

13 Dossier:
La pneumologie

3 Institutionnel :

Bonne année "2020"
Le plan CAP 2020
prend son envol

8 Recherche :

Albert Beckers,
le secret des géants
est percé

SOMMAIRE



3 **Institutionnel**

Le plan stratégique CAP 2020 a pris son envol

4 **L'actu du CHU**

En un coup d'œil, quelques nouvelles de l'hôpital universitaire



Who's who 9

Emilie Morati est l'optimiste responsable du service juridique du CHU

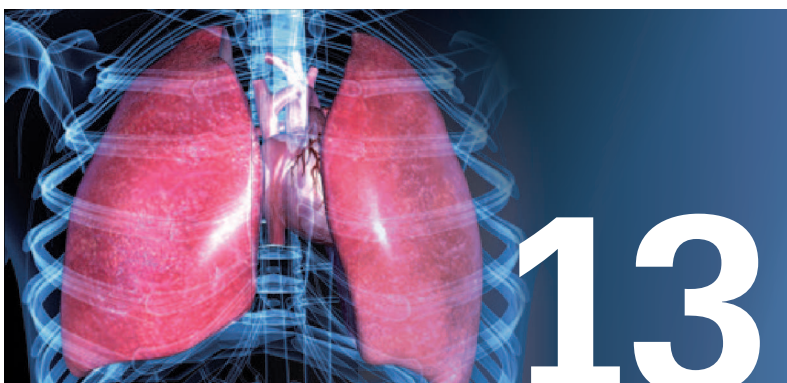


10 **Actualités**

Focus sur les différentes actualités qui ont animé l'hôpital universitaire

13 **Dossier** **La pneumologie**

"Les maladies respiratoires, une injustice régionale" dit le Pr. Renaud Louis.



ÉDITORIAL



Pr. Christian Bouffieux

Directeur Médical Honoraire
Directeur de la rédaction

Une bonne année, une bonne ...santé !

Cette fin d'année 2014 apporte toute une série d'inquiétudes pour les professions médicales. Les économies voulues par le nouveau gouvernement concernent en effet au premier chef les hôpitaux, les médecins et surtout la qualité et la disponibilité des soins : augmentation du ticket modérateur, norme de croissance fixée à 1,5%, soit nettement en dessous de celle des années précédentes, limitation de l'accès à certaines spécialités, diminution du remboursement de certains médicaments. Sans oublier l'importante question du numéro INAMI pour les nouveaux confrères diplômés, non encore résolue au moment de la rédaction de cet édito.

Gageons néanmoins que le bon sens, l'esprit de concertation qui a toujours prévalu dans notre pays, le sérieux et l'engagement des professionnels de la santé permettront d'atténuer ces écueils.

Le dossier de cet exemplaire de "CHUchotis" est dédié à la pneumologie : les maladies respiratoires sont malheureusement très fréquentes dans le bassin liégeois en raison de son historique industriel et de sa situation socio-économique : le CHU de Liège est le plus gros centre de revalidation pulmonaire du pays. La pneumologie, comme toute discipline spécialisée, s'est diversifiée et 'hyperspécialisée' : clinique de l'asthme, traitement et revalidation des BPCO, oncologie, pneumologie interventionnelle, tabacologie, etc. sont autant de facettes de cette spécialité encore, et très malheureusement, promise à un bel avenir.

Je vous souhaite à tous et toutes une excellente année 2015 : avant tout une bonne santé pour vous et vos proches, des joies familiales et professionnelles et un avenir débarrassé des soucis liés à la récession. Une pensée particulière va à nos jeunes confrères diplômés qui combattent pour pouvoir légitimement exercer notre belle profession.

Bonne lecture.



CHUchotis
N°43
DÉCEMBRE 2014

MAGAZINE D'INFORMATION
MÉDICALE DU CHU DE LIÈGE

Éditeur responsable J. Compère, Administrateur délégué du CHU (04 366 70 00), av. de l'Hôpital 13 bât. B35 - 4000 Liège / **Directeur de la rédaction** Pr. C. Bouffieux / **Conseil éditorial** A. Bodson, C. Bouffieux, J. Compère, Q. Désiron, V. D'Orio, D. Giet, P. Gillet, D. Gilman, J.M. Krzesinski, M. Lamy, M. Malaise, G. Pierard / **Directeur de la Communication** L. Maraite / **Rédaction** A. D'Haeyer / **Réalisation** PYM / **Photos** M. Mathys (CHU), J.-M. Clajot, Michel Houet, Shutterstock.

www.facebook.com/chudeliège
www.twitter.com/CHULiège

www.chuliege.be

INSTITUTIONNEL

Bonne année "2020" !

LE PLAN STRATÉGIQUE CAP 2020 A PRIS SON ENVOL

Cérémonie de vœux exceptionnelle pour le personnel du CHU de Liège ce 17 décembre 2014. L'invitation stipulait bien que l'institution entendait célébrer la "Bonne année 2020". « L'idée était de présenter au personnel le plan stratégique CAP 2020 d'une autre manière », explique Julien Compère, administrateur délégué.

« Fêter la bonne année 2020, c'était s'inscrire dans un exercice prospectif en montrant l'hôpital comme si le plan était déjà concrétisé ». Quatre films vieillissaient donc, dans la bonne humeur, le personnel de cinq ans et illustraient la concrétisation de quelques-unes des 32 fiches projets. Les films, comme le plan, plaçaient le patient au centre. La caméra suivait le patient dans son parcours de soins.

Voyage en 2020

Depuis son domicile, il rejoignait le CHU en voiture électrique, sur des routes à quatre bandes, dépassant des bus évoluant en site propre, puis rejoignait le tout nouveau parking à étages à l'entrée de l'hôpital, à côté des nombreux vélos et scooters électriques. Une signalétique claire lui simplifiait la vie et son téléphone intelligent l'amenait directement vers le service où il était attendu. Le patient s'était inscrit en ligne. A son arrivée, il a reçu un bracelet avec son code-barre, une tablette et un t-shirt intelligent qui donne en permanence, sur sa tablette et les moniteurs du DMI, ses paramètres vitaux que son médecin généraliste, qui a désormais un accès direct aux paramètres

médicaux captés, peut consulter de chez lui en temps réel. « Auparavant, quand un patient entrait à l'hôpital, il y avait une sorte de mise entre parenthèses entre le début de l'hospitalisation et l'arrivée du rapport. Maintenant, on peut suivre notre patient au quotidien... même à l'hôpital. C'est génial » a commenté un médecin généraliste. Le patient s'est aussi rendu à l'Institut de cancérologie (ex-CIO-Unilab), a profité du nouveau robot de pharmacie qui a, en quelques années, révolutionné la distribution des médicaments prescrits. Le scannage des codes-barres a permis l'inscription du CHU de Liège dans un processus de sécurité totale, certifié par un organisme international.

- ▶ En première mondiale, le CHU de Liège a accueilli l'installation, aux services des urgences, d'un distributeur de journaux "multi-titres", en partenariat avec l'association des journaux francophones. Quand on vient aux urgences, on ne pense pas toujours à prendre de la lecture pour passer le temps d'attente. Le distributeur de journaux, extension automatique de la librairie installée dans la galerie, permet d'avoir les quotidiens du jour et les magazines. L'appareil a fait ses maladies de jeunesse mais l'expérience sera dupliquée.



- ▶ Le CHU a aussi accueilli un distributeur automatique de repas chauds. Une première nationale dans un hôpital. L'idée est de permettre au personnel qui travaille en dehors des heures d'ouverture des restaurants d'avoir accès à un repas chaud, équilibré, prêt à la consommation. 12 plats différents sont au menu. Le client peut acheter le plat surgelé et l'emmener à la maison. Il peut aussi le commander prêt à être directement consommé. C'est la société namuroise VFB qui a installé l'appareil et qui veille à son approvisionnement quotidien.

Retour en 2015

Lors des vœux, après les films, Julien Compère est revenu au jour d'aujourd'hui. « Nous avons voulu vous montrer que le grand gagnant de toutes ces évolutions menées à travers le plan Cap 2020, c'est le patient. L'objectif final est qu'il reste de moins en moins longtemps entre nos murs et qu'il sorte toujours plus satisfait et en meilleure santé. Le scénario de ces films se base réellement sur nos 32 fiches projets. Aujourd'hui, les différents groupes de travail se sont mis à l'ouvrage. Je suis heureux de constater qu'ils mettent à la tâche énormément de dynamisme, sans le confondre avec la précipitation. Dans cinq ans, nous visionnerons ces films et les comparerons à la réalité. Je ne me réjouis pas d'être cinq ans plus vieux mais, grâce à vous, je vois l'avenir du CHU de Liège avec confiance ».

Et Julien Compère de souhaiter, au nom du Conseil d'Administration, une bonne année...2015 à tous les amis du CHU.

- ▶ La banderole du Télévie 2015 a été apposée dans la grande verrière du CHU. Pendant quatre mois, le CHU et l'ULg se mobilisent pour la grande opération de récoltes de fonds initiée par RTL-TVi. C'est le Pr. Castronovo et son service qui coordonnent toutes les opérations. Participez et soyez généreux.



L'ACTU DU CHU

Coup d'œil sur l'actualité du CHU

NewTom 5G, un scanner dernière génération au CHU de Liège

Le NewTom 5G (ou CBCT, Cone Beam Computed Tomography) a fait son entrée dans la panoplie des technologies de pointe à disposition des soignants du CHU. Etablir des plans de traitement, suivre la progression des pathologies et contrôler l'efficacité des soins sont quelques-unes des applications cliniques de la radiologie. Cependant, les techniques traditionnelles ne délivrent que des images en deux dimensions, ce qui limite considérablement les possibilités de diagnostic. Plusieurs affections demandent des techniques d'imagerie tridimensionnelle qui ont l'inconvénient de nécessiter des doses élevées de rayons pour être efficaces. Le CBCT évite cet écueil: ce scanner dernière génération dépasse les limites de l'imagerie bidimensionnelle tout en réduisant de 3 à 7 fois la dose de radiation reçue par le patient. Il améliore aussi la qualité et la définition de l'image et permet de visualiser de nouvelles structures.

Un premier scanner a été installé au Sart Tilman pour la production d'images dans les domaines dentaire et ORL, mais le champ d'application devrait s'élargir au profit d'autres spécialités. Ce CBCT à position allongée qui améliore le confort du patient tout en limitant les artéfacts liés aux mouvements durant l'examen, est actuellement le seul dispositif de ce type dans un hôpital de la région liégeoise.

Un second appareil, nommé Planmeca ProMax, à position debout ou assise et spécialisé dans l'imagerie dentaire, a également été installé en septembre dernier à la polyclinique L. Brull.



Inauguration d'une nouvelle polyclinique à Aywaille

Le 30 septembre dernier, le CHU de Liège a inauguré les nouveaux bâtiments de la polyclinique d'Aywaille. Les consultations avaient, elles, pu débuter dès le 1^{er} septembre. Les nouveaux locaux s'étendent sur une surface trois fois plus spacieuse, soit 450 m². Ils ont l'avantage d'être faciles d'accès, à proximité immédiate de la gare et possèdent un vaste parking aisé et gratuit. Par ailleurs, le partenariat avec les médecins généralistes a été renforcé.

La nouvelle polyclinique reçoit les patients du lundi au vendredi de 8h30 à 18h. Les professionnels de la santé déploient leurs diverses consultations tout en leur assurant un niveau universitaire. Les huit disciplines de l'ancienne infrastructure y sont toujours présentes (dermatologie, diététique, gastro-entérologie, gynécologie, ophtalmologie, ORL, rhumatologie et pneumologie) et les échographies sont également réalisées sur place. Rayon nouveautés, la médecine physique, la chirurgie de l'appareil locomoteur et la cardiologie complètent désormais l'offre. Et parce que le CHU se veut exemplaire à tous les niveaux, la construction de ces nouveaux bâtiments s'est faite à base d'énergies renouvelables.

En pratique :

Polyclinique Aywaille,
3 rue de Septroux.
Rendez-vous : 04/242 52 52
Renseignements : 04/242 52 11



La technologie au service de la revalidation

En vue d'améliorer le bien-être et l'autonomie de ses patients, le CHU de Liège avait installé en septembre 2010 des terminaux multimédias dans les chambres sur le site Ourthe-Ambève, en collaboration avec les firmes TMM et INNEOCOM. Le centre de revalidation accueille essentiellement des personnes polytraumatisées ou souffrant d'affections neurologiques. Depuis deux ans, le CHU travaille en partenariat avec Belgacom et cette collaboration vient de déboucher sur un contrat pour l'Internet Protocol Television (IPTV), un système de réseau central unique en Wallonie. Christophe Lejeune, directeur des opérations informatiques au CHU, justifie ce choix car il "permet une meilleure intégration technique et applicative, nécessaire à un hôpital de cette ampleur. Il s'impose comme la solution assurée sur le long terme." Dans le futur, le CHU espère étendre ce système à l'ensemble de ses lits.



Certificat en sexologie clinique : tout ce que vous avez toujours voulu savoir...

La Faculté de Médecine de l'ULg organise désormais un Certificat universitaire en sexologie clinique. Trente formateurs issus des Facultés de Médecine, de Psychologie, de Criminologie et de Philosophie en assurent le programme.

Les nombreuses problématiques associées à la sexualité (éducation sexuelle, pédophilie, bisexualité, identités sexuelles multiples, accès précoce et facilité à la pornographie, cybersexualité) ont interpellé non seulement les scientifiques, mais également les législateurs et les soignants. Le progrès des techniques de recherche en physiologie, en neurobiologie et en génétique ont fait avancer les connaissances et ont contribué à remettre en question, voire à faire disparaître, d'anciens préjugés. Sur le même plan, le développement de la psychologie évolutionniste et les études menées sur les styles d'attachement ont permis de comprendre l'importance de l'attachement précoce sur les relations

amoureuses et sexuelles.

Face à la multitude de données divulguées de manière très partielle – sinon complètement galvaudées, notamment sur l'internet – il est devenu indispensable de réunir les connaissances, d'en favoriser l'apprentissage et de développer des compétences de haut niveau. Et c'est précisément l'objet de ce Certificat en sexologie clinique dont la direction scientifique est assurée par le Pr. Jean-Marc Triffaux, psychiatre.

Son objectif est d'approfondir la compréhension de la sexualité dans une perspective humaniste et intégrative. Il forme des professionnels à une approche interdisciplinaire de la sexualité,

prenant en compte la complexité des situations du point de vue non seulement de la personne mais aussi du couple, de la famille et de la société. Accessible en horaire décalé aux médecins, psychologues et kinésithérapeutes détenant un diplôme universitaire de deuxième cycle, ainsi qu'à d'autres professionnels de la santé régulièrement confrontés à ces questions, ce nouveau programme permettra aux praticiens d'acquérir les savoirs, savoir-faire et savoir-être nécessaires pour répondre, au mieux, aux besoins des patients. Cette première année compte déjà une vingtaine d'inscrits.

i Cellule Formation continue :
formation.continue@ulg.ac.be
Tél : 04/366.91.07

Prix et distinctions

- ▶ Le Dr **Vincent Ninane** a obtenu le Prix du meilleur poster au 33^e congrès de l'European Society of Regional Anesthesia, et le Dr **Pierre Goffin** a reçu le 3^e prix.
- ▶ Le Pr. **Eric Salmon**, Centre de la mémoire, Service de Neurologie, est lauréat du Fonds Maria-Elisa & Guillaume De Beys (Fondation Roi Baudouin) pour son article "Adaptation of daily activities to individual capacities in neuro-degenerative cognitive disorders".
- ▶ Une 1^{ère} pour un pédiatre belge, le Pr. **Jean-Pierre Bourguignon** a reçu le "Andre Prader Prize 2014" décerné par l'ESPE.
- ▶ En 2014, le deuxième Prix littéraire Prince Alexandre de Belgique couronnait un essai scientifique de haute vulgarisation dans le domaine médical. C'est le Pr. **Vincent Geenen** qui a vu son "Voyage(s) à travers le thymus" récompensé.

La Clé pour une nouvelle vie

Après trois années de travaux et un agrément pour cinq lits supplémentaires, l'hôpital psychiatrique de jour La Clé a fait peau neuve cet automne. L'institution a vu sa capacité d'accueil passer de 25 à 30 lits. Les espaces de vie ont été complètement repensés et aménagés pour les rendre plus accueillants, joyeux et adaptés à des patients souffrant de burn-out, de dépendances, de dépression, de troubles psychosomatiques ou de troubles psychotiques. La prise en charge de troubles graves de la personnalité, de type état-limite, est également en constante augmentation. Pionnière - lors de sa fondation en 1969, elle était la seule à proposer une alternative à l'hospitalisation à temps plein de certains patients atteints de troubles mentaux - l'institution accueille les personnes en souffrance pour une durée de séjour de six semaines à trois mois. En 2013, elle a enregistré 5787 journées d'hospitalisation. Un chiffre qui ne risque pas de diminuer au vu des nouvelles dépendances liées au jeu en ligne et à l'internet, notamment.



Evénements

› Le CHU de Liège et les gestes qui sauvent



Un franc succès pour la "Journée européenne des gestes qui sauvent" du 16 octobre dernier à la gare de Liège-Guillemins. Le Pr. Lucien Bodson et des urgentistes du CHU étaient présents dans le cadre de cette journée, initiée par le "Belgian Resuscitation Council" et organisée par la Ville de Liège, pour donner des formations directes et express aux navetteurs et ce, sous le regard attentif des joueurs de Liège Basket et du cinéaste Bouli Lanners.

Élection du conseil médical

Les élections du Conseil médical ont eu lieu le 30 septembre 2014. En sa séance du 14 octobre 2014, le Conseil médical a ensuite désigné ses Président, Vice-Présidents et Secrétaire et a renouvelé ses commissions et représentations. Voici la nouvelle composition :

Président

Pr. Michel MALAISE

Vice-Présidents

Pr. Corinne CHARLIER

Pr. Roland HUSTINX

Secrétaire

Pr. Amélie MAINJOT

Représentants des médecins chefs de service

Pr. Marc ANSSEAU

Pr. Corinne CHARLIER

Pr. Philippe GILLET

Pr. Roland HUSTINX

Pr. Frédéric KRIDELKA

Pr. Michel MALAISE

Pr. Arjen NIKKELS

Pr. Marie-Christine SEGHAÏE

Représentants des médecins non chefs de service

Dr Olivier DETRY

Dr Christine GENNIGENS

Dr Jean-François KAUX

Pr. Patrizio LANCELLOTTI

Pr. Amélie MAINJOT

Dr Gabrielle SCANTAMBURLO

Dr Marc SENARD

Dr Françoise TASSIN

Représentant des candidats spécialistes en formation

Dr Charles PIRLET

Invités permanents représentant les services universitaires implantés dans des hôpitaux extérieurs

Dr Delphine MAGIS

Pr. Jean-Pol MISSON

Pr. Michèle NISOLLE

Dr Thibault SENTERRE

› Congrès infirmier de soins intensifs

Organisé par l'équipe des infirmiers chefs d'unité de soins intensifs du CHU de Liège, en collaboration avec des partenaires extérieurs, 180 infirmiers, infirmières de soins intensifs se sont réunis autour du thème "Au cœur de l'humain et de la technologie" le samedi 22 novembre dernier. Le programme associait des médecins dans un exposé plus théorique et des infirmier(e)s dans une présentation plus pratique autour de sujets alliant haute technicité et savoir-faire universitaire tout en gardant une attention particulière aux relations humaines. C'est ainsi que ECMO, chirurgie cardiaque après 75 ans, nutrition et coma ont été abordés. De même que des thèmes plus novateurs, incitant à la réflexion comme la rédaction d'un dossier infirmier informatisé, la place des familles aux soins intensifs ou encore les mécanismes de défense des soignants face à la maladie.

Humanité, haute technicité, collaboration et respect humain sont les valeurs clés de ce programme. La seconde édition est déjà en préparation.

› Congrès Sports²

Une assemblée dense avec plus de 300 participants d'horizons différents et complémentaires (kinésithérapeutes - Médecine Physique de tous les hôpitaux liégeois - Chirurgie Orthopédique - Médecins et kinés du sport de la Province) a assisté au second colloque Sports² dont le thème abordait tous les aspects spécifiques de l'instabilité de l'épaule. Une matinée riche en partage d'expériences et de connaissances ! Nous vous donnons d'ores et déjà rendez-vous en octobre 2015 pour le troisième colloque Sports².

› Bra Day : 3^e édition

Le 15 octobre dernier se déroulait la troisième édition belge du "Breast Reconstruction Awareness Day" (BRA Day). En collaboration avec la Société Royale Belge de Chirurgie Plastique, Reconstructive et Esthétique (RBSPS), le CHU de Liège, qui s'est associé à cette journée, a pu informer et sensibiliser les patientes présentes sur la reconstruction mammaire après un cancer du sein. Ce type de cancer touche 1 femme sur 8 et 9500 nouveaux cas sont détectés par an en Belgique.

› Semaine européenne de sensibilisation au cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS)

Considéré comme l'un des centres de référence les plus importants en Belgique, le CHU a participé au mois de septembre à la deuxième édition de la semaine européenne de sensibilisation au cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS), en organisant des dépistages gratuits qui ont permis de prendre en charge plus de 50 patients.

› Le sida en 2014 pour les praticiens non-infectiologues

Près de 150 participants se sont rassemblés le 25 novembre dernier, à Liège Airport, pour le 11^e symposium d'Infectiologie liégeois associant les GGA (Groupe de Gestion de l'Antibiothérapie) du CHR de la Citadelle de Liège et du CHU de Liège. En Belgique, en 2013, ce sont 3,1 nouveaux cas qui ont été détectés par jour. Ce qui portait à 27.000 le nombre de personnes infectées par le VIH en Belgique.

Ostéoporose : le CHU récompensé pour son trajet de soins

En juillet dernier, le CHU a été salué par l'International Osteoporosis Foundation (IOF) pour la création d'un trajet de soins dédié aux fractures ostéoporotiques. Intitulé "Fracture Liaison Service", le projet prend cours dans le cadre du programme international "Capture the Fracture" de l'IOF.

Avec l'obtention du statut "bronze", le CHU de Liège devient le premier hôpital francophone à recevoir cette distinction.

"La récompense salue le travail de toute une équipe et principalement l'implication du Dr Audrey Neuprez, coordinatrice médicale et de Mme Yvette Henrotay, coordinatrice administrative de ce projet mené en étroite collaboration avec le service des Urgences et de Chirurgie orthopédique", a précisé le Pr. Jean-Yves Reginster.

Ce trajet vise à optimiser la prise en charge des patients ostéoporotiques. On estime que toutes les 30 secondes, dans la Communauté européenne, une personne est victime d'une fracture ostéoporotique.

La qualité de vie des seniors à l'étude

Dans le cadre d'une vaste étude sur le vieillissement, le Service de gériatrie du CHU a fait appel à une centaine de volontaires âgés d'au moins 65 ans. Ceux-ci ont passé deux visites médicales: une évaluation médicale générale et des tests de marche, ainsi qu'une résonance magnétique cérébrale et des tests de mémoire. Une prise de sang a également été réalisée à domicile. Les participants vont être suivis pendant deux ans et chaque trimestre, les chercheurs les contacteront par téléphone pour établir un bilan de santé. Au terme de ces deux années, de nouveaux tests de mémoire seront effectués afin d'évaluer l'évolution du déclin cognitif.

Si l'espérance de vie moyenne a désormais dépassé le seuil des 80 ans, la qualité de vie des seniors n'est pas toujours optimale. L'étude entend donc discerner au plus tôt les signes de perte d'autonomie et les troubles de la mémoire pour en freiner l'évolution. Elle vise à améliorer l'état de santé des personnes âgées et à leur proposer un soutien efficace et adapté. "En termes de santé publique, il est important de pouvoir éviter les chutes souvent associées à des fractures, saignements et éventuellement, à un déclin d'autonomie, explique le Dr Sophie Gillain, gériatre. Les chutes à répétition ne sont pas à négliger chez les seniors. Elles témoignent de problèmes cardiaques, neurologiques ou encore métaboliques". Rendez-vous donc dans deux ans pour une évaluation des résultats.



Convention EEEF CHU-ULg pour une rénovation exemplaire

L'ULg, le CHU et le GRE-Liège (Groupement de redéploiement économique) ont levé 1,5 million d'euros auprès de l'European Energy Efficiency Fund (EEEF) pour modéliser les solutions techniques de la rénovation énergétique du Sart Tilman. Il s'agit de la première étape d'un programme d'investissements de 30 millions d'euros.

L'ULg et le CHU ont introduit, avec le soutien stratégique et administratif du GRE-Liège, un dossier de candidature à l'EEEF. L'objectif est de financer un ensemble d'études modélisant les solutions techniques pour améliorer les performances énergétiques de 15 bâtiments (PEB) sur le campus du Sart Tilman. Ces 15 bâtiments, construits durant les décennies 60, 70 et 80 au cours desquelles les exigences de performances énergétiques étaient bien moins contraignantes qu'actuellement, sont considérés comme prioritaires. A eux seuls, ils représentent 65,5% de toutes les consommations énergétiques (électricité et production de chaleur) du campus du Sart Tilman. Enfin, ces 15 bâtiments (sur un total de 100) constituent plus de 50% (252.000m²) des surfaces de plancher du campus.

Ces études techniques préfigurent un programme d'investissements estimé à 30 millions d'euros (dont 20 pour les bâtiments de l'ULg et 10 pour ceux du CHU), échelonnés jusqu'à fin 2018. Les interventions concernent l'isolation thermique des façades, les vitrages et toitures (295.000 m² de surfaces à rénover), l'éclairage interne et externe et l'amélioration de la ventilation et de la distribution de chaleur dans les pièces. Une partie du budget (5 millions d'euros) fera l'objet d'un emprunt.

L'objectif visé par le programme est de réduire les consommations énergétiques d'au moins 20% dans les 15 bâtiments visés, à raison d'une baisse de 11,2% pour la consommation électrique et de 49,7% pour le chauffage.



Ces économies d'énergie réduiront également les émissions de CO₂ à hauteur de 24,4%.

Ce programme d'investissements devrait déboucher sur la création et/ou le maintien de 500 emplois dans les domaines de la construction et de l'efficacité énergétique.

Le suivi du patient par internet

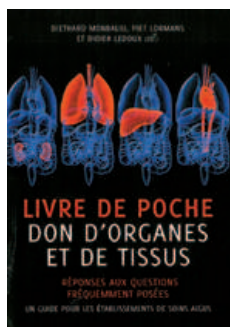
Une soixantaine de médecins généralistes ont assisté, ce mercredi 3 décembre, à la conférence annuelle d'informations que le CHU a donné, au Cercle de Wallonie à Seraing, sur l'informatique médicale. Deux grands aspects étaient abordés : la prise de rendez-vous par internet, avec le partage d'expérience du Centre Hospitalier Princesse Grâce de Monaco, et le suivi par le médecin généraliste en temps réel par internet du DMI (dossier médical informatisé) de son patient. L'objectif du CHU, comme l'a confirmé Julien Compère, est de mettre en place ces systèmes pour le 1^{er} semestre 2015. On aura l'occasion d'en reparler.

L'histoire de Liège

Le CHU de Liège a répondu favorablement à la demande des "Grandes Conférences Liégeoise" pour parrainer un cycle consacré à l'histoire de notre ville. Parce que le sujet passionne les Liégeois. Parce que l'histoire de Liège n'est plus enseignée à l'école. Et parce que la recherche sur notre histoire continue et qu'il faut donner à nos historiens l'occasion de la faire redécouvrir avec les mots de 2014. Sur www.histoiredeliège.be, vous trouverez le programme de la première année de ce cycle de conférences qui se tiennent le jeudi à 19 h aux Amphithéâtres Opéra de l'ULg. C'est Arthur Bodson qui coordonne l'opération et contacte les orateurs, aussi en dehors de l'ULg. L'apport du CHU de Liège se traduira par la mise à disposition de fiches pédagogiques réservées aux enseignants. Première conférence : Fernand Collin, directeur du Préhistorique de Ramioul. "La préhistoire en perspective". Conférence le jeudi 22 janvier à 19 h (Entrée 7 €).

Les dons d'organes en recul

Ce vendredi 28 novembre a eu lieu le 4^e colloque liégeois de coopération hospitalière au Palais des Congrès. Entièrement consacrée au don d'organes, la quatrième édition a rassemblé,



au travers du partage d'expériences, des experts issus de trois hôpitaux liégeois (CHU de Liège, CHR de la Citadelle et CHC). Après une année record en 2012, force est de reconnaître que l'année 2013 a connu un certain recul, généralisé. Lire à ce sujet, un "Livre de poche : don d'organes et de tissus" (ACCO Louvain). Il s'agit d'un guide très pratique

pour les établissements de soins aigus avec les "Réponses aux Questions les plus fréquemment posées" auquel le Dr Didier Ledoux, chef de clinique/intensiviste au CHU, a participé. Le livre est disponible chez Marie-Hélène Delbouille au 04/366.72.06 ou MH.Delbouille@chu.ulg.ac.be

PUBLICATION :

Le CHU de Liège perce le secret des géants

Liège, le 4 décembre 2014. Au-dessus de la porte du bureau du Pr. Albert Beckers, chef du Service d'Endocrinologie du CHU de Liège et professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Liège, se trouve la silhouette de l'homme le plus grand du monde : Robert Pershing Wadlow, 2m72. « *Les géants m'ont toujours fasciné. Je travaille sur le sujet depuis 30 ans* ».

Ce jeudi, le "New England Journal of Medicine" (Boston), une des publications médicales majeures au monde, publie sur 12 pages, le résultat des recherches menées par le Pr. Beckers en partenariat avec le "National Institute of Health" (Washington). Des recherches sur quelque 200 géants à travers le monde qui ont permis d'identifier le gène d'un récepteur, le GPR 101. « *Il était inconnu jusqu'alors et semble avoir un rôle important au niveau de l'hormone de croissance* ». L'hypersécrétion de celle-ci provoque le gigantisme sur des sujets dont la croissance n'est pas terminée ; elle provoque l'acromégalie quand la croissance est terminée et que le squelette est soudé.

Le "New England Journal of Medicine", c'est un "monument" dans la presse médicale. Son "Impact Factor" figure parmi les plus élevés. Le Pr. Albert Beckers et le Dr Adrian Daly, du Service d'Endocrinologie du CHU de Liège, ont contribué, avec les Drs Trivellini et Stratakis du National Institute of Health (NIH - Washington), à cette importante publication.

L'objet de leur recherche : l'explication du gigantisme et de l'acromégalie. Un géant est un individu dont la taille se situe au-delà du percentile 97. « *On ne peut fixer une taille en cm car tout dépend de l'ethnie, explique le Pr. Beckers. Un géant indien n'a pas la même taille qu'un géant hollandais* ». Un acromégale est une personne dont l'hormone de croissance est produite en excès mais dont le squelette est déjà soudé. Elle ne peut donc plus grandir, ce sont alors les extrémités qui continuent leur croissance. « *La personne a alors de grosses mains, de grands pieds, des modifications du nez, de grosses lèvres, un menton proéminent...* »

La recherche a permis de démontrer que chez les géants, un gène particulier est dupliqué et agit sur la sécrétion de l'hormone de croissance. Tout part de l'hypophyse, à la base de notre cerveau. Certains patients suivis souffrent d'une tumeur bénigne de l'hypophyse, un adénome, qui favorise la croissance

anormale de l'individu. C'est une des explications du gigantisme. Continuant leur recherche avec le NIH sur 200 géants reconnus à travers le monde, les chercheurs ont identifié 11 gènes dupliqués, réduisant ce nombre à quatre en se concentrant sur les plus jeunes géants. « *Un des quatre gènes était surexprimé dans la tumeur de l'hypophyse : le GPR101 code un récepteur dont le rôle est inconnu. 100% de personnes touchées par la duplication de ce gène sont des géants* ».

Comment agir sur ce gène ? « *La recherche fondamentale vient de faire un pas... de géant. Sans doute la publication de ces résultats va nous amener d'autres géants, d'autres ADN, d'autres cas cliniques qui vont nous permettre de poursuivre le travail de recherche. La mise en évidence de l'hormone qui se lie au récepteur (le ligand) et la compréhension de sa fonction aux niveaux cérébral et hypophysaire devraient permettre d'ouvrir de nouvelles perspectives et voies thérapeutiques* ». La recherche pourrait aussi fournir des pistes pour comprendre le nanisme.



Emilie MORATI

RESPONSABLE DU SERVICE JURIDIQUE

Le Service juridique a vu le jour à la suite d'une décision du conseil d'administration du 19 février 2014. L'objectif est de structurer et de regrouper les matières juridiques autrefois traitées de manière éparse et décentralisée au sein de l'institution. Les besoins juridiques de l'institution sont désormais identifiés, formalisés et pris en charge par une équipe jeune et dynamique. Focus sur la responsable du service, Emilie Morati.

Combien de personnes travaillent dans ce nouveau service ?

Je suis assistée de Mme Nathalie Closquet pour les tâches administratives et, depuis ce mois de juin 2014, de M^{lle} Manon Pilat, juriste diplômée de l'ULg spécialisée en droit social. Par sa spécialisation, elle est le support privilégié du département RH qui a souvent des questions en cette matière.

Quels sont les grands objectifs ?

Développer une gestion cohérente et centralisée de l'ensemble des dossiers juridiques de l'institution. Offrir un support juridique de qualité aux services administratifs et médicaux, ce qui apparaît aujourd'hui nécessaire vu la complexifica-

tion toujours croissante des législations. Enfin, être l'interlocuteur unique tant en interne qu'en externe, avec un objectif de diminution des coûts liés au recours à des services juridiques extérieurs.

Qui peut recourir aux conseils du service ?

Le service juridique guide et conseille l'institution. Nous collaborons donc principalement avec l'administrateur délégué et les chefs des services médicaux et généraux de façon à canaliser au mieux l'information. Les agents qui réclament un conseil à titre individuel seront redirigés soit vers le service du personnel, soit vers leurs délégués syndicaux. Quant au patient insatisfait, il devra se tourner vers

le service de médiation qui tentera de résoudre le problème en cause. Si la médiation n'aboutit pas et que le patient décide d'ester en justice, le service juridique devra gérer ce contentieux en vue de défendre au mieux les intérêts du CHU.

Quels sont vos atouts pour occuper ce poste ?

D'un naturel optimiste, je suis assez curieuse et dynamique. J'aime aussi beaucoup le contact humain et je suis sociable.

Vos attraits pour le métier ?

La variété du travail et l'enrichissement intellectuel qu'il me procure. Dans une telle institution, on ne se concentre pas sur une matière spécifique. Au contraire, les matières abordées sont extrêmement vastes et variées. J'ai postulé au CHU en vue de mettre ma compétence au service d'un organisme d'intérêt public. J'adhère à ses valeurs et à sa mission sociétale.

Des hobbies ?

La course à pied, la natation, les voyages, les précieux moments passés en famille et plus spécialement avec mes deux petits garçons.



CV express

- Etudes de droit à l'Université de Liège jusqu'en 2004
- 2004-2006 : Legum Magister (LL.M.) à l'Université de Cologne
- 2006-2011 : avocate indépendante au Barreau de Liège au sein du cabinet d'avocats Elegis. Orientation droit public, urbanisme et environnement
- 2011 : conseillère juridique à la direction générale du CHU
- 2014 : responsable du Service juridique du CHU

LE CADRE MÉDICAL S'ÉTOFFE...

Vingt médecins ont reçu ces derniers mois le titre de chef de clinique ou de laboratoire, confirmant leur engagement dans le cadre médical du CHU de Liège.



Alice BOUHY
Institut dentisterie
prothèse amovible



Maryam BOURHABA
Oncologie médicale



Marjolein DE CUYPERE
Gynécologie



Emmanuel DECKER
Chirurgie abdominale



Raluca DULGHERU
Cardiologie



Hélène HITABATUMA
Psychiatrie



Jérôme JOBE
Urgences



Géraldine LAMBERT
Anesthésie-réanimation



Evelyne LENNERTS
Radiothérapie



Sylvie LEPAGE
Gynécologie



Cécile MEEUX
Microbiologie



Julie PIERART
Néonatalogie



Estelle RIKIRI
Neurologie



Charline RINKIN
Rhumatologie



Ludwika STEBELSKI
Anesthésie-réanimation



Julie THYS
Ophtalmologie



Patrick BERKOVIC
Radiothérapie



Nathalie DUPONT
Institut dentisterie
prothèse fixe



Daniel LACREMAN
Anatomie pathologique



Matieu LEMPEREUR
Cardiologie

Actualités

Deux psychologues du CHU de Liège au chevet des victimes de violences sexuelles en RDC

En juillet dernier, les psychologues Mireille Monville et Céline Wertz du CPLU (Clinique Psychologique et Logopédique Universitaire), sont parties en République démocratique du Congo à la demande du Dr Mukwege, gynécologue, nommé au prix Nobel de la Paix et lauréat du Prix Sakharov de l'Union Européenne pour son action. Il a, avec son équipe, monté un centre de soins qui vient en aide aux femmes victimes de mutilations sexuelles lourdes.



Vous avez passé une semaine intense auprès des soignants et de victimes gravement mutilées, parfois très jeunes...

C. W.: Le voyage a effectivement été assez dense et il a fallu du temps, après notre retour, pour laisser mûrir les choses, prendre le temps de les digérer pour pouvoir ensuite les transmettre aux équipes du CHU et de l'ULg qui travaillent avec nous.

Quelles étaient les demandes de vos homologues congolais?

M. M.: Il y avait à la fois des demandes de conseils pratiques et des conseils en termes de formation autour de tout ce qui concerne la clinique psychologique du trauma.

C. W.: En tant que spécialistes en psychologie légale, nous avons aussi abordé la problématique de l'impunité des auteurs et le manque de soutien de la justice à l'égard des victimes. Il s'agit pourtant d'une des dimensions primordiales de leur reconstruction.

Comment est constituée cette clinique?

M. M.: Elle se situe au sein de l'hôpital de Panzi, dans le sud Kivu (Bukavu). C'est un hôpital général pavillonnaire. Le pavillon le plus important s'occupe des femmes qui ont des problèmes gynécologiques importants - liés à des déchirures et traumatismes lors d'accouchements à domicile- et des femmes qui ont subi des violences sexuelles graves. Le Dr Mukwege souhaitait les réunir au sein du même pavillon.

Quel enseignement tirez-vous de cette expérience pour votre pratique quotidienne, à Liège?

C. W.: Cela nous a confortées dans l'idée que le travail en équipe pluridisciplinaire est primordial pour gérer des situations aussi complexes que celles des maltraitements sexuelles. Ces traumatismes sont très destructeurs à la fois pour les victimes et pour leur entourage. Le travail de liaison soutenu par une équipe de médecins, psychologues et assistants sociaux est une réponse essentielle qui permet aux victimes de se réintégrer dans leur famille et plus largement, dans la société.

Comment va s'assurer le suivi?

C. W.: On a proposé aux soignants de venir suivre des formations spécifiques ici au CHU, mais ils sont peu nombreux au regard du nombre de victimes qu'ils doivent accueillir quotidiennement. Ils craignent de déformer leur équipe si un de leurs psychologues vient passer plusieurs semaines à Liège. La solution privilégiée pour le moment est donc plutôt de faire de la formation à distance.

M. M.: Soutenues par la technologie du CHU, on va pouvoir commencer des interventions entre des psychologues d'ici et les psys et assistants sociaux qui travaillent sur place avec ces femmes. On va procéder à des revues de cas cliniques et s'enrichir mutuellement pour trouver des voies de solutions thérapeutiques pour ces patientes.

Comment intégrez-vous le contexte socio-politique, culturel et religieux?

M. M.: Cela fait pleinement partie de la clinique du trauma. A Liège, nous avons aussi l'habitude de recevoir des personnes primo-arrivantes et nous devons donc tenir compte de leur vécu et du contexte de leur arrivée ici. Il faut



Ebola : l'accueil des cas suspects

pouvoir être à l'écoute des cultures des personnes pour adapter la thérapeutique. La clinique du traumatisme s'enrichit de tous les cas que l'on voit.

Vous dites que le viol est une arme de destruction massive...

M. M.: Exact, c'est une arme de guerre particulièrement destructrice. Non seulement pour la personne qui en est victime, mais aussi pour tout l'entourage social et familial. Ce type de violence fait exploser les repères et les liens de la communauté. Nous avons rencontré de très jeunes enfants (de moins d'un an parfois!) qui avaient été victimes de ces violences. C'est une arme universelle que j'ai rencontrée dans toutes les zones de conflits dans lesquelles j'ai travaillé, comme au Kosovo.

Les soignants sont confrontés à de véritables actes de barbarie. Comment peuvent-ils se protéger face à ces souffrances?

C. W.: Toutes les personnes qui gravitent autour de la victime, la famille, les soignants, peuvent effectivement être victimes d'un traumatisme que l'on dit vicariant, et développer une symptomatologie proche de celle de la victime directe. Il peut y avoir une contagion émotionnelle forte.

M. M.: Nous avons précisément mis l'accent sur la charge psychosociale des soignants. Ils doivent être attentifs à leur bien-être et arriver à prendre de la distance face aux émotions qu'ils ressentent. D'autant plus qu'ils sont dans un climat d'insécurité. Cela fait partie des formations que l'on donne aussi: il y a tout un volet sur la charge psycho-sociale des travailleurs de santé confrontés aux conséquences de cette barbarie qui vise leur propre communauté.

Voilà près d'un an qu'une épidémie d'Ebola a débuté en Afrique de l'Ouest, touchant la Guinée avant de se propager progressivement dans les pays limitrophes, au Sierra Leone, au Libéria et au Nigéria, tuant 50% des personnes touchées. La période d'incubation relativement longue (de 2 à 21 jours) en fait une bombe à retardement redoutable, laissant craindre des contaminations bien au-delà des foyers primitifs. La Belgique poursuivant ses liaisons aériennes régulières avec les pays de la zone concernée, tous les hôpitaux du pays ont été sensibilisés par le SPF Santé à la marche à suivre en présence d'un cas suspect.

Au CHU de Liège, le personnel et les équipes soignantes ont été formés et un dispositif sécurisé a été mis en place afin de ne faire courir aucun risque que ce soit aux visiteurs ou aux membres du personnel. « Un patient qui arriverait aux Urgences avec des symptômes faisant penser à une contamination par Ebola, serait directement orienté et pris en charge », explique le Dr Christelle Meuris, infectiologue et hygiéniste au CHU. « Dès l'entrée, un panneau lui indique que s'il a séjourné dans l'un des pays touchés par l'épidémie Ebola dans les 3 semaines précédentes, il doit immédiatement se signaler. On lui donne alors un masque et on le conduit dans un box de décontamination qui se trouve dans le sas ambulance. Là, en fonction de l'heure, un infirmier ou un médecin vient pour poser une série de questions standardisées : Quand est-il rentré en Belgique? A-t-il de la fièvre? A-t-il eu des contacts avec une personne ma-



lade ou décédée, suspecte d'avoir été contaminée par Ebola? A-t-il eu des contacts avec des animaux sauvages? Les réponses données sont examinées par l'infectiologue. Si ce dernier estime qu'il s'agit d'un cas Ebola probable, la procédure s'enclenche. Le soignant s'habille avec la tenue de protection ad hoc, examine le patient et le conduit ensuite dans une chambre d'isolement avec sas d'entrée et sas de sortie. »

Au niveau du protocole médical, en attendant les résultats des analyses envoyées dans un laboratoire agréé et sécurisé (à Hambourg, Londres, Lyon ou Rome), la décision a été prise de traiter d'office toute personne suspecte avec une antibiothérapie et des antimalariques (pour une fièvre typhoïde ou une malaria), car il y a de fortes probabilités que ce soit ce qui provoque la dégradation de l'état de santé du patient. « Ce qui nous importe, c'est que tout au long du processus, il n'y ait aucune prise de risque pour le personnel et qu'un patient souffrant d'une autre pathologie, une malaria par exemple, reçoive aussi les soins appropriés. »



SOIRÉE PRO.JE.TS DU FONDS LÉON FREDERICQ : 1 million d'€ pour 70 jeunes chercheurs !

En mai 2014, le Fonds Léon Fredericq et les Fonds de recherche qui lui sont associés avaient procédé à un appel à candidatures à l'attention des jeunes chercheurs du Centre Hospitalier universitaire de Liège et des Centres de Recherche de l'Université de Liège. La carotte pour cet appel ? Plus de 1 million d'€ à distribuer aux jeunes chercheurs liégeois, grâce à l'appui des partenaires - citoyens et entreprises - qui soutiennent le Fonds dans son action. « Cette somme globale est distribuée sous forme de bourses de doctorat, bourses de voyage, bourses de crédit de fonctionnement et d'équipement mais aussi de prix, à plus de 70 jeunes chercheurs impliqués dans toutes les composantes de la médecine, depuis ses aspects les plus fondamentaux jusqu'à ses implications dans le domaine social » a expliqué Vincent Geenen, secrétaire du Fonds Léon Fredericq.

La soirée "Pro.Je.Ts" pour « Promotion des Jeunes Talents » s'est tenue ce vendredi 14 novembre 2014, aux Amphithéâtres de l'Europe au Sart-Tilman, en présence de M. Julien Compère, administrateur délégué du CHU de Liège et du Pr. Albert Corhay, recteur de l'ULg. Plus de 70 jeunes chercheurs sélectionnés par un comité scientifique pour la qualité de leur travail, l'importance de leurs recherches et leur investissement au quotidien, ont été mis à l'honneur par le Fonds Léon Fredericq, les Fondations associées au Fonds Léon Fredericq et les sponsors, en présence des nombreux amis et soutiens de la recherche médicale à Liège. 81 bourses et 52 subsides ont ainsi été remis. « En choisissant de soutenir des jeunes chercheurs, le Fonds Léon Fredericq souhaite donner à leur intelligence et à leur créativité les moyens de servir la connaissance scientifique et le progrès médical, et ce dans l'intérêt de la santé de chaque citoyen » a commenté Vincent Geenen lors de cette soirée animée avec brio par Dominique Demoulin (RTL-TVi) et Jacques Cremers (RTBF).



Il serait fastidieux d'énumérer tous les lauréats. Traditionnellement deux d'entre eux ont l'occasion de présenter un rapide abstract de leur travail. Cette année, Grégory Ehx et Natacha Rocks ont pris la parole pour une rapide leçon devant un parterre de personnalités académiques à donner le frisson à ces jeunes qui ont cependant assuré. Grégory Ehx a ainsi présenté sa recherche expérimentale en hématologie sur les « *Lymphocytes T régulateurs, de précieux alliés dans les greffes de moelle osseuse* » tandis que Natacha Rocks, du Laboratoire des Biologies des Tumeurs et du Développement a présenté le « *Développement d'un nouveau traitement visant à prévenir le cancer pulmonaire induit par les polluants atmosphériques* ».

Après la remise des bourses, le public nombreux a rejoint le restaurant universitaire pour le traditionnel dîner de gala.

Faites un don : Vous pouvez toujours aider le Fonds Léon Frédéricq. Vous pouvez effectuer un don en réalisant un virement au profit du Fonds sur le compte IBAN : BE16 2400 7780 1074 BIC : GEBABEBB avec, en communication : CF4450 Fonds Léon Frédéricq. Vous pouvez aussi faire un ordre permanent au profit du Fonds simplement en contactant votre banque. Lorsque le cumul annuel de vos dons atteint au moins 40€, une attestation fiscale est émise dans le courant de l'année qui suit les versements.

A vos agendas : La soirée "Pro.Je.Ts" 2016 aura lieu le 20 novembre 2015 au Cercle de Wallonie, Château du Val Saint-Lambert à Seraing. "Save the date".

Agenda

Conférences et colloques

➤ 16 janvier

L'insuffisance cardiaque

Salle des Fêtes du Barbou à 20h

Une conférence de Patrizio LANCELLOTTI dans le cadre de l'enseignement de formation continue de l'AMLg.

➤ 19 janvier

Aspects gériatriques des patients cardiaques

Château de Colonster, 4000 Liège (Grande Salle de Lecture) à 20h

Entretiens liégeois de cardiologie.

Séances organisées par les services de Cardiologie du CHU et du CHR de Liège.

➤ 21 janvier

La plainte du patient et la gestion par voie de médiation

Auditoire Roskam - CHU de Liège, Sart Tilman à 18h30

Une conférence de Caroline DOPPAGNE dans le cadre des réunions du Service de Neurochirurgie.

➤ 6 février

Néoplasies gynécologiques pelviennes : pour une prise en charge multidisciplinaire optimale

Salle des Fêtes du Barbou à 20h

Une conférence de Frédéric KRIDELKA dans le cadre de l'enseignement de formation continue de l'AMLg.

➤ 9 février

Coeur et oncologie

Château de Colonster, 4000 Liège (Grande Salle de Lecture) à 20h

Entretiens liégeois de cardiologie.

Séances organisées par les services de Cardiologie du CHU et du CHR de Liège.

Opération Télévie 2015



➤ 19 Mars

Salle Académique

Place du 20-Août, à 20h

Conférence grand public donnée par le Pr V. CASTRONOVO.

➤ 27 mars

Au Trocadéro de Liège

3^e édition de l'"ULg's Got Talent" au profit du Télévie 2015.

DOSSIER :

La pneumologie

Le service de pneumologie est le plus important des services de médecine interne du CHU en terme de nombre de lits (72). Avec sa clinique de l'asthme et son centre de revalidation pulmonaire - l'un des quatre existant dans le pays - il fait aussi figure de pionnier, et ne manque ni de nouveaux projets, ni d'ambition pour les années à venir.

Les maladies respiratoires sont très clairement en augmentation, aidées par le vieillissement de la population et les facteurs environnementaux. Si l'on se réfère aux chiffres, l'asthme concerne 5 à 10% de la population, la BPCO (broncho pneumopathie chronique obstructive) touche plus de 10% des plus de 40 ans, le cancer du poumon est le 2^e cancer en termes de fréquence, le premier sur le plan de la mortalité. Ajoutons qu'un Belge sur quatre fume et que les nouvelles "modes" de consommation de drogues (chicha, joints de cannabis, etc.), sont particulièrement nocives pour les voies respiratoires. Dès lors, la probabilité de devoir, un jour, consulter un pneumologue n'est pas mince et elle est encore plus importante pour les Liégeois.

Une "injustice régionale" confirmée par le Pr. Renaud Louis, chef du Service de Pneumologie-Allergologie du CHU de

Liège (et actuel Président de la Société belge de Pneumologie). « Nous avons beaucoup d'insuffisants respiratoires dans la région. Les maladies respiratoires sont très corrélées à la situation socio-économique. Notre région n'étant pas l'une des plus favorisées, avec de surcroît un passé industriel lourd, nous nous retrouvons avec la plus grosse convention oxygénothérapie des hôpitaux universitaires de Belgique. Les chiffres ont explosé depuis les modifications de réglementations de l'INAMI qui imposent que la prescription d'O₂ de longue durée soit réalisée par un pneumologue sur base de critères objectifs d'hypoxémie. Nous en sommes pratiquement à 350 conventionnés, alors que la KUL (le plus gros hôpital du pays) en gère deux fois moins. Ce n'est pas un hasard si nous avons développé une grande expertise dans le traitement des maladies respira-

toires et sommes l'un des quatre centres belges à proposer de la revalidation ».

Autre record dont nous nous serions bien passés : la Belgique a le taux d'incidence du cancer du poumon le plus élevé d'Europe, devant les Pays-Bas. Or on ne fume pas ici plus qu'ailleurs, mais nous sommes parmi les champions du continent en termes de pollution aux particules fines dues à la densité de la population et à la circulation automobile. « Toutes proportions gardées, nous avons trois fois plus de malades atteints du cancer du poumon qu'en Suède ! En outre, la pollution, de façon aiguë, peut précipiter les crises d'asthme et les déstabilisations respiratoires des patients BPCO. Les pics de pollution ont une incidence directe sur la fréquentation des urgences pour problèmes respiratoires », souligne le Pr. Renaud Louis.

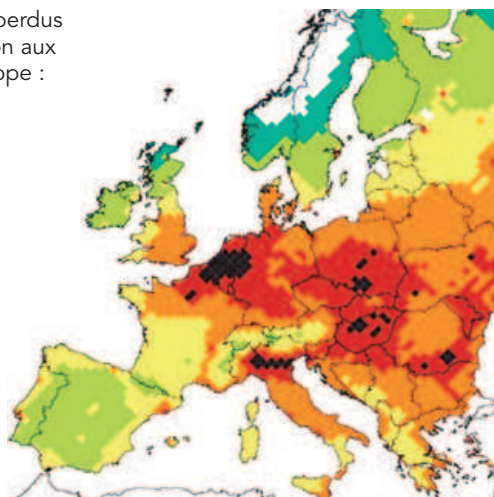


Pr. R. Louis
Chef du Service
Pneumologie-
Allergologie

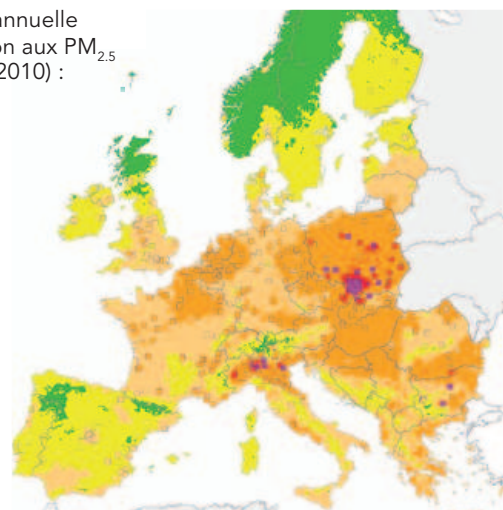
>>>

LA POLLUTION DE L'AIR EN EUROPE

Mois de vie perdus par exposition aux PM_{2.5} en Europe :



Moyenne annuelle d'exposition aux PM_{2.5} (étude de 2010) :



Les zones orange, rouges et surtout noires sont les zones où l'espérance de vie est le plus diminuée par la pollution atmosphérique. La Belgique est fortement concernée.

Concentration en particules fines en Europe. La Belgique est une zone assez polluée



De l'aérosol de liquide salin à la caractérisation du profil inflammatoire bronchique

Le traitement de l'asthme

>>> Dans ce contexte, mettre en place une clinique de l'asthme était une nécessité pour une prise en charge optimale des patients. Elle permet non seulement de leur apporter des réponses très ciblées au niveau des traitements, mais aussi de développer tout un volet de recherches scientifiques. Cette clinique de l'asthme créée en 2003 à l'initiative du Pr. Louis a été une première en Belgique. « Le principe consistait à réaliser une investigation détaillée, non seulement des paramètres fonctionnels respiratoires, mais aussi à mesurer le degré d'inflammation dans les bronches par l'analyse cellulaires des expectorations induites par inhalation de liquide salin hypertonique. Nous avons aussi utilisé des questionnaires validés d'évaluation du contrôle de la maladie et de la qualité de vie. Ces investigations permettent d'avoir une vue d'ensemble du patient asthmatique et de lui apporter une réponse très ciblée au niveau des traitements ».

Signalons que le Dr Florence Schleich, pneumologue, défendra par ailleurs sa thèse en fin d'année sur bases de travaux d'observation clinique réalisés à partir de patients ayant fréquenté la clinique de l'asthme.

En 2009, le Service de Pneumologie du CHU, en partenariat avec l'Université de Gand, a initié la création d'un Registre national des asthmatiques sévères (qui représentent environ 5% de toute la population asthmatique). Tous les pneumologues de Belgique ont la possibilité d'y inscrire leurs patients dès lors qu'ils répondent aux critères de la maladie. « Ce registre nous donne accès à une réserve de patients clairement identifiés que l'on peut contacter lorsque nous disposons de nouveaux traitements, ou pour leur proposer de participer à une étude clinique, par exemple », poursuit le Pr. Louis. C'est à partir de ce registre, notamment, que le CHU a pu identifier les premiers patients bénéficiaires de la toute nouvelle technique du traitement de l'asthme sévère réfractaire, la thermoplastie bronchique (voir CHUchotis n°42).

Les avantages de disposer d'un tel outil sont nombreux, aussi bien pour les patients - qui bénéficient d'un suivi de pointe- que pour les praticiens. « A la Clinique de l'asthme, nous pouvons caractériser le type d'inflammation par l'analyse de l'expectoration induite et identifier le traitement ciblé de choix pour chaque patient asthmatique ou proposer au patient une inclusion dans un protocole d'étude clinique en fonction de son phénotype », précise le Dr Florence Schleich. « On sait, par exemple, qu'un patient qui a un phénotype éosinophilique va montrer une bonne réponse au traitement par corticoïdes inhalés, corticostéroïdes oraux ou à l'anti-IL-5 (actuellement dans le cadre d'études cliniques). Plusieurs études suggèrent

cependant que l'absence d'éosinophiles dans les voies aériennes (phénotype paucigranulocytaire ou neutrophilique) prédit une mauvaise réponse aux corticostéroïdes et un traitement alternatif peut alors être proposé. Sans la batterie de tests appropriés, le risque est de prescrire un traitement inadapté, d'augmenter les doses pour tenter d'améliorer le contrôle de la maladie, avec comme conséquence une augmentation des effets secondaires, sans pour autant obtenir un meilleur contrôle des symptômes respiratoires ». Et les effets positifs de ce "ciblage" sont indéniables : les patients qui sont suivis à la clinique de l'asthme et dont on a caractérisé l'inflammation, voient nettement leur situation s'améliorer dans l'année qui suit (diminution de 42% des exacerbations).

La BPCO

Autre grand fléau, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est en progression. Comme le souligne le Pr. Jean-Louis Corhay, responsable des polycliniques et de l'Unité de bronchoscopie interventionnelle, « c'est un fardeau énorme pour la société. Nous menons actuellement au moins quatre études cliniques pour le traitement de la BPCO et des recherches scientifiques sur le versant universitaire afin de mieux comprendre les mécanismes inflammatoires impliqués dans sa pathogenèse. On envisage de mettre sur pied, comme pour l'asthme, une 'clinique de la BPCO' pour organiser les soins de la manière la plus efficace et optimale qui soit. »

“ On envisage de mettre sur pied, comme pour l'asthme, une 'clinique de la BPCO' pour organiser les soins de la manière la plus efficace et optimale qui soit. ”

LES ATOUS DE LA REVALIDATION PULMONAIRE

Pour traiter la BPCO, comme d'autres pathologies conduisant à de l'insuffisance respiratoire chronique, il n'existe pas pléthore de solutions, mais il est en revanche démontré que la revalidation pulmonaire précoce, associée aux traitements, amène à de bons résultats.

Le Centre de revalidation de Blanc Gravier (l'un des quatre centres conventionnés de Belgique et le seul dans la région liégeoise), a été créé en 2000 par le Pr. Pierre Bartsch, pneumologue et tabacologue. Ayant débuté avec 50 patients soignés par an, le centre en accueille désormais 180. « Nous allons devoir trouver plus de place, un déménagement est d'ailleurs prévu sur le site d'Esneux », explique le Dr Delphine Nguyen Dang, chef de clinique, responsable de la revalidation pulmonaire. « La prévalence augmente, mais il y a aussi une meilleure connaissance des bénéfices de la revalidation. C'est notamment une indication incontournable dans le traitement de la BPCO. Cela concerne la majorité des personnes qui fréquentent le centre (90%). Les 10% restants sont des asthmatiques sévères, des personnes qui ont été opérées d'un cancer du poumon, ou encore des patients atteints de fibrose pulmonaire en attente de greffe ».

Charly, 65 ans, en revalidation

Je suis atteint d'une maladie orpheline. Mon seul espoir c'est une greffe pulmonaire. Ma maladie a progressé subitement. La revalidation ne va pas me guérir, mais elle a pour objectif de stabiliser la maladie et de maintenir tous les autres paramètres afin que je puisse être greffé dans les meilleures conditions. Je viens depuis trois mois, cela me fait un bien fou! Le cadre est extraordinaire: on est entouré de médecins, de kinés, de psy. J'ai envie de venir ici, ce n'est pas une corvée, il y a une ambiance très familiale. Je fais mes exercices avec plaisir. Il n'y a pas que les aspects médicaux qui sont importants. Le relationnel avec les équipes est aussi une des clés de notre mieux-être, cela nous aide à rester positifs.

(Malheureusement, l'état de Charly s'est brutalement dégradé. Il est décédé avant de pouvoir bénéficier de sa greffe. Nous avons souhaité garder son témoignage, en hommage à son courage et à son optimisme contagieux).

L'objectif de la revalidation est de récupérer du muscle, de la tolérance à l'effort, de l'autonomie et donc de la qualité de vie. « Concrètement, cela signifie être capable de marcher, de monter un escalier, de sortir de chez soi... On est face à des patients essouffés au moindre effort et qui ne

sortent plus de chez eux de crainte de faire un malaise. On leur redonne confiance en eux : ils améliorent leur endurance, leurs paramètres cardio-vasculaires, leur force musculaire. Par ailleurs, dans 20 à 30% des cas, la condition pulmonaire s'améliore également. On veille aussi à la bonne observation de leur traitement, ce qui ne coule pas de source car un bon nombre d'entre eux sont dans le déni de la maladie », poursuit le Dr Nguyen Dang. >>>



Dr D. Nguyen
Revalidation pulmonaire





»» Un traitement classique dure 6 mois, à raison de 3 séances de 2 à 3 heures chacune par semaine. A long terme, l'espoir est que ces exercices encadrés soient un tremplin pour reprendre une activité physique minimale comme la marche, le vélo d'appartement, voire la natation... Et si arrêter de fumer n'est pas un pré-requis (30% des patients admis au centre restent des fumeurs actifs), la prise en charge tabacologique fait partie du programme. De manière générale, l'encadrement d'une réhabilitation est très complet, avec une évaluation poussée de la situation : tout au long de son parcours, le patient sera suivi par des kinés, un ergothérapeute, un psychologue, un diététicien, un assistant social, en plus de son pneumologue.

L'assistant social prend en charge tout ce qui concerne les frais remboursables, les demandes pour l'AWIPH (Agence wallonne pour l'intégration des personnes handicapées) et allocations diverses. L'ergothérapeute travaille sur la gestion de l'oxygène et donne des conseils pour améliorer le cadre de vie des patients à domicile. Le suivi diététique s'adresse à ceux qui présentent des troubles nutritionnels (patients cachectiques ou en surpoids). La psychologue propose une forme de coaching pour soigner les troubles anxiodépressifs liés à la maladie car 20 à 40% des patients BPCO présentent des symptômes de dépression. Mais il faut savoir que la réhabilitation, en elle-même, améliore la santé psychique des patients.

Bernard Hans, kinésithérapeute et ergothérapeute

Comme ergothérapeute, j'essaie de voir les patients en entretien individuel pour discuter avec eux des difficultés qu'ils rencontrent dans les activités de la vie quotidienne. A partir de là, je conseille des adaptations pour améliorer leur confort. On agit à la fois sur le cadre de



vie, mais aussi et surtout, sur leur manière de faire: souvent, ils vont trop vite, trop loin, ne récupèrent pas. En parallèle, avec les deux pneumologues du centre, on traite de la question de l'oxygène. On leur montre les différentes possibilités, on leur explique comment utiliser le matériel. Mais le principal de mon travail, en réhabilitation pulmonaire, c'est de la kinésithérapie. Il s'agit de remettre les gens en mouvement, c'est la pierre angulaire de la réhabilitation. C'est un véritable entraînement sportif qui est proposé, personnalisé et adapté à chaque patient. On augmente le niveau de difficulté très progressivement durant les six mois de réhabilitation. Chaque personne évolue à son propre rythme et les maladies évoluent aussi différemment. Mais ce que l'on constate, c'est que certains arrivent ici en chaise roulante et ils repartent sur leurs deux jambes, en ayant retrouvé une réelle autonomie.

Chantal, 63 ans, en réhabilitation pour une BPCO

J'ai découvert un article, presque par hasard, sur la réhabilitation. J'ai pris rendez-vous avec un pneumologue du CHU et rapidement, il m'a envoyée en réhabilitation. Je suis également rentrée dans une étude clinique pour tester un nouveau traitement. Je le fais à la fois parce que c'est important de participer à la recherche et évidemment pour moi, puisque cela me donne accès à des nouvelles molécules qui ne seront pas disponibles avant plusieurs années sur le marché. J'ai beaucoup fumé et beaucoup travaillé au fourneau aussi... Je n'ai pas beaucoup pris soin de ma santé. Depuis que je suis entrée en réhabilitation, je me sens beaucoup mieux. Un exemple? Je suis allée à Pairi Daiza et j'ai bien marché! J'ai monté des escaliers. Il y a deux mois d'ici, j'en aurais été incapable. C'est bien simple: lors de mon premier rendez-vous à l'hôpital, j'étais venue en chaise roulante. Mes problèmes ne sont pas récents, j'avais dû être hospitalisée en soins intensifs six mois plus tôt, dans un autre hôpital, mais on ne m'avait pas parlé de la possibilité de suivre une réhabilitation. Pourtant, c'est hyper-bénéfique, j'ai retrouvé une vraie qualité de vie et mon moral s'en ressent aussi.

L'insuffisance respiratoire chronique

Elle est provoquée par des pathologies pulmonaires restrictives, obstructives ou mixtes. Parmi les pathologies obstructives, la BPCO est la plus fréquente, mais on retrouve aussi la mucoviscidose et les bronchiectasies. Au niveau des pathologies restrictives, on rencontre les pneumopathies interstitielles et les fibroses. L'obésité peut aussi mener à l'insuffisance respiratoire sévère: à cause du surpoids, les poumons sont oppressés et n'assurent plus une ventilation satisfaisante. Ce déficit de ventilation alvéolaire peut conduire à une hypoxémie et bien souvent à une hypercapnie; une augmentation de la PCO2 peut provoquer des carbonarcoses.

LA CONVENTION OXYGÉNOTHÉRAPIE LONGUE DURÉE

La réglementation relative au remboursement de l'oxygénothérapie par bouteilles d'oxygène ou oxyconcentrateur à domicile a profondément été modifiée au 1^{er} juillet 2012 et ajustée depuis avec des avenants. Ces remaniements ont permis à l'INAMI de rectifier les modalités d'octroi d'oxygène gazeux et d'oxygène liquide. Concrètement, c'est le degré d'autonomie du patient, évalué par son pneumologue, qui va conditionner le matériel dont il pourra disposer. « Le législateur a précisé les choses, suite à des prescriptions qu'il a jugées excessives dans ce domaine » explique le Dr Hélène Van Cauwenberge, chef de clinique et pneumologue qui assure plus particulièrement le suivi des textes de loi dans ce domaine au CHU. « Depuis 2007, on a en effet assisté à une augmentation des prescriptions d'oxyconcentrateurs fixes essentiellement par les médecins généralistes. Ces prescriptions semblaient parfois plus motivées par des questions de confort que par la sévérité de l'état du patient. Il y a probablement eu surconsommation. »

Depuis juillet 2012, les médecins généralistes ne peuvent plus prescrire que du court terme (3 mois par année) en cas d'hypoxémie aiguë chronique, dans le cadre de soins palliatifs et en présence d'un cluster headache. Le pharmacien d'officine ne gère plus que ce court terme également.

« L'oxygène liquide qui est très coûteux, mais particulièrement efficace chez les patients insuffisants respiratoires sévères, n'est plus autorisé que selon certains critères précis (besoin de minimum 4l/min en continu). Pour qu'il puisse accéder à de l'oxygène de manière régulière, il faut donc une convention au long cours, la preuve d'un manque d'oxygène chronique et de l'arrêt du tabac. Le suivi est donc bien plus important, avec une évaluation annuelle en pneumologie et des prescriptions via la pharmacie de l'hôpital. Cela n'a pas été de tout repos, les médecins étaient un peu perdus, les patients se sont sentis malmenés, il a fallu du temps pour retrouver une certaine routine avec un gros travail de coordination et de suivi de chaque cas. » Pour évaluer si leurs patients rentrent dans le cadre de la convention, les pneumologues doivent leur faire passer une batterie d'examen bien définis : chercher la

Tabacologie : mieux vaut prévenir...

Le Pr. Pierre Bartsch, pneumologue-tabacologue, Mme Muriel Delvaux, psychologue, et le Dr. Eric Englebert, tabacologue spécialisé en hypnose, assurent le suivi des patients à la consultation d'aide aux fumeurs. Lors d'une première visite, ils procèdent à une anamnèse tabacologique, calculent les scores de dépendance, effectuent un bilan dépression-anxiété, afin de décider

présence d'une hypoxémie nocturne, réaliser une échographie cardiaque pour vérifier s'il y a une hypertension artérielle pulmonaire, rechercher une polyglobulie, contrôler la désaturation à l'effort grâce à un test de marche de 6 minutes, réaliser la gazométrie artérielle au repos pour préciser la gravité de l'insuffisance respiratoire chronique.

Notons aussi la présence d'un nouveau paragraphe, moins connu et qui assouplit quelque peu le texte initial: « Quand un patient n'est pas concerné par les critères classiques de la convention, on peut lui obtenir, avec quelques données complémentaires, un oxyconcentrateur portable s'il présente une désaturation à l'effort. C'est encourageant, car cela va dans le sens de ce que l'on observe: les patients en revalidation sous oxygène se sentent mieux. Il y a donc un véritable intérêt à corriger l'hypoxémie d'effort. »

du meilleur traitement à appliquer. La dépendance tabagique est très rapide - elle peut s'installer en 5-6 semaines - mais il faut en moyenne 4 à 6 tentatives pour cesser de fumer. La consultation du CHU assure un taux de réussite de 20-30% pour une tentative.

« L'arsenal à notre disposition est assez restreint », reconnaît le Pr. Pierre Bartsch. « On a les substituts nicotiques, gomme, patch, spray buccal. Pour l'instant, la cigarette électronique avec nicotine n'est pas considérée comme un substitut, cela fait toujours débat. Pour ma part, je suis assez convaincu qu'il faut l'ajouter à notre boîte à outils et je plaide pour qu'on l'autorise en Belgique, comme c'est déjà le cas en France dans les consultations de tabacologie. Nous avons aussi des médicaments, dont le Champix® qui est, jusqu'à présent, le plus efficace. Et puis, il y a la nouvelle hypnose qui fonctionne très bien chez certains patients particulièrement réceptifs à la suggestion. »



Dr H. Van Cauwenberge
Pneumologie



Pr. P. Bartsch
Pneumologie - Tabacologie

»» Muriel Delvaux, psychologue cognitivo-comportementaliste, travaille essentiellement sur la préparation et le maintien à l'arrêt du tabac, ainsi que sur les préventions de la rechute : « On demande à la personne d'observer son comportement face au tabac et de dissocier le stimulus de la réponse comportementale (par exemple, ne plus fumer en prenant son café, ou après le repas) et on lui suggère d'impliquer son conjoint. On lui propose aussi des techniques pour gérer l'envie après l'arrêt, en sachant reconnaître quelles sont les situations déclenchantes afin de les contrôler. La dépendance psychique



peut durer toute une vie. Au niveau de la dépendance, on ne devient jamais "non fumeur", on reste "ex-fumeur". D'où l'importance de bien se connaître et de rester vigilant pour ne pas plonger sur une blonde ou une brune, au moindre choc émotionnel».

LA PNEUMOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Le Service de Pneumologie-Allergologie peut se targuer d'avoir une équipe très spécialisée et performante en pneumologie interventionnelle et bénéficiant de la collaboration d'anesthésistes-réanimateurs chevronnés. Elle inclut la bronchoscopie souple, les échographies endobronchiques, les endoscopies rigides et les pleuroscopies. « Il faut savoir que la bronchoscopie interventionnelle est de plus en plus spécialisée et demande énormément d'expérience. Elle permet notamment de retirer les corps étrangers, de désobstruer les bronches par thermocoagulation et mise en place de prothèses en cas de processus tumoral, de libérer la trachée en cas de malacie ou de sténose complexe par des stents et de faire de la thermoplastie bronchique dans l'asthme sévère. On a formé un groupe de travail efficace qui peut intervenir rapidement tant dans les affections malignes que dans les bénignes. Quant aux pleuroscopies, nous sommes le centre qui en pratique le plus en Belgique », souligne le Pr. Corhay qui dirige l'unité.

Le Service a également joué un rôle pilote dans l'utilisation de l'échographie thoracique : une technique simple, mais relativement nouvelle

“
Jusqu'il y a dix ans, l'échographie thoracique n'était pas utilisée pour l'exploration du poumon, aujourd'hui, elle est largement répandue
”

pour cette application. « Jusqu'il y a une dizaine d'années, elle n'était pas utilisée pour l'exploration du poumon. Aujourd'hui, elle est largement répandue. C'est une technique rapide, non irradiante et avec des résultats immédiatement interprétables par le clinicien et cela permet de poser des actes, comme des ponctions, des biopsies ou la mise en place de drains de façon beaucoup plus sécurisée et au lit du patient », explique le Dr Vincent Heinen, pneumologue. « Elle est utilisée pour le diagnostic des pneumothorax, les condensations pulmonaires, les pneumonies, les dysfonctions du diaphragme ou encore les épanchements pleuraux. »

La pleuroscopie

Les thoracosopies médicales servent à la fois à l'exploration de la maladie pleurale, qu'elle soit oncologique ou non, et donc notamment à la prise en charge des maladies pleurales néoplasiques (les pleurésies métastatiques et les mésothéliomes). Le CHU en pratique une centaine par an. « La pleuroscopie est le gold standard dans l'exploration de la maladie pleurale. Des pathologies pleurales d'étiologies très diverses peuvent se manifester par une même présentation radiologique : un épaississement pleural, un aspect nodulaire ou une pleurésie, ... Ceci ouvre un vaste diagnostic différentiel. Pour poser un diagnostic, on commence donc par ce qui est le moins traumatisant : la radiologie, le scanner ou le petscan, et on réalise une ponction pleurale. C'est un acte simple et rapide mais dont la fiabilité ne dépasse pas les 60-65% même si on le couple à une biopsie pleurale à l'aveugle », explique le Pr. Bernard Duysinx, pneumologue. « La pleuroscopie sous sédation est le moyen le plus efficace pour obtenir un diagnostic précis (98%). Elle permet de réaliser dans le même temps opératoire un geste thérapeutique localisé (talcage de la plèvre) quand on craint que la pleurésie soit récidivante, ce qui est le cas dans les pleurésies néoplasiques ».

DES MALADIES CANCÉREUSES EN HAUSSE

Le service d'onco-pneumologie est coordonné par cinq médecins, trois pneumologues et deux oncologues, travaillant de concert: ensemble, ils reçoivent environ 300 nouveaux cas par an de néoplasies pulmonaires ou pleurales.

La majorité des cas sont des cancers pulmonaires et leur nombre a tendance à augmenter au fil des ans. Les causes sont désormais bien connues : tabac, pollution (à l'amiante, au radon, aux particules fines). Pour l'équipe, l'un des enjeux majeurs pour améliorer la survie des patients est le diagnostic précoce. « Nous menons actuellement plusieurs études importantes sur le diagnostic et le traitement précoces des cancers. On fait des recherches pour déceler la pathologie cancéreuse au niveau du sang et des expectorations, chez des patients fumeurs indemnes », explique le Dr Astrid Paulus, pneumologue. « L'idée, à long terme, c'est de pouvoir mettre en place, comme on le fait pour le cancer du sein ou du côlon, un dépistage pour des personnes répondant à certains critères d'âge et de tabagisme, par exemple ».

Le Dr Anne Sibille, pneumologue spécialisée dans le cancer du poumon non à petites cellules, insiste sur l'importance de ce dépistage très précoce : « On constate qu'au stade 1A - soit au stade d'un minuscule nodule pulmonaire, sans atteinte ganglionnaire -, quand on opère, il n'y que 65 à 70% des patients qui survivent à 5 ans. Cela signifie qu'il y a des micro-métastases que nous ne parvenons pas à observer et qui resurgissent plus tard. C'est assez décourageant si l'on songe qu'on est au tout premier stade de la maladie.

On a identifié une série de patients chez qui la survie s'améliore en associant chirurgie et chimiothérapie post-opératoire. Mais là encore, il y a un écueil : la chimiothérapie a une toxicité importante, on ne peut pas la prescrire à tout le monde ».

Au rayon des innovations, les derniers développements notables en chimiothérapie datent déjà de 2008 avec l'utilisation du Pemetrexed pour le traitement des adénocarcinomes. La radiothérapie ciblée intense (radiothérapie stéréotaxique) permet désormais de donner un maximum de rayons en un endroit donné avec un minimum de toxicité alentour. Elle est surtout utilisée pour des patients inopérables. Pour la chirurgie, les progrès sont surtout venus de la VATS (Video Assistance Thoracoscopic Surgery, chirurgie minimale invasive). « Quand elle est bien réalisée, elle permet d'avoir une section performante, dans la mesure où on fait un curage ganglionnaire avec les mêmes résultats que la chirurgie classique, mais avec des douleurs et un

temps d'hospitalisation qui sont bien moindres. Mais au niveau des saignements, les résultats sont plus mitigés et en cas de complications, on doit repasser par la chirurgie classique », nuance le Dr Sibille.

Les apports de l'échographie endobronchique sont également importants en ce qu'elle permet d'explorer et de stadifier de manière précise la maladie. « Les cancers du poumon peuvent s'étendre soit locorégionalement, soit via le système lymphatique infiltrant les ganglions hilaires et médiastinaux, soit via la circulation sanguine et donner des métastases à distance. A un stade précoce, le pronostic est forcément meilleur. A un stade métastatique, la maladie récidivera et au stade intermédiaire (tumeur avec invasions ganglionnaires, mais sans métastases), un traitement combiné peut permettre la régression de la maladie et, parfois, la rendre accessible à un traitement local. L'échographie endobronchique permet précisément d'interroger ces ganglions médiastinaux pour savoir s'ils sont infiltrés, ce qui stadifie plus précisément la maladie et permet de donner un traitement plus adéquat. Et ce de manière peu invasive », conclut le Pr. Duysinx.

Un pic de mésothéliomes d'ici cinq ans

Aux alentours de 2020 et au-delà, la Belgique doit s'attendre à un pic de cancers dus à l'amiante (mésothéliome). C'est une maladie pour laquelle il existe peu de solutions thérapeutiques. « Les traitements actuels - Pemetrexed combiné aux sels de platine - ont permis d'améliorer de manière significative l'espérance de vie des patients, la survie médiane peut être doublée dans certains cas », assure le Pr. Duysinx. Le CHU a également mis en place plusieurs études cliniques pour des traitements de type immunothérapie : il s'agit de restimuler l'immunité du patient pour permettre de mieux lutter contre la tumeur.

Et demain?

Aujourd'hui, le CHU de Liège pratique toutes les greffes, à l'exception de la greffe pulmonaire. C'est le prochain gros chantier de la décennie. Les indications couvrent essentiellement l'emphysème - première cause -, la fibrose et la mucoviscidose. Certaines pathologies, comme l'hypertension artérielle-pulmonaire ou les pneumopathies interstitielles, peuvent aussi conduire à des greffes. « On a ouvert un colloque multidisciplinaire sur les pneumopathies interstitielles qui se tient tous les derniers jeudis du mois. Là, on peut discuter des cas difficiles de manière collégiale, avec un médecin du travail, un pneumologue, un anatomopathologiste, un chirurgien, un anesthésiste-réanimateur et un intensiviste. Cela fait également partie de la mise en place des bases du projet 'greffe' du CHU », explique le Pr. Jean-Louis Corhay.

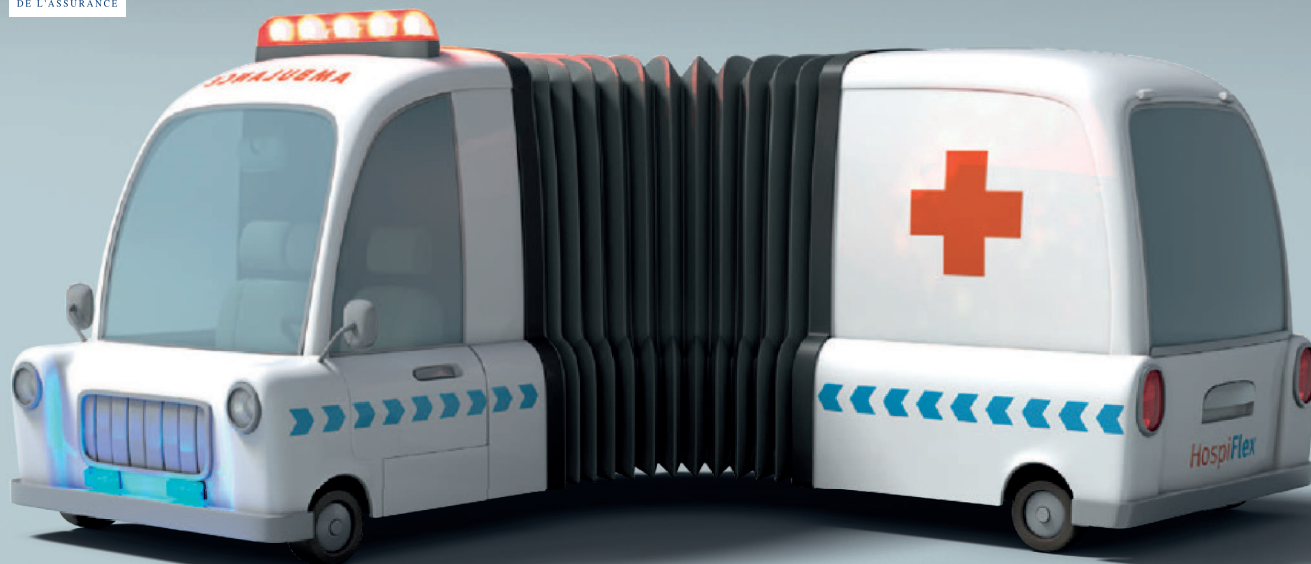


Pr. J.L. Corhay
Bronchoscopie
interventionnelle

Soins de santé

Priorité à la flexibilité pour vos employés !

TROPHÉE
INNOVATION
2014



HospiFlex

ENFIN UNE COUVERTURE
RÉELLEMENT SUR MESURE

Garanties, franchises et options modulables dans un même contrat collectif, affiliation possible du conjoint et des enfants... Choisissez dorénavant **l'assurance qui correspond vraiment aux besoins de vos collaborateurs.**

Avec tout le confort de l'AssurCard®, son système de tiers-payant et de nombreux avantages innovants reconnus par les professionnels du secteur.

Pour en savoir plus : www.ethias.be/HospiFlex

Ethias S.A., entreprise d'assurances agréée sous le n° 196
E.R. Gaëtan Smets, rue des Croisiers 24 - 4000 LIEGE

ethias

PREFERRED PARTNER
FOR CORPORATE INSURANCE