudiants ne comprenaient pas

les chiffres belges et j'ai dû m'adapter.

RK : Un dernier mot ?

PW : Ce que je voudrais ajouter, c'est que la formation médicale qu'on a reçue tant à Namur qu'à l'UCL était certes très théorique, mais de très haute qualité. Quand je vois les connaissances des données fondamentales, la formation nord américaine est beau-

coup plus pratique. J'ai eu un grand avantage d'avoir une bonne connaissance de base.

RK : La pratique médicale se récupère plus facilement que la physiologie.

Merci d'avoir accepté cet entretien. Le Canada est un pays jeune, qui donne l'exemple à la vieille Europe, dans pas mal de domaines.

Forum MedUCL

L'ECG chez les sportifs

Acteurs : Christophe Dupont, Edgard Calicis, Olivier Deceuninck, Jean-Claude Hariga, Alain Bachy

Christophe : Bonjour aux cardiologues (pédiatriques) du forum.

J'ai réalisé un ECG à un enfant de 11,5 ans dans le cadre d'un banal examen présportif (judo).

Cet enfant n'a aucun antécédent médical de type cardiologique, ne présente aucun souffle à l'auscultation et a une bonne tolérance à l'effort.

Je tombe avec étonnement sur ce que j'appelle un bloc de branche droit incomplet.

Etes-vous d'accord avec moi sur le diagnostic? N'y a-t-il rien d'autre comme anomalie ?

Est-ce physiologique chez un enfant ?

Qu'en penser dans le cadre de la pratique du sport ?

Il y a-t-il un suivi particulier au vu de l'âge ?

Je vous en remercie d'avance.

Edgard : Cet ECG ne correspondrait-il pas à un syndrome de Brugada ?

Christophe : Grand merci de votre message. Personnellement, je ne pense pas que ce soit un syndrome de Brugada.

Olivier : Suite à une discussion avec le professeur Krémer, nous avons revu l'ECG avec BBDt incomplet chez un enfant de 11.5 ans transmis pour avis.

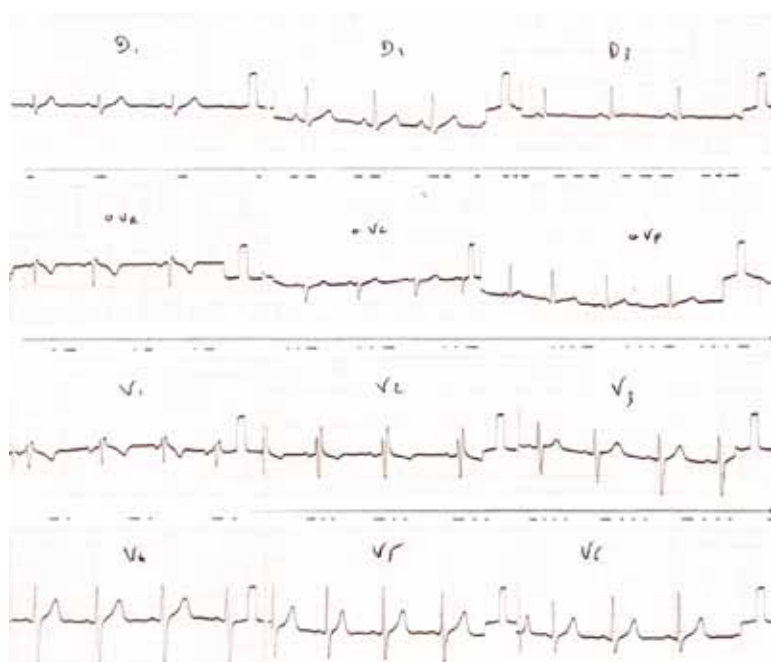
Sur cet ECG on peut y voir comme le soulignait le Dr Christophe un BBDt incomplet qui chez l'enfant est souvent physiologique et disparaît avec l'âge. En V₁, il y a un retour à la ligne de base au niveau du segment ST et pas de sus décalage descendant comme on le rencontre dans les syndromes de Brugada (pathologie qui par ailleurs est basée sur la clinique et pas uniquement sur l'ECG (histoire de syncope ou de mort subite familiale nécessaire pour que l'on s'inquiète)).

Cet ECG est donc un ECG banal pour un enfant de 11.5 ans et qui ne nécessite ni inquiétude ni investigation complémentaire.

Ce type d'ECG résulte parfois d'une position discrètement trop haute des électrodes V₁V₂ (pas toujours évident chez l'enfant...), vous pouvez d'ailleurs fabriquer des BBDt incomplets chez l'adulte en mettant les électrodes au 3ème espace intercostal...

Donc pas d'inquiétude quant à cet ECG.

Jean-Claude : Merci pour cette interprétation qui en soulage plus d'un je pense !





Les types de syndrome de Brugada : le type 3 est douteux

Christophe : Merci à toutes et tous pour vos nombreuses réponses qui m'ont aidé à voir plus clair.

Plusieurs m'ont demandé si je faisais systématiquement des ECG lors des examens présportifs. Suite à un dodécagroupe avec un cardiologue où nous avons abordé cette question, j'ai établi la grille de travail suivante (anamnèse, examen clinique et examens complémentaires). Je suis ouvert à toute discussion à cet égard.

APTITUDE MEDICO-SPORTIVE

The 12-Element AHA Recommendations for Preparticipation Cardiovascular Screening of Competitive Athletes (2007)

(cocher ou décocher)

Anamnèse :

Antécédents personnels

1. Douleur thoracique ou gêne à l'effort
2. Syncope ou lipothymies inexplicables
3. Epuisement inhabituel ou dyspnée d'effort
4. Notion de souffle cardiaque
5. Elévation de la TA systémique

Antécédents familiaux

6. Décès précoce (Mort subite ou inexplicée ou avant 50 ans secondaire à affection cardiaque chez un proche)
7. Incapacité d'origine cardiaque chez un proche < 50 ans
8. Connaissance d'affections cardiaques spécifiques chez un proche : Cardiomyopathie hypertrophique, CM dilatée, Syndrome QT long, autres maladies des canaux, Syndrome de Marfan, Arythmies majeures

Examen Physique :

09. Souffle cardiaque (couché, debout, manœuvres dynamiques, Valsalva)
10. Palpation des pouls fémoraux pour exclure une coarctation aortique

11. Stigmates physiques du syndrome de Marfan
12. Mesure de la TA brachiale en position assise (bilatérale)

DEPISTAGE ENTRE 12 et 35 ANS

Electrocardiogramme d'office pour dépister :

- CardioMyopathie Hypertrophique
- Anomalies congénitales des artères coronaires
- Myocardite
- Dysplasie arythmogène du ventricule droit
- Syndrome du QT court
- Syndrome QT long congénital
- Syndrome de Brugada

DEPISTAGE APRES 35 ANS

Recommandations de l'American College of sports medicine :

- Test d'effort chez l'homme > 40 ans et la femme > 50 ans
- Test d'effort plus jeune en présence de deux facteurs de risque (tabac, cholestérol, HTA, diabète)
- Test d'effort si le sujet est symptomatique
- Test d'effort si antécédents familiaux
- Test d'effort poussé à la fréquence cardiaque maximale si possible

Alain : En ce qui concerne l'ECG des sportifs :

De l'Académie américaine de pédiatrie

Arrêt cardiaque soudain en pédiatrie (SCA)

1. Section de cardiologie et de chirurgie cardiaque

Etude de l'ECG

Bien que certains éléments suggèrent que les arrêts cardiaques peuvent être suspectés par l'ECG, il n'y a pas eu d'études le prouvant aux USA. Une étude obligatoire réalisée chez des écoliers japonais depuis 1973 a montré une plus grande sensibilité de l'ECG par rapport aux antécédents et à l'examen clinique.

Les athlètes italiens en compétition sont soumis à une « préparticipation physical examination (PPE) comportant un ECG : ce dernier est supérieur de 77% aux antécédents et à l'examen clinique pour la détection de la cardiomyopathie hypertrophique. Les italiens ont également réalisé un ECG systématique chez des nouveaux nés pour détecter le risque du syndrome de mort subite, secondaire à une repolarisation cardiaque anormale. En ce qui concerne les athlètes olympiques, le comité olympique international a imposé un protocole d'investigation comportant l'ECG en 2004. En 2005, la société européenne de cardiologie propose un ECG 12 dérivation chez les jeunes athlètes en compétition en plus d'un examen physique et d'un interrogatoire ciblé. Plusieurs études américaines semblent

indiquer qu'un ECG systématique est rentable sur la base des années gagnées.

Les guidelines scientifiques de l'American Heart association ne recommandent pas l'ECG systématique en raison de faux négatifs et de faux positifs, du prix élevé, de la faisabilité et des problèmes médico légaux. L'infrastructure nécessaire n'est pas en place aux USA. Une publication récente des critères de l'ECG normal a permis de diminuer les faux positifs. Les athlètes de haut niveau ont parfois des anomalies ECG bénignes (cœur d'athlète) qui doivent être différenciées de conditions pathologiques.

Le problème de l'ECG systématique doit encore être étudié et débattu.

Ces conclusions en ce qui concerne l'ECG rejoignent celles de l'AHA 2007 qui vous sert de base pour l'examen d'aptitude médico sportive :

Conclusions

Un ECG 12 dérivations systématique chez les athlètes américains, tel que proposé par la société européenne de cardiologie et le Comité olympique international, n'est probablement pas praticable aux USA et exigerait un subside.

L'ECG systématique pourrait avoir des conséquences négatives chez les athlètes en raison des tests faux positifs, qui entraîneraient des tests complémentaires, de l'anxiété et parfois une disqualification non méritée.

Par contre, nous ne nous opposons pas à tout test non

invasif chez des athlètes consentants, dans de petites communautés, s'ils sont correctement exécutés et prudemment interprétés.

Sur base des données actuelles de la littérature je n'effectue **pas d'ECG systématique chez l'enfant lors d'un examen pré sportif sauf s'il s'agit d'un sport de compétition.**

Christophe : Bonjour,

Pour clôturer la discussion sur ce problème, voici la suite qui y fut donnée :

- Je n'ai malheureusement pas eu de nouvelles de la part du professeur Brugada, qui je suppose donc n'a pas pu voir le tracé d'ECG en question.

- Le jeune patient a consulté le professeur de cardiologie pédiatrique MASSIN, de l'HUDERF (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola). Pour lui, il s'agit bien d'un bloc de branche droit, mais PAS d'un syndrome de Brugada. Une échographie fut réalisée et a pu exclure toute CIA ou autre pathologie. Selon lui (comme pour d'autres membres du forum ou hors forum), ce tracé de BBD incomplet doit être considéré comme une variante de la normale, et il n'y a aucune restriction à une activité sportive.

Pour moi, l'affaire est donc close.

Souvenirs et anecdotes

Les vents contraires



J'étais assistant en médecine interne à Saint-Pierre chez le professeur Lambin.

Un de mes amis, le docteur Mandart, cardiologue à Anvers, atteint d'hépatite, me demande de le remplacer à sa consultation privée d'Anvers, rue de France, nom prédestiné.

Les consultations à cette époque ne se sont pas passées trop mal. En entendant mon flamand très pauvre, la plupart des malades me parlaient français et j'écrivais en français aux médecins généralistes, qui étaient habitués à recevoir des lettres en français de mon ami, wallon lui aussi.

Un jeune prêtre se présente : il ne savait pas ou ne voulait pas parler français.

Le problème commence lorsqu'il me dit tout bas en rougissant « Ik loss windjes ». Je lui fais répéter plusieurs fois, il paraît de plus en plus gêné. Finalement, je comprends lorsque, désignant son abdomen, il joint l'onomatopée à la parole.

Le rapport entre le cœur et la flatulence m'est inconnu. Après avoir palpé le ventre, je ne savais trop que lui dire : je le rassure, lui conseille d'éviter les choux et les haricots, ainsi que les pâtes et le raisin sec, et lui prescrit à tout hasard une préparation à base de charbon de bois, dont j'ai oublié le nom

R.K.

In Memoriam Christian de Duve



Nous venons d'apprendre le décès de Christian de Duve, prix Nobel 1974 et doyen des membres de l'AMA-UCL.

Nous l'avions interviewé il y a quelques années (voir Ama Contacts 66).

Nous présentons nos condoléances à sa famille et à ses élèves.



1974 - Réception au palais royal par le Roi Baudouin et la Reine Fabiola

In Memoriam Jean-Claude Schoevaerdt



Nous avons appris le décès du professeur Jean-Claude Schoevaerdt, juste avant l'impression du présent Ama contact.

Jean Claude a été chirurgien cardiaque et vasculaire aux cliniques universitaires de Mont-Godinne. C'était un des rares chirurgiens à avoir créé plusieurs services de chirurgie cardiaque, en collaboration avec Charles Chalant, à Lovanium au Congo, à Cochabamba en Bolivie et à Mont-Godinne. Outre ses remarquables qualités de chirurgien, c'était un garçon gentil, dévoué, aimable, très humain, doué d'un humour de bon gout, toujours accessible et prêt à rendre service.

Viktor Iouchtchenko et Ioulia Timochenko



Il est malade, ils sont amis



Il est guéri, ils sont en mésentente