JUILLET-AOÛT 2018

Revue de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'UCL

Louvain Médical

Mémoires de Recherche Clinique 2017-2018

181e et 182e promotions des médecins de l'UCL

Revue mensuelle - 2018 - volume 137

7

COMITÉ D'HONNEUR

Fr. HOUSSIAU
▶ Vice-recteur du Secteur des Sciences de la Santé
D. VANPEE
▶ Doyen de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire
PH. HAINAUT, A. PASQUET, G. RICHARD, E. SCHRÖDER
▶ Bureau de la Commission d'Enseignement Continu
M. BUYSSCHAERT
▶ Président de l'AMA-UCL
J.M. LACHAPELLE, A. SIMONART †, M. DE VISSCHER † et J. CRABBE †,
▶ anciens directeurs de la Revue
M. BUYSSCHAERT, J. PRIGNOT † et C. HARVENGT †
▶ anciens rédacteurs en chef de de Louvain Médical

RÉDACTION

Rédacteur en chef ▶ C. HERMANS
Rédacteur en chef adjoint ▶ A. PASQUET

Comité éditorial : ▶ C. HERMANS, M. BUYSSCHAERT, O.S. DESCAMPS, J.M. MALOTEAUX, A. PASQUET.

Comité de lecture :

▶ M. BUYSSCHAERT, B. BOLAND, Y. BOUTSEN, I. COLIN, E. CONSTANT, CH. DAUMERIE, E. DE BECKER, S. DE MAEGHT, O. DESCAMPS, O. DEVUYST, S.N. DIOP, J. DONCKIER, A. FERRANT, P. GIANELLO, M. GRAF, PH. HANTSON, V. HAUFROID, M.P. HERMANS, F. HOUSSIAU, J. JAMART, A. KARTHEUSER, P. LALOUX, M. LAMBERT, CH. LEFEBVRE, A. LUTS, D. MAITER, J.M. MALOTEAUX, L. MAROT, J.L. MEDINA, R. OPSOMER, D. PESTIAUX, V. PREUMONT, C. REYNAERT, CH. SCAVÉE, E. SOKAL, P. STARKEL, C. SWINE, D. TENNSTEDT, J.P. THISSEN, B. TOMBAL, D. VANPEE, J.C. YOMBI

CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. BUYSSCHAERT ▶ président
A. PASQUET ▶ trésorier
O.S. DESCAMPS ▶ secrétaire

Administrateurs :

▶ M. BAECK, O.S. DESCAMPS, C. HERMANS, Fr. HOUSSIAU, C. MINGUET, J. MORELLE, R.J. OPSOMER, A. PASQUET, D. VANPEE

ÉDITION

▶ Louvain Medical asbl,
avenue E. Mounier 52/B1.52.14 - 1200 Bruxelles
Contact : Tel. 32 2 764.52.65 - Fax : 32 2 764.52.80
isabelle.istasse@uclouvain.be
ISSN : 0024-6956 / TVA BE 0445.001.455

Président du Conseil d'Administration
Pr. Martin Buysschaert

Rédacteur en chef
Pr. Cédric Hermans

Rédacteur adjoint
Pr. Agnès Pasquet

Responsable de l'édition
Mme Isabelle Istasse

ABONNEMENTS (DIX NUMÉROS PAR AN)

- **Papier + site Internet :** médecins 110 € ; pensionnés : 55 € ; étudiants et maccs: 55 € (TVAC)
- **site Internet +app' mobile Ios et Android :** 95 € (TVAC)

ING • IBAN : BE91 3100 3940 0476
BIC : BBRUBEBB

Louvain Médical est également accessible sur l'internet à l'adresse suivante : ***www.louvainmedical.be***
Un accès personnalisé est offert aux étudiants de master ainsi qu'aux assistants de 1re et 2e année.

CONSEILLERS EN STATISTIQUES

▶ J. Jamart, Fr. Zech

RÉGIE PUBLICITAIRE

JEAN-PIERRE FELIX ▶ Gsm : + 32 (0) 475 28.39.63
E-mail : jean.pierre.felix@skynet.be

Louvain Médical est la revue de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'UCL (Université catholique de Louvain). Indexée dans Elsevier, Scopus.

Les informations publiées dans Louvain Médical ne peuvent être reproduites par aucun procédé, en tout ou en partie, sans autorisation préalable écrite de la rédaction.

COUVERTURE

Mikael Damkier - Fotolia.com

Revue mensuelle de la Faculté de médecine et médecine dentaire, de l'Association des Médecins anciens étudiants, du Cercle médical Saint-Luc et de la Commission d'Enseignement Continu Universitaire

www.louvainmedical.be

SOMMAIRE

JUILLET-AOÛT 2018

ÉDITORIAL

Louvaniste et fier de l'être
Cédric Hermans 379

MÉMOIRES DE RECHERCHE CLINIQUE

Avant-propos

Les meilleurs mémoires de recherche clinique de l'année 2017-2018 à l'honneur
Cédric Hermans 380

Chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur

Arthroplastie du genou : unicompartimentale vs. totale
« Évaluation du muscle quadriceps et impact du garrot compressif »
Aurélie Vanden Berghe, Emmanuel Thienpont 381

Endocrinologie pédiatrique

Rémission partielle du diabète de type 1 chez l'enfant : caractérisation de cette période définie selon l'IDAA$_{1C}$ et proposition d'une définition alternative intégrant les paramètres de la variabilité glycémique
Nina Nielens, Annie Robert, Philippe Lysy 383

Gastro-entérologie

Étude prospective évaluant la fonction endocrine et exocrine du pancréas après traitement de la pancréatite chronique par endoscopie
Shabneez Kautbally, Pierre Deprez, Michel Hermans, Tom Moreels, Tarik Aouattah, Enrique Perez-Cuadrado-Robles 385

Hépato-gastroentérologie

Évaluation non-invasive de la fibrose dans la maladie alcoolique du foie
Mélissa Salavrakos, Hubert Piessevaux, Mina Komuta, Nicolas Lanthier; Peter Stärkel ... 387

Néphrologie

Phénotype vasculaire extra-cérébral dans la polykystose rénale autosomique dominante
Thibault Wallez, Nathalie Demoulin, Yves Pirson 389

SOMMAIRE

JUILLET-AOÛT 2018

Neurochirurgie

Impact de la fluoroscopie 3D robotisée associée à la neuronavigation en intraopératoire lors de la pose percutanée de vis pédiculaires dans le rachis lombaire dégénératif

Julien Pierrard, Christian Raftopoulos, Edward Fomekong 391

Soins intensifs

Facteurs pronostiques de l'ischémie mésentérique aiguë aux soins intensifs

Martin Caluwaerts, Diego Castanares-Zapatero, Pierre-François Laterre, Philippe Hantson 393

Soins intensifs pédiatriques et chirurgie pédiatrique

Les insuffisances hépatiques aiguës chez l'enfant : étiologies, prise en charge et évolution aux soins intensifs pédiatriques

Valentine Hermans, Thierry Detaille, Astrid Haenecour, Emilien Derycke, Laurent Houtekie, Raymond Reding, Stéphan Clément de Cléty..... 395

Transplantation Abdominale

Influence d'une induction par unique et haute dose intra-opératoire de sérum anti-lymphocytaire (r-ATG) en transplantation hépatique adulte : résultats à un an d'une étude randomisée, contrôlée et conduite par l'investigateur

Kevin Ackenine, Samuele Iesari, Maxime Foguenne, Chantal De Reyck, Eliano Bonaccorsi Riani, Olga Ciccarelli, Laurent Coubeau, Quirino Lai, Mina Komuta, Pierre Gianello, Jan Lerut 397

AMA CONTACTS 399

LOUVANISTE ET FIER DE L'ÊTRE

Que d'émotion, que de satisfaction, que de soulagement mais aussi et surtout que de fierté pour toutes celles et tous ceux qui ont participé à la proclamation des 181ème et 182ème promotions des médecins de l'UCL.

Après une superbe messe marquée par l'optimisme et le recueillement dans la prestigieuse Cathédrale St-Michel, c'est dans la somptueuse salle Henry le Bœuf du Palais des Beaux-Arts que se sont succédées l'espace d'une journée les proclamations de la double cohorte.

Au titre d'enseignant et de membre de la Faculté, assis sur la tribune et contemplant l'assemblée tout au long de cette fabuleuse journée, j'ai pu apprécier la parfaite organisation des cérémonies, la formidable ambiance, le bonheur des diplômés et de leurs proches, la qualité des discours et surtout l'implication importante des équipes de l'administration facultaire de l'UCL pour faire de cette journée un moment inoubliable.

En quelques heures, se sont effacés les tensions, le stress, les frustrations, les moments difficiles qui ont jalonné les dernières années et surtout ces derniers mois. L'objectif a été presque atteint, à savoir permettre à près de 1000 jeunes diplômés de l'UCL de pouvoir poursuivre leur formation et leur spécialisation en médecine générale ou dans une autre spécialité, pour la plupart au sein du Réseau Santé Louvain qui s'est efficacement mobilisé. Ce sont en effet les dizaines d'hôpitaux partenaires du Réseau Santé Louvain mais aussi plusieurs centaines de médecins généralistes plus motivés que jamais qui ont permis de créer de nombreuses nouvelles places de formation pour la double cohorte.

C'est cet évènement exceptionnel que le Louvain Médical et l'AMA Contact mettent à l'honneur dans cette édition estivale. Nous espérons que les photos ainsi que les discours des étudiants et des représentants de la Faculté vous permettront de revivre le temps d'une lecture cette proclamation 2018 mémorable.

Outre la proclamation, c'est encore aux étudiants et jeunes promus que le Louvain Médical ouvre ses pages en publiant les résumés des meilleurs mémoires de recherche clinique. Témoins d'une activité de production scientifique intense parmi nos jeunes confrères tout juste diplômés, ces résumés occupent désormais une place importante dans le Louvain Médical qui édite régulièrement des articles complets issus de ces mémoires.

Comme souligné dans un de nos précédents éditoriaux la rédaction d'article scientifique et leur publication après revue critique et exhaustive par des experts représentent une étape majeure de l'apprentissage de la médecine. Le Louvain Médical et son comité éditorial sont heureux de soutenir et d'encourager ce type d'initiative et de contribuer à la vivacité scientifique de la Faculté, du Secteur de la Santé de l'UCL et du Réseau Santé Louvain.

Cette édition du mois de juillet clôture une année académique chargée et pour le Louvain Médical des mois d'intense activité dominés notamment par l'introduction d'un nouveau portail de soumission des articles et une rigueur croissante dans le processus de relecture des publications soumises, avec l'aide précieuse de nos experts, une exigence indispensable pour une revue ambitieuse telle que le Louvain médical.

Avec ces quelques mots empreints surtout d'une très grande fierté et d'enthousiasme pour notre Université, je vous souhaite un été reposant, ressourçant et espère vous retrouver à la rentrée pour partager de nouvelles lectures.

Professeur Cedric Hermans
Rédacteur en Chef

LES MEILLEURS MÉMOIRES DE RECHERCHE CLINIQUE DE L'ANNÉE 2017-2018 À L'HONNEUR

Ce numéro de juillet-août perpétue la rubrique des résumés de recherche clinique ou MRC. Pour de nombreux étudiants, le mémoire de recherche clinique représente une étape importante de l'accomplissement des études de médecine et le résultat d'un travail de recherche original et de longue haleine.

Le Louvain Médical publie dans cette édition estivale les résumés des neuf meilleurs travaux de recherche sélectionnés. Ces travaux concernent des horizons divers et variés. Ils ont été retenus pour leur qualité, pertinence et rigueur.

Même si ces travaux sont avant tout l'accomplissement des étudiants, ils n'ont pu se concrétiser que moyennant l'implication majeure des promoteurs, lecteurs, membres du jury qui, ensemble, doivent être salués pour leur soutien, encouragement et qualité d'encadrement au cours des trois années nécessaires pour réaliser le mémoire.

Cette initiative du Louvain Médical devrait encourager davantage d'étudiants et leurs promoteurs à soumettre pour publication leurs travaux originaux dans notre revue.

Professeur Cédric HERMANS,
Rédacteur en chef de Louvain Médical

Professeur Dominique MAITER,
Président de la commission des mémoires de recherche clinique

Membres de la Commission MRC 2017-2018

M. Baeck
Ch. Beauloye
I. Borbath
A. Boschi
E. Constant
P. Cornette
O. Cornu
I. De Brauwer
Ph. de Timary
M.-M. Dolmans
D. Gruson
Ph. Hantson
C. Hermans
C. Hubinont
Y. Humblet
A. Ivanoiu
Fr. Jamar
A. Jeanjean
A. Kartheuser
B. Lauwerys
R. Menten
MC Nassogne
H. Nielens
Ch. Pilette
S. Pierard
C. Pirard
A. Poncelet
F. Roelants
Ph. Rombaux
Ph. Eucher
F. Smets
Y. Sznajer
Ch. Vermylen.

Arthroplastie du genou : unicompartimentale vs. totale « Évaluation du muscle quadriceps et impact du garrot compressif »

Aurélie Vanden Berghe, Emmanuel Thienpont

Promoteur: Pr. Emmanuel Thienpont

FR

INTRODUCTION

Depuis son introduction dans les années 1960, la prothèse de genou poursuit une évolution constante afin de traiter au mieux la gonarthrose. Qu'elle soit totale ou unicompartimentale, l'objectif du traitement est identique : soulager le patient de ses symptômes afin de lui permettre de revenir rapidement à une vie normale. Certaines études démontrent néanmoins, une meilleure récupération fonctionnelle chez les patients opérés d'une prothèse unicompartimentale (PUC) par rapport aux patients opérés d'une prothèse totale (PTG). Notre étude se base sur l'hypothèse qu'un patient éligible pour une PUC aurait, au départ, un muscle quadriceps plus fort, plus puissant et par conséquent plus performant qu'un patient éligible pour une PTG. Ces propriétés musculaires initiales joueraient un rôle prépondérant dans la meilleure récupération observée chez les patients opérés de prothèse unicompartimentale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Dans cette étude, nous réalisons une comparaison objective de la force et de la puissance générée par le muscle quadriceps entre ces deux types de patients grâce à l'utilisation de la *Leg Press Keiser* A420. Cette comparaison est effectuée pour la période pré et postopératoire. En parallèle, nous évaluons aussi les données recueillies de tests validés connus tels que le test de marche de six minutes, le *Timed Get Up & Go* test ainsi que les questionnaires rapportés par les patients : KOOS (*Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score*) et FJS-12 (Forgotten Joint Score-12). En complément, nous nous intéressons au préconditionnement ischémique réalisé dans le cadre de l'arthroplastie du genou. Certains articles font référence à ce sujet mais aucun *consensus* n'est encore établi quant au bénéfice potentiel de son application dans ce domaine spécifique. Nous tenterons donc de répondre à la question d'un éventuel intérêt à la réalisation d'un préconditionnement ischémique du quadriceps avant une arthroplastie du genou.

RÉSULTATS

L'analyse préopératoire objective de meilleures capacités musculaires pour les futures jambes opérées des patients du groupe PUC par rapport aux PTG. Les jambes saines controlatérales n'ont pas montré de différence entre les deux groupes. L'analyse postopératoire met en évidence l'apparition d'une différence de force significative entre les jambes saines des groupes PUC et PTG. Cette constatation réside dans l'amélioration de la force de la jambe saine du groupe PUC avec une force moyenne passant de 1162 ±86 N à 1419 ±158 N et une dégradation de la jambe saine du groupe PTG avec une force moyenne passant de 1018 ±98 N à 961±141 N. Le préconditionnement ischémique préopératoire du muscle quadriceps n'a pas démontré d'impact significatif.

CONCLUSION

Les patients candidats à une arthroplastie unicompartimentale du genou ont, en moyenne, un meilleur muscle quadriceps que les patients candidats à une arthroplastie totale. Cette tendance s'accentue en postopératoire avec la constatation inattendue d'un impact défavorable de la chirurgie sur le muscle de la jambe saine controlatérale des patients opérés d'une PTG. Le préconditionnement ischémique n'a démontré aucun intérêt dans cette étude.

MOTS-CLÉS

Genou, arthroplastie, quadriceps, préconditionnement ischémique

EN

Unicompartmental versus total knee arthroplasty: assessment of quadriceps muscle and impact of tourniquet compression

INTRODUCTION

Knee arthroplasty has been constantly evolving since it was introduced in the late 1960's as a new treatment option for knee osteoarthritis. Unicompartmental (UKA) and total knee arthroplasty (TKA) have the same treatment objectives, namely relieving symptoms and allowing patients to return as soon as possible to normal life so that they can engage in daily activities, as well as in recreational and social events. Interestingly, several studies demonstrated a better recovery in patients that underwent UKA compared to those who were subjected to TKA. Our study hypothesized that patients eligible for UKA initially have a stronger and more powerful quadriceps muscle and thus a better performing muscle than those eligible for TKA. These preoperative muscle properties may play a major role in the improved recovery process observed in patients operated by UKA.

MATERIALS AND METHODS

First, we objectively compared the pre- and postoperative quadriceps strength and power of both patient groups using the Keiser A420 leg press. We also analyzed the data obtained from validated functional tests, such as the six-minute walk test and timed get up & go test, and from patient-reported outcomes, including the Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) and the Forgotten Joint Score 12 (FJS12). Additionally, we investigated the benefits of ischemic preconditioning performed on the affected leg before implementing one of both arthroplasty techniques. Some studies have suggested that preconditioning is beneficial, but its potential benefits have not yet been fully proven. In our study, we thus tried to answer this question regarding limb preconditioning in knee arthroplasty.

RESULTS

Preoperative analysis revealed a better muscular capacity of the affected legs in patients of the UKA group as compared to those of the TKA group. No difference was found in the healthy contralateral legs between both groups. Postoperative analysis showed a significant difference in strength between the healthy legs of the UKA and TKA groups, with the strength increasing from 1,162±86 N to 1419± 158N on average in the UKA group while decreasing from 1018±98 N to 961±141 N in the TKA group. Preoperative ischemic preconditioning of the quadriceps muscle did not show any significant impact.

CONCLUSION

Prior to treatment, patients eligible for UKA have on average a more powerful quadriceps muscle than patients eligible for TKA. This difference between patient groups increases after surgery, and the TKA technique seems to have an unexpected harmful impact on the non-operated contralateral quadriceps muscle. Finally, our study was not able to confirm any benefit of limb preconditioning in knee arthroplasty surgery.

KEY WORDS

Knee, arthroplasty, quadriceps, limb preconditioning.

AFFILIATIONS

[1] Cliniques universitaires Saint Luc, Service d'orthopédie et traumatologie, Av. Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles, Belgique

Rémission partielle du diabète de type 1 chez l'enfant : caractérisation de cette période définie selon l'IDAA$_{1C}$ et proposition d'une définition alternative intégrant les paramètres de la variabilité glycémique

Nina Nielens[1], Annie Robert[2], Philippe Lysy[1]

Promoteurs : Pr. Philippe Lysy

FR

INTRODUCTION

La rémission partielle est une phase du diabète de type 1 qui s'observe fréquemment dans les mois suivant le diagnostic de la maladie. Elle correspond à une période durant laquelle le contrôle du diabète est plus aisé, nécessitant des doses réduites d'insuline au quotidien, voire parfois l'arrêt total des injections, après quoi la maladie reprend son cours. Dans les études visant à caractériser cette phase de la maladie différentes définitions de la rémission ont été utilisées au cours du temps, rendant parfois difficile la comparaison des résultats obtenus. En 2009, une nouvelle définition a été proposée par Mortensen *et al.* [1] : l'IDAA$_{1C}$ ou *Insulin-Dose Adjusted A$_{1C}$* (IDAA$_{1C}$ = HbA$_{1C}$ + (4 x doses insuline/kg/j)) ; un IDAA$_{1C}$ inférieur ou égal à 9 signifiant que l'enfant est en rémission. Si la majorité des auteurs se base depuis sur l'IDAA$_{1C}$ pour mettre en évidence la présence de la rémission, certains critiquent cependant l'intégration du paramètre « doses d'insuline » dans cette formule, ce paramètre étant soumis à de nombreux facteurs confondants (guidelines internes, habitudes thérapeutiques du clinicien, compliance du patient, corrections ponctuelles de doses, …).

OBJECTIFS, SUJETS ET MÉTHODES

Ce mémoire décrit de façon rétrospective la période de rémission, telle que définie par l'IDAA$_{1C}$, au sein d'une cohorte de 239 enfants suivis dans le service d'endocrinologie pédiatrique des cliniques universitaires St-Luc de l'UCL. Il évalue les facteurs susceptibles d'influencer la survenue d'une rémission (âge au diagnostic, genre, paramètres biologiques) et détermine si sa présence permet d'espérer une moindre incidence d'hypoglycémies sévères au cours des deux premières années de la maladie.

Dans un deuxième temps, ce mémoire propose une formule alternative à celle de l'IDAA$_{1C}$ pour permettre la mise en évidence de la rémission. L'objectif de cette démarche est de remplacer le paramètre « doses d'insuline » de la définition actuelle par des paramètres directement mesurables en routine clinique et traduisant la variabilité glycémique. Pour ce faire, la capacité à prédire les valeurs d'IDAA$_{1C}$ de différents paramètres reflétant la variabilité glycémique a été évaluée par régressions linéaires multiples.

RÉSULTATS

Dans la cohorte de patients inclus dans cette étude, l'incidence de la rémission telle que définie par l'IDAA$_{1C}$ est de 71.1%, le pic de prévalence survient 3 mois après le diagnostic (62.4%) et la durée moyenne de rémission est de 8.9 mois (étendue de 1.8 à 44.3 mois, médiane de 4.7 mois). Au diagnostic, les facteurs significativement associés à une plus haute fréquence de rémission sont : l'absence d'acidocétose initiale, un âge compris entre 5 et 10 ans en comparaison de celui de moins de 5 ans et des taux de peptide C postprandiaux plus élevés. Au diagnostic, les facteurs non significativement associés à la survenue ultérieure d'une rémission sont : le genre, la présence d'anticorps anti-îlots et anti-transglutaminase ainsi que le mois et la saison du diagnostic. La présence d'une rémission en début de diabète est associée à des valeurs significativement réduites d'HbA$_{1C}$ à un et deux ans après le diagnostic, à des taux de peptide C postprandiaux significativement majorés ainsi qu'à une réduction des épisodes d'hypoglycémies sévères chez les garçons ainsi que les enfants âgés de moins de 10 ans.

Dans la deuxième partie de ce travail, la formule suivante a été élaborée : GVAA$_{1C}$ (*Glycemic Variability-Adjusted A$_{1C}$*) = *HbA$_{1C}$ – 3 x p-normoglycémies* [2]. Celle-ci prédit les valeurs d'IDAA$_{1C}$ avec un R^2 de 0.71. Un GVAA$_{1C}$ ≤ 4.5 permet de mettre en évidence la présence d'une rémission, telle que définie par l'IDAA$_{1C}$, avec une sensibilité et une spécificité de 72.3% et de 92%, respectivement.

DISCUSSION ET CONCLUSION

De nombreux auteurs ont consacré leurs travaux à la caractérisation de la rémission permettant ainsi d'associer certains facteurs à la survenue ultérieure de cette phase du diabète. Dans cette lignée, cette étude souligne à nouveau l'influence négative d'une acidocétose initiale, d'un jeune âge au diagnostic et d'une moindre sécrétion résiduelle d'insuline, ces trois facteurs étant associés à des fréquences réduites de rémission. L'impact de la présence d'une rémission en début de maladie sur l'évolution du diabète à plus long terme reste cependant peu exploré. A ce sujet, si les résultats de ce travail suggèrent que les bénéfices de la rémission pourraient s'étendre au-delà même de cette période, il serait cependant nécessaire de mener des études sur de plus longues périodes pour confirmer et préciser cette hypothèse.

Afin de permettre une définition plus objective et reproductible de la rémission et de faciliter ainsi la comparaison des résultats des études à venir, ce travail propose le GVAA$_{1C}$. Cette nouvelle formule constitue une façon simple de déterminer la présence ou l'absence de rémission en routine clinique et permet d'approcher les valeurs d'IDAA$_{1C}$ tout en se basant exclusivement sur des paramètres directement mesurables.

MOTS-CLÉS

Diabète de type 1, rémission, variabilité glycémique

EN

Partial remission of type 1 diabetes in children: characterization of this period according to the $IDAA_{1C}$ definition and proposal of an alternative definition integrating routine parameters reflecting glycemic variability

INTRODUCTION

In the first months following diagnosis, type 1 diabetes patients frequently experience a transient period of partial remission during which glycemic control can be achieved easily with reduced, or even suspended, insulin requirements. Over the past years, different criteria have been used in the literature to define this period, rendering it sometimes difficult to compare study results. In 2009, Mortensen *et al.* [1] proposed a new definition of the remission phase: the $IDAA_{1C}$ (Insulin Dose-Adjusted A_{1C} = HbA_{1C} + 4 x insulin doses/day/kg), with an $IDAA_{1C}$ ≤9 indicating that the patient is in remission phase. Though this formula is currently the most widely used in the literature, some authors criticize that it integrates the «insulin doses» parameter, as it may be influenced by several confounding factors.

OBJECTIVES, MATERIALS AND METHODS

This retrospective study described the partial remission phase (as defined by the $IDAA_{1C}$ definition) in a group of 239 children followed in UCL's department of pediatric endocrinology. The factors potentially associated with the occurrence of remission (age at diagnosis, gender, biological parameters) were evaluated, as was the influence of partial remission on the frequency of severe hypoglycemic episodes during the first 2 years of diabetes.

In the second part of this work, an alternative formula defining partial remission was elaborated. This new definition aims at replacing the "insulin doses" parameter of the $IDAA_{1C}$ definition by measurable parameters easily accessible during routine clinical follow-up. For this purpose, the capacity of different parameters reflecting glycemic variability to predict $IDAA_{1C}$ values was assessed using multiple linear regression.

RESULTS

In the 239 patients included in this study, partial remission, as defined by the $IDAA_{1C}$, occurred in 71.1% of children, with a mean duration of 8.9 months (range: 1.8–44.3 months, median: 4.7 months). The highest prevalence of remission was observed 3 months after diagnosis (62.4%). Children aged 5 to 10 years at diagnosis were significantly more likely to present remission as compared to younger children (<5 years). At diagnosis, the factors significantly associated with higher remission rates were the absence of ketoacidosis and high C-peptide levels. No association was found between gender, the presence of anti-islet cell and anti-transglutaminase antibodies, the month of the year and season when the diagnosis was made, and the occurrence of a remission. Children who experienced remission in the first months of diabetes had significantly reduced HbA_{1C} values at 1 and 2 years following diagnosis and significantly increased C-peptide values. A lower frequency of severe hypoglycemic episodes was observed among the children in the remission group, but only in boys and children younger than 10 years at diagnosis.

In the second part of this study, the following formula was elaborated: $GVAA_{1C}$ (Glycemic Variability-Adjusted A_{1C}) = HbA_{1C} – 3 x p-normoglycemic values [2]. It predicts $IDAA_{1C}$ values with a R2 of 0.71. With a threshold of 4.5, this alternative formula identifies the presence of remission, as defined by the $IDAA_{1C}$, with a sensitivity and specificity of 72.3% and 92%, respectively.

DISCUSSION AND CONCLUSION

Many authors have already attempted to characterize the remission phase, allowing to outline some factors significantly associated with the occurrence of partial remission. In line with previous findings, this study points out the negative influence of ketoacidosis, younger age, and lower residual insulin secretion at diagnosis, these three factors being associated with reduced remission rates. However, the consequences of remission on the disease course remains unclear. Some of our results suggest that the occurrence of a remission at the onset of diabetes might be associated with lower rates of complications, even after the end of this period. However, studies with a longer follow-up are required to confirm and specify this hypothesis.

In order to propose a more objective and reproducible definition of remission by reducing the confounding factors influencing the $IDAA_{1C}$, this study elaborated the $GVAA_{1C}$ as a valid alternative definition of partial remission in type 1 diabetes. This new formula identifies the presence of a remission in clinical routine and approaches the $IDAA_{1C}$ values relying exclusively on routinely measured clinical parameters.

[1] P. Mortenson *et al.*, "New Definition for the Partial Remission Period in Children and Adolescents with Type 1 Diabetes," *Diabetes Care*. 2009.

[2] N. Nielens *et al.*, "Integration of Routine Parameters of Glycemic Variability in a Simple Screening Method for Partial Remission in Children with Type 1 Diabetes," *J Diabetes Res*. 2018.

KEY WORDS

Type 1 diabetes, remission, glycemic variability

AFFILIATIONS

[1] Unité d'Endocrinologie pédiatrique, Cliniques universitaires Saint-Luc.

[2] Pôle Epidémiologie et Biostatistique, Institut de Recherche Expérimentale et Clinique, Université catholique de Louvain.

Étude prospective évaluant la fonction endocrine et exocrine du pancréas après traitement de la pancréatite chronique par endoscopie

Shabneez Kautbally[1], Pierre Deprez[1], Michel Hermans[2], Tom Moreels[3], Tarik Aouattah[3], Enrique Perez-Cuadrado-Robles[3]

Promoteur: Pr. Pierre Deprez

FR

CONTEXTE

Les études rapportant sur la fonction pancréatique après le traitement endoscopique de la pancréatite chronique sont peu nombreuses. Le but de notre étude a été d'évaluer de façon prospective l'évolution de la fonction endocrine et exocrine du pancréas après traitement endoscopique chez des patients souffrant de pancréatite chronique en suivant les paramètres de la fonction endocrine et des tests fécaux pour la fonction exocrine.

MÉTHODES

De septembre 2015 à décembre 2016, les patients ayant une pancréatite chronique avec obstruction canalaire et nécessitant un drainage endoscopique ont été inclus et la fonction endocrine et exocrine du pancréas ont été évaluée de façon prospective. La fonction endocrine a été évaluée par l'HbA1c, l'insuline sanguine à jeun, le peptide C et le test HOMA avant le drainage endoscopique et à 1,3,6 et 9 mois après le drainage. La fonction exocrine a été évaluée par les selles de 72h, la stéatocrite acide et l'élastase fécale. Une analyse comparative des valeurs avant le drainage et à 1,3,6 et 9 mois de chaque variable a été effectuée.

RÉSULTATS

34 patients (âge : 54±12, 67.6% hommes) ont été inclus. Une amélioration statistiquement significative de HbA1c a été obtenue à 1 (6.6 vs. 6.2, *p=0.001*), 3 (6.6 vs. 6.1, *p=0.005*) et 9 mois (6.6 vs. 6.0, *p=0.006*) par rapport à avant le drainage. L'HOMA-B a été amélioré à 1 (53.0 vs. 67.2, *p=0.002*), 3 (53.0 vs. 68.6, *p=0.001*), 6 (53.0 vs. 75.4, *p<0.001*) et 9 mois (53.0 vs. 75.0, *p<0.001*). Le succès clinique du drainage endoscopique

défini comme une réduction de 50% du VAS a été rapporté chez 72, 84, 80 et 77% des patients à 1,3,6 et 9 mois. Une analyse quantitative et comparative de la fonction exocrine n'a pas pu être effectuée suite au manque de compliance des patients par rapport aux tests fécaux.

DISCUSSION

A notre connaissance, notre étude est la première à évaluer de façon prospective l'effet du traitement endoscopique sur la fonction pancréatique endocrine comme objectif principal. Notre étude a montré une amélioration significative de la fonction endocrine à 1,3,6 et 9 mois après le traitement endoscopique. Les valeurs de chaque paramètre de la fonction endocrine (HbA1C, FPG, FBIL, peptide C, HOMA-B) ont été améliorées chez chaque patient au cours du suivi. Des résultats similaires ont été obtenus chez les diabétiques sous insuline ou antidiabétiques oraux ainsi que chez les patients non diabétiques.

CONCLUSION

Le traitement endoscopique dans la pancréatite chronique améliore le contrôle glycémique et la fonction pancréatique endocrine au court et moyen terme.

EN

Prospective study evaluating the endocrine and exocrine function of the pancreas after endoscopic treatment of chronic pancreatitis

BACKGROUND

Studies reporting on pancreatic function after endoscopic treatment of chronic pancreatitis are scarce. This study was aimed at prospectively investigating the evolution of pancreatic endocrine and exocrine function in patients who underwent endoscopic treatment using endocrine function parameters and fecal tests for exocrine function.

METHODS

Between September 2015 and December 2016, patients requiring endoscopic drainage for chronic pancreatitis with ductal obstruction were enrolled in the study and were subjected to prospective evaluation of their endocrine and exocrine function. Endocrine function was assessed by HbA1c, fasting blood insulin level, C-peptide level, and HOMA test before endoscopic treatment and at 1, 3, 6, and 9 months following intervention. Exocrine function was assessed by 72h fecal fat test, fecal acid steatocrit, and fecal elastase level. A comparative analysis was performed between the different post-intervention measurements (at 1, 3, 6, and 9 months) and baseline values.

RESULTS

In total, 34 patients (age: 54+12 years, 67.6% of males) were included. Statistically significant improvement in HbA1c was observed at 1 (6.6 vs. 6.2, p=0.001), 3 (6.6 vs. 6.1, p=0.005), and 9 months (6.6 vs. 6.0, p=0.006) as compared to baseline values. HOMA-B values were statistically higher at 1 (53.0 vs. 67.2, p=0.002), 3 (53.0 vs. 68.6, p=0.001), 6 (53.0 vs. 75.4, p<0.001), and 9 months (53.0 vs. 75.0, p<0.001). Clinical success of endoscopic drainage, defined as a 50% reduction in visual analog scale (VAS) score as compared to baseline, was documented in 72, 84, 80, and 77% of patients at 1, 3, 6, and 9 months, respectively. Exocrine function was not assessable due to patients' poor compliance to stool sampling.

DISCUSSION

To our knowledge, our study was the first to prospectively evaluate the effect of endoscopic treatment on the pancreatic endocrine function as the primary endpoint. Our study revealed significant improvements in endocrine function at 1, 3, 6, and 9 months following endoscopic drainage. In all patients included, all endocrine function variables (HbA1C, fasting plasma glucose, fasting blood insulin, C-peptide, HOMA-B) improved at each measurement time point. Similar results were obtained in diabetic patients under insulin therapy or oral antidiabetic medications, as well as in non-diabetic patients.

CONCLUSION

Endoscopic therapy in chronic pancreatitis improves glycemic control and pancreatic endocrine function in the short-and mid-term follow-up.

AFFILIATIONS

Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles, Belgique

[1] Gastro-entérologie

[2] Endocrinologie

[3] Hepato-Gastroenterologie

Évaluation non-invasive de la fibrose dans la maladie alcoolique du foie

Mélissa Salavrakos[1], Hubert Piessevaux[1], Mina Komuta[2], Nicolas Lanthier[3], Peter Stärkel[3]

Promoteur: Pr. Peter Stärkel

FR

CONTEXTE ET OBJECTIFS

L'élastographie transitionnelle (ET) ou Fibroscan® a été validée pour le diagnostic et la stadification de la fibrose hépatique dans l'hépatite C chronique, mais il manque un consensus clair sur les valeurs seuils optimales dans la maladie alcoolique du foie. Les objectifs de l'étude sont: (a) évaluer les seuils de la littérature et en déterminer de nouveaux pour le diagnostic de la fibrose chez les alcooliques; (b) investiguer l'impact de deux semaines d'abstinence sur les résultats de l'ET; (c) évaluer la précision de l'ET pour le diagnostic d'une hypertension portale significative; (d) évaluer la précision des tests sanguins non invasifs (APRI, Forns index, FIB-4); (e) étudier les facteurs histologiques (stéatose, hépatite alcoolique, fibrose périsinusoidale) et biochimiques (transaminases et cholestase) confondants qui pourraient mener à une erreur de classification par ET.

MÉTHODES

Les patients admis pour désintoxication alcoolique ont été évalués par un premier Fibroscan®; si la valeur de l'ET était suggestive d'une fibrose significative (≥ F2), une biopsie leur était proposée. Un second Fibroscan® a été proposé deux semaines plus tard à un sous-groupe de patients qui étaient restés abstinents.

RÉSULTATS

118 patients ont été inclus dans l'étude; 57 d'entre eux ont bénéficié d'un second Fibroscan®. Le Fibroscan® est bien corrélé avec l'histologie (ρ=0.680, p<0.01) et a une très bonne VPN de 92% pour exclure une fibrose sévère (≥ F3) et de 93% pour une cirrhose (≥ F4). Nos valeurs seuils optimales sont ≥11.7 kPa pour F2, ≥15.2 pour F3 et ≥21.2 pour F4. Après deux semaines d'abstinence, les mesures d'ET ont diminué en moyenne de 2.7 kPa (+/-0.9), ce qui a amélioré significativement la concordance entre le Fibroscan® et l'histologie. Le Fibroscan® et le gradient de pression hépatique veineuse (HVPG) sont aussi bien corrélés (ρ=0.753, p<0.01); une valeur d'ET ≥30.6kPa pour prédire un HVPG ≥10mmHg a une spécificité de 94%. Le Fibroscan® a donné de meilleurs résultats que les tests sanguins non-invasifs. Aucun impact des facteurs confondants sur les erreurs de classification n'a été mis en évidence.

CONCLUSION

Le Fibroscan® est actuellement la méthode non-invasive la plus précise pour diagnostiquer une fibrose chez les patients alcooliques. Une valeur d'ET inférieure à 11.7 kPa permet d'exclure une fibrose significative et une valeur inférieure à 30.6 kPa des varices. Nous n'avons pas trouvé de facteurs expliquant la tendance du Fibroscan® à la surestimation par rapport à l'histologie, mais une période d'abstinence réduit cet effet. Les études à venir devraient se concentrer sur ce point.

MOTS-CLÉS

Elastographie transitionnelle, maladie alcoolique du foie, gradient de pression hépatique veineuse

EN

Non-invasive assessment of fibrosis in alcoholic liver disease

BACKGROUND AND OBJECTIVES

Transient elastography (TE), or Fibroscan®, has been validated for the diagnosis and staging of liver fibrosis in chronic hepatitis C, but there is no clear consensus on the optimal TE cut-off values in alcoholic liver disease (ALD). The objectives of the study were: (a) to evaluate the cut-off values reported in the literature and determine new ones for the diagnosis of fibrosis in alcoholic patients; (b) to investigate the impact of 2 weeks of abstinence on TE results; (c) to evaluate the diagnostic accuracy of TE for detecting clinically significant portal hypertension; (d) to evaluate the accuracy of non-invasive blood tests (AST-Platelet Ratio Index [APRI], Forns index, Fibrosis-4 [FIB-4]); (e) to study the potential histological (steatosis, alcoholic hepatitis, perisinusoidal fibrosis) and biochemical (transaminases and cholestasis) confounding factors leading to misclassification by TE.

METHODS

Patients admitted for alcohol withdrawal underwent a first Fibroscan®; patients whose TE value was suggestive of significant fibrosis (≥F2) were proposed a liver biopsy. A second Fibroscan® was proposed 2 weeks later to a subgroup of patients who had remained abstinent.

RESULTS

A total of 118 patients were included in the study, 57 of whom underwent a second Fibroscan®. Fibroscan® was well correlated with the histological score (ρ=0.680, $p<0.01$) and showed a very good negative predictive value of 92% for ruling out severe fibrosis (≥F3) and 93% for cirrhosis (F4). Our optimal cut-offs were found at ≥11.7kPa for F2, ≥15.2 for F3, and ≥21.2 for F4. After 2 weeks of abstinence, a mean decrease in TE values of 2.7kPa (+/- 0.9) was observed, along with a significantly better agreement between Fibroscan® and histology. Fibroscan® also correlated well with the hepatic venous pressure gradient (HVPG) (ρ=0.753, $p<0.01$); a TE value of 30.6 kPa for predicting an HVPG >10mmHg yielded a 94% specificity. Fibroscan® performed better than all non-invasive blood tests. We did not find any impact of the confounding factors on misclassification.

CONCLUSION

Fibroscan® is currently the most accurate non-invasive method for diagnosing fibrosis in ALD patients. We can confidently assert that significant fibrosis can be ruled out for TE values <11.7kPa and esophageal varices for TE values<30.6kPa. We did not find any factor that could explain the Fibroscan®'s trend to overestimate histological fibrosis, but a period of abstinence reduces this effect. Future studies should focus on this point.

KEY WORDS

Transient elastography, alcoholic liver disease, hepatic venous pressure gradient

AFFILIATIONS

[1] Cliniques Universitaires Saint-Luc, Service d'Hépato-gastroentérologie

[2] Cliniques Universitaires Saint-Luc, Service d'Anatomie Pathologique Cliniques Universitaires Saint-Luc, Service d'Hépato-gastroentérologie

[3] Cliniques universitaires Saint-Luc, Service d'Hépato-gastroentérologie; Université Catholique de Louvain, Laboratoire d'Hépato-gastroentérologie (GAEN)

Phénotype vasculaire extra-cérébral dans la polykystose rénale autosomique dominante

Thibault Wallez, Nathalie Demoulin, Yves Pirson

Promoteurs : Dr Nathalie Demoulin, Pr Yves Pirson

FR

INTRODUCTION

La polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD), causée par des mutations de *PKD1* ou *PKD2,* est la maladie héréditaire rénale la plus fréquente. En plus des anévrysmes intracrâniens (AIC) et du prolapsus mitral, d'autres atteintes vasculaires sont rapportés chez les patients PKRAD, dont les anévrysmes et dissections de l'aorte thoracique ascendante (TAAD's) et les cardiomyopathies (CMP).

MÉTHODES

Nous avons étudié le phénotype vasculaire extra-cérébral dans la PKRAD en réalisant 2 analyses: (i) une description détaillée des familles comportant au moins deux membres avec un phénotype vasculaire extra-cérébral ; et (ii) une étude de prévalence à partir de la cohorte PKRAD des Cliniques universitaires Saint-Luc. A partir des protocoles échocardiographiques, nous avons recueilli la valeur du diamètre de l'aorte thoracique ascendante, ainsi que noté la présence de cardiomyopathies (hypertrophie ventriculaire gauche et cardiopathie dilatée). L'anévrysme aortique est définie comme un diamètre de la racine aortique supérieur à 36 et 38 mm chez la femme et l'homme respectivement.

RÉSULTATS

Nous avons identifié 6 familles dont au moins 2 membres présentent ≥ 1 phénotype vasculaire. La première famille (*PKD1*) comprend 1 personne avec un anévrysme de l'aorte thoracique (TAA) et de l'artère poplitée et une deuxième décédée des suites d'une dissection aortique. La deuxième famille (*PKD2*) comporte 4 membres ayant présenté un AVC, 2 AIC, un TAA et une dissection aortique. La famille 3 (*PKD1*) comporte 1 personne avec un TAA et une autre avec un TAA et un anévrysme de l'artère sous-clavière. Une famille (*PKD1)* comportait 3 membres présentant un TAA et deux autres familles 2 membres avec un TAA. Nous avons aussi étudié 2 autres familles (*PKD1* et absence de mutation) comportant une personne avec une dissection aortique. Au total, 6 familles présentaient au moins 2 personnes avec un TAAD's. Tous les patients présentant ces phénotypes vasculaires sont atteints de la PKRAD. Le nombre de cas n'a pas pu permettre une corrélation génotype-phénotype.

La revue des protocoles d'échocardiographie réalisés chez 508 patients (cohorte de 825) a montré une prévalence majorée d'anévrysme et de dissection de l'aorte thoracique (14.9%, soit 3.2 x la population générale). Le sexe masculin, l'âge avancé, la taille plus grande du patient et l'insuffisance rénale sont significativement associés au diamètre de l'aorte thoracique. Nous avions initialement trouvé 6 patients avec des critères de CMP mais aucun cas n'a été retenu comme associé à la PKRAD. Les limites de notre étude sont son caractère rétrospectif, et l'utilisation de cut-offs arbitraires au lieu de z-scores.

CONCLUSIONS

La PKRAD est associée à une prévalence accrue de TAAD's et une concentration familiale du phénotype semble exister. Ceci est expliqué, au moins en partie, par l'insuffisance rénale. Nous n'avons pas trouvée d'association entre PKRAD et CMP. Ces résultats devront être confirmés par des études plus larges et prospectives.

MOTS-CLÉS

Polykystose rénale autosomique dominante, phénotypes vasculaires, anévrismes aortiques thoraciques, ectasies aortiques thoraciques, cardiomyopathie, cardiopathie dilatée, cardiopathie hypertrophique, non compaction du ventricule gauche, étude génétique, corrélation génotype phénotype, familles, échocardiographie, prévalence augmentée

EN

Extracerebral vascular phenotype in autosomal dominant polycystic kidney disease

INTRODUCTION

Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD), caused by PKD1 or PKD2 mutations, is the most common inherited kidney disease. Intracranial aneurysms (ICA) and mitral valve prolapses are well-known vascular complications in ADPKD patients. Other reported vascular manifestations include thoracic aortic aneurysms and dissections (TAAD) and cardiomyopathies (CMP).

METHODS

We assessed the extracerebral vascular phenotype associated with ADPKD in two ways: (i) exhaustive description of families with at least two members presenting such a phenotype; (ii) prevalence study of thoracic aortic aneurysms (aortic diameter cut-off of 36mm and 38mm in women and men, respectively) and CMP (left ventricular idiopathic dilated cardiomyopathy and hypertrophic obstructive cardiomyopathy).

RESULTS

We identified six families with at least two members presenting with extracerebral vascular phenotype. The first family (PKD1) had one member with thoracic aortic aneurysm (TAA) and popliteal aneurysm and another who died because of aortic dissection. The second family (PKD2) had four members who presented a cerebrovascular accident, two who presented transient ischemic attacks, one who presented TAA, and one who presented aortic dissection. The third family (PKD1) had one member with TAA and subclavian aneurysm and one with TAA. One family (PKD1) had three members with TAA and two others with TAA. We also studied two other families (PKD1 and absence of mutation) involving a person with aortic dissection. In total, six families had at least two members with TAAD's. All the patients with these vascular phenotypes had ADPKD. The limited number of cases did not permit a genotype-phenotype correlation.

After reviewing the echocardiography protocols of 508 patients (out of a cohort of 825), we found an increased prevalence of TAAD (14.9%, 3.2 times more than in the general population). Males, elderly patients, taller patients, and those with poorer renal function had statistically wider thoracic aorta diameters. We initially found six patients with CMP based on ultrasound criteria, but none of these cases were potentially related to ADPKD. The limitations of our study include its retrospective nature, the incomplete access to patients' medical data, and the use of arbitrary aortic root diameter cut-offs instead of z-scores.

CONCLUSIONS

ADPKD is associated with an increased prevalence of TAAD's, and there seem to be a phenotype accumulation within families. This is at least partly explained by renal failure. We did not find any association between ADPKD and CMP. These results need to be confirmed in larger prospective studies.

KEY WORDS

Autosomal dominant polycystic kidney disease, vascular phenotypes, thoracic aortic aneurysms, aortic thoracic ectasia, cardiomyopathy, idiopatic dilated cardiopathy, hypertrophic cardiopathy, left ventricular non compaction, genetic study, genotype phenotype correlation, families, echocardiography, augmented increased prevalence

AFFILIATIONS

Cliniques universitaires Saint-Luc, Néphrologie, Avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles

Impact de la fluoroscopie 3D robotisée associée à la neuronavigation en intraopératoire lors de la pose percutanée de vis pédiculaires dans le rachis lombaire dégénératif

Julien Pierrard, Christian Raftopoulos, Edward Fomekong

Promoteur : Pr. Christian Raftopoulos
Co-promoteur : Dr. Edward Fomekong

FR

CONTEXTE DE DÉPART

Avec le vieillissement de la population et la prévalence croissante des pathologies dégénératives du rachis, les neurochirurgiens sont de plus en plus amenés à réaliser des fusions lombaires au cours desquelles des vis pédiculaires sont insérées. Ces opérations se faisant actuellement par voie percutanée, les chirurgiens sont dépendants de l'imagerie intraopératoire afin de remplacer les repères anatomiques normalement présents lors des opérations par voie ouverte. Dans ce but, notre institution a récemment acquis un système de neuronavigation basé sur la fluoroscopie 3D intraopératoire.

OBJECTIFS

Premièrement, comparer la précision du positionnement des vis pédiculaires grâce à la neuronavigation basée sur la fluoroscopie 3D intraopératoire par rapport à la fluoroscopie 3D intraopératoire seule. Deuxièmement, faire la même comparaison en termes de complications, durée opératoire et irradiation opératoire. Troisièmement, effectuer une revue de littérature sur le sujet.

MÉTHODES

Étude prospective non randomisée. D'octobre 2009 à septembre 2016, 438 vis ont été placées par voie percutanée chez 102 patients adultes sans la neuronavigation (Groupe F3D) et 248 chez 59 patients avec la neuronavigation (Groupe F3DNav). La précision des vis a été déterminée selon la méthode de Wang sur les images 3D intraopératoires ou sur le CT post-opératoire (Grade 0 : pas de brèche corticale, Grade 1 : brèche < 2 mm, Grade 2 : 2-4 mm, Grade 3 : > 4mm) avant et après l'éventuel repositionnement intraopératoire. Seules les complications en rapport avec l'intervention chirurgicale ont été retenues. Les données concernant la durée de l'opération (minutes) et l'irradiation ($\mu Gy.m^2$) ont été acquises après la chirurgie. Pour la revue de littérature, les études répertoriées dans MEDLINE comparant la précision des vis pédiculaires percutanées entre la fluoroscopie 3D sans la neuronavigation et la fluoroscopie 3D avec la neuronavigation ont été sélectionnées.

RÉSULTATS

Les caractéristiques démographiques des groupes F3D et F3DNav sont comparables. 84,2% et 96,8% des vis sont Grade 0 respectivement pour les groupes F3D et F3DNav ($p < 0,001$). Le contrôle 3D intraopératoire a permis de repositionner 11 vis dans le groupe F3D et 5 dans le groupe F3DNav. 14 complications ont été recensées dans le groupe F3D et 4 dans le groupe F3DNav ($p > 0,05$). La majorité d'entre elles (10/18) sont des brèches durales. La durée moyenne des interventions est de 270 +/- 91 minutes dans le groupe F3D et de 257 +/- 71 minutes dans le groupe F3DNav ($p > 0,05$). L'irradiation opératoire moyenne par patient est de 11 950,40 $\mu Gy.m^2$ dans le groupe F3D et 10 500,53 $\mu Gy.m^2$ dans le groupe F3DNav ($p > 0,05$). Pour la revue de littérature, aucun article remplissant les critères de départ ne fut trouvé.

CONCLUSION

En termes de précision, la neuronavigation apparait plus efficace que la fluoroscopie 3D seule. En revanche, on ne trouve pas de différence pour les complications, la durée opératoire ou l'irradiation du patient

MOTS-CLÉS

Fluoroscopie 3D intraopératoire, vis pédiculaires percutanées, neuronavigation spinale

EN

Impact of intraoperative 3D fluoroscopy-based neuronavigation during percutaneous pedicle screw fixation in the degenerative lumbar spine

BACKGROUND

Given the aging population and increasing prevalence of degenerative diseases of the spine, neurosurgeons need to perform more lumbar fusions with pedicle screw fixations. As these interventions are currently carried out percutaneously, surgeons are dependent on intraoperative imaging to replace the anatomical landmarks found in open procedures. In our institution, we recently acquired a neuronavigation system based on intraoperative 3D fluoroscopy.

OBJECTIVES

The study was aimed at comparing pedicle screw insertions using intraoperative 3D fluoroscopy based-neuronavigation compared to intraoperative 3D fluoroscopy alone in terms of accuracy, postoperative complications, surgery duration, and operative irradiation. Finally, a review of the literature on the subject was also performed.

METHODS

Non-randomized prospective study. From October 2009 to September 2016, 438 percutaneous pedicle screws were inserted in 102 adult patients without neuronavigation (Group F3D) and 248 percutaneous pedicle screws were inserted in 59 patients with neuronavigation (Group F3DNav). The precision of the screws was determined on intraoperative 3D fluoroscopy or postoperative computed tomography (CT) using the Wang classification (Grade 0: no cortical breach, Grade 1: breach <2mm, Grade 2: breach of 2-4mm, Grade 3: breach >4mm) before and after intraoperative repositioning. Only complications related to the surgical procedure were reported. Surgery duration (in minutes) and irradiation (in µGy.m^2) data were acquired after surgery. For the literature review, we selected in the MEDLINE database the studies that compared the accuracy of percutaneous lumbar pedicle screws between 3D fluoroscopy without neuronavigation vs. 3D fluoroscopy with neuronavigation.

RESULTS

The demographic characteristics of the F3D and F3DNav groups were comparable. In our study, 84.2% and 96.8% of screws were Grade 0 in the F3D and F3DNav groups, respectively ($p<0.001$). Intraoperative 3D control allowed the repositioning of 11 screws in the F3D group and of 5 in the F3DNav group. In total, 14 complications occurred in the F3D group as compared to 4 in the F3DNav group ($p>0.05$). Most of them (10/18) were dural tears. The mean surgery duration was 270+/-91 minutes in the F3D group and 257+/-71 minutes in the F3DNav group ($p>0.05$). The mean operative irradiation per patient was 11,950.40 µGy.m^2 in the F3D group and 10,500.53 µGy.m^2 in the F3DNav group ($p>0.05$). For the literature review, no papers meeting the initial criteria were found.

CONCLUSION

Neuronavigation appears more accurate than 3D fluoroscopy alone. However, we did not find any differences regarding complications, surgery duration, and patient irradiation.

KEY WORDS

Intraoperative 3D fluoroscopy, percutaneous pedicle screw, spine neuronavigation

AFFILIATIONS

Cliniques universitaires Saint-Luc, Service de Neurochirurgie, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles, Belgique

Facteurs pronostiques de l'ischémie mésentérique aiguë aux soins intensifs

Martin Caluwaerts[1], Diego Castanares-Zapatero[1], Pierre-François Laterre[1], Philippe Hantson[1]

FR

INTRODUCTION

L'ischémie mésentérique aiguë (IMA) est une cause fréquente d'abdomen aigu chez la personne âgée et est une pathologie courante dans les unités de soins intensifs (USI). L'IMA est grevée d'une haute mortalité, avoisinant les 60 à 80%, et est une cause de morbidité importante chez les survivants. Le pronostic si sombre est principalement dû au manque d'outils diagnostiques performants pour le clinicien, entraînant un retard de diagnostic. Les types d'IMA retrouvés en USI sont généralement différents de ceux rencontrés dans la population générale, ce qui constitue un véritable défi pour l'intensiviste. L'IMA s'y présente avec une clinique, des marqueurs biologiques et une imagerie plus difficilement interprétables. Ces difficultés diagnostiques, couplées aux nombreuses comorbidités des patients des soins intensifs, rendent leur pronostic encore plus réservé.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de cette étude est de déterminer des facteurs pronostiques pour l'IMA aux soins intensifs. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la mortalité de l'IMA dans l'USI d'un centre hospitalier tertiaire en Belgique, sur une période de 17 ans ; de déterminer si l'IMA constitue le motif d'admission primaire en USI ou si elle est secondaire à une pathologie sous-jacente ; et de comparer les IMA d'origine artérielle et veineuse.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, non-interventionnelle, monocentrique, concernant une cohorte de patients ayant séjourné dans l'USI des Cliniques universitaires Saint-Luc (Bruxelles, Belgique) entre 2000 et 2017. Les patients ont été recherchés à partir du résumé clinique minimum et à partir des codes ICD9-CM correspondant à la pathologie. Ces patients devaient répondre à deux critères : avoir été hospitalisé dans les soins intensifs de St-Luc et avoir souffert pendant ce séjour d'IMA. Le diagnostic a été posé sur base d'au moins une de ces méthodes diagnostiques : tomodensitométrie abdominale (CT-scan) et/ou chirurgie (laparoscopie ou laparotomie) et/ou artériographie et/ou autopsie.

RÉSULTATS

La mortalité à 30 jours sur les 228 patients inclus est de 64,9%. Trois modèles de régression logistique multivariée ont été construits pour estimer les facteurs pronostiques dans l'IMA artérielle. Dans le premier, les marqueurs de défaillance cardiaque (OR = 7,523 ; IC95% = 1,283-44,119 ; p=0,025), la ventilation mécanique 24 heures avant le diagnostic d'IMA (OR = 6,417 ; IC95% = 1,481-27,794 ; p=0,013), le lactate artériel 24 heures après le diagnostic (OR = 1,888 ; IC95% = 1,277-2,79 ; p=0,001) et l'anticoagulation (OR = 0,125 ; IC95% = 0,016-0,954 ; p=0,045) ont été associés à la mortalité. Le deuxième a démontré également une diminution de la mortalité en cas d'anticoagulation (OR = 0,119 ; IC95% = 0,018-0,786 ; p=0,027). Il a aussi identifié des facteurs corrélés à une mortalité plus importante : le delta de lactate artériel (OR = 1,299 ; IC95% = 1,071-1,574 ; p=0,008), la ventilation mécanique 24 heures avant le diagnostic (OR = 5,451 ; IC95% = 1,439-20,656 ; p=0,013), la défaillance cardiaque (OR = 4,72 ; IC95% = 1,047-21,268 ; p=0,043) et l'augmentation de la valeur de l'INR (OR = 4,298 ; IC95% = 1,17-15,787 ; p=0,028). Le dernier modèle montre trois facteurs associés à une augmentation ou diminution de la mortalité : la dose maximale de vasopresseurs administrée au patient (OR = 1,201 ; IC95% = 1,085-1,329 ; p<0,001), le delta de lactate artériel (OR = 1,244 ; IC95% = 1,048-1,477 ; p=0,012) et l'anticoagulation du patient (OR = 0,19 ; IC95% = 0,043-0,841 ; p=0,029). Le risque de mortalité (RM) a été modélisé par une nouvelle variable, créée sur base du dernier modèle, dont l'AUC est de 0,872 (IC95% = 0,819-0,925) : RM = 1,40 + 1,20 (VPmax) + 0,19 (anticoagulation) + 1,24 (delta lactate artériel). L'IMA a constitué le motif d'admission primaire en USI chez 97 patients (42,5%), tandis que 131 patients (57,5%) ont développé une ischémie mésentérique en cours de séjour en USI. 14 patients (6,1%) ont présenté une ischémie veineuse, avec une mortalité à 30 jours de 21%.

CONCLUSION

La mortalité à 30 jours des 228 patients issus de notre base de données était de 64,9%. Des facteurs indépendants de mauvais pronostic dans l'IMA artérielle ont été identifiés : les marqueurs de défaillance cardiaque, les besoins en vasopresseurs élevés, la ventilation mécanique 24 heures avant le diagnostic d'IMA, une hausse de l'INR, le lactate artériel augmenté 24 heures après le diagnostic et la différence de concentration en lactate artériel observée dans un intervalle de 24 heures suivant le diagnostic. Parallèlement, un facteur de bon pronostic émerge : l'anticoagulation. Un score a également été présenté pour estimer le pronostic de l'IMA artérielle aux soins intensifs.

EN

Prognostic factors of acute mesenteric ischemia in the intensive care unit

INTRODUCTION

Acute mesenteric ischemia (AMI) is a frequent cause of acute abdomen in the elderly, which is commonly encountered in the intensive care unit (ICU). AMI has a high mortality rate of between 60 and 80%, as well as a high morbidity rate among survivors. One of the reasons for this poor prognosis is the lack of accurate diagnostic tools for the clinician, with a delayed diagnosis as the main consequence. The characteristics of AMI diagnosed in the ICU often differ from those found in the general population, which results in a real diagnostic challenge. In the ICU, the interpretation of clinical, biological, and radiological signs of AMI proves more difficult. Furthermore, the poor prognosis is also accounted for by the numerous comorbidities of intensive care patients.

OBJECTIVE

The primary objective of the study was to investigate the prognostic factors of AMI in the ICU. The additional objectives were to analyze the mortality of AMI in the ICU of a tertiary teaching hospital over a period of 17 years, discriminate AMI as a primary or secondary cause of ICU admission, and compare arterial and venous AMI.

MATERIAL AND METHODS

We conducted a retrospective, observational, non-interventional, single-center study including a cohort of patients who stayed in the ICU of the Cliniques Universitaires St-Luc (Brussels, Belgium) between 2000 and 2017. The patients were identified using the RCM (résumé Clinique minimum) database and the ICD9-CM coding system. The patients had to fulfil two criteria: ICU admission and a positive diagnosis of AMI. The diagnosis was based on at a least one of the following methods: abdominal computed tomography (CT) and/or surgery (laparoscopy or laparotomy) and/or arteriography and/or autopsy.

RESULTS

The 30-day mortality rate among the 228 included patients was 64.9%. Three models of multivariate logistic regression were developed to assess the prognostic criteria in AMI of arterial origin. In the first model, markers of cardiac dysfunction (OR = 7.523; 95% CI = 1.283-44.119; p=0.025), mechanical ventilation 24h before diagnosis of AMI (OR = 6.417; 95% CI = 1.481-27.794; p=0.013), arterial lactate 24h after diagnosis (OR = 1.888; 95%CI = 1.277-2.79; p=0.001), and anticoagulation (OR = 0.125; 95% CI = 0.016-0.954; p=0.045) were found to be associated with mortality. In the second model, anticoagulation was associated with a decrease in mortality (OR = 0.119; 95% CI = 0.018-0.786; p=0.027), and other factors were correlated with higher mortality, namely arterial delta lactate (OR = 1.299; 95% CI = 1.071-1.574; p=0.008), mechanical ventilation 24h before diagnosis (OR = 5.451; 95%CI = 1.439-20.656; p=0.013), cardiac dysfunction (OR = 4.72; 95% CI = 1.047-21.268; p=0.043), and increase of INR values (OR = 4.298; 95% CI = 1.17-15.787; p=0.028). The last model showed three factors associated with an increase or decrease in mortality: maximal dose of vasopressors (VPmax) administered to the patient (OR = 1.201; 95% CI = 1.085-1.329; p<0.001), arterial delta lactate (OR = 1.244; 95%CI = 1.048-1.477; p=0.012), and anticoagulation (OR = 0.19; 95% CI = 0.043-0.841; p=0.029). The risk of mortality (ROM) could be expressed by a new variable: ROM = 1.40 + 1.20 (VPmax) + 0.19 (anticoagulation) + 1.24 (arterial delta lactate); with an AUC of 0.872 (95% CI = 0.819-0.925). AMI was the primary cause of ICU admission in 97 patients (42.5%), while 131 patients (57.5%) developed AMI during their ICU stay. In our study, 14 patients (6.1%) presented venous AMI, with a 30-day mortality rate of 21%.

CONCLUSION

At 30 days, the mortality rate of the 228 patients identified from the database was 64.9%. Independent factors of poor prognosis in arterial AMI were identified: markers of cardiac dysfunction, need for high doses of vasopressors, mechanical ventilation 24h before diagnosis of AMI, increase of INR values, increased arterial lactate concentration 24h after diagnosis, and further increase of arterial lactate concentration 24h following the diagnosis. Anticoagulation was identified as a factor of good prognosis. Finally, a new score was proposed to predict the prognosis of AMI in the ICU.

AFFILIATIONS

[1] Service des soins intensifs, Cliniques universitaires Saint-Luc, avenue Hippocrate 10, B-1200 Bruxelles, Belgique

Les insuffisances hépatiques aiguës chez l'enfant : étiologies, prise en charge et évolution aux soins intensifs pédiatriques.

Valentine Hermans[1], Thierry Detaille[1], Astrid Haenecour[1], Emilien Derycke[1], Laurent Houtekie[1], Raymond Reding[2], Stéphan Clément de Cléty[1]

Promoteur : Pr. Stéphan Clement de Clety

FR

INTRODUCTION

L'insuffisance hépatique aiguë (IHA) est une maladie multiviscérale au cours de laquelle l'insuffisance hépatocellulaire, compliquée ou non d'encéphalopathie hépatique (EH), survient chez un enfant sans maladie hépatique reconnue préalablement. Son incidence est faible, mais son pronostic est réservé. L'identification des enfants qui ne peuvent survivre qu'avec une transplantation hépatique (TRH) représente un challenge thérapeutique pour les équipes qui les prennent en charge.

OBJECTIFS

Cette étude s'intéresse à la revue de l'expérience des soins intensifs pédiatriques dans la prise en charge des IHA chez l'enfant et à l'identification de facteurs de risque de mortalité. Notre revue permet également d'enrichir notre réflexion à propos de la greffe hépatique à partir d'un donneur vivant, de ses indications en cas d'IHA et des nombreuses questions éthiques qui s'y rapportent.

PATIENTS ET MÉTHODES

Cette recherche rétrospective et monocentrique s'est basée sur la revue des dossiers médicaux des enfants admis entre mars 1989 et décembre 2016 pour une IHA avec ou sans EH. Les données démographiques, cliniques et biologiques ont été recueillies pour chaque enfant et des analyses statistiques ont été réalisées afin d'identifier des facteurs de risque de mortalité.

RÉSULTATS

100 enfants (54 filles) ont été inclus; l'âge moyen était de 59.9 mois et 40 % des enfants étaient âgés de moins de 2 ans. Une EH, un choc et une insuffisance respiratoire ont été diagnostiqués chez respectivement 73, 39 et 32 enfants. Les étiologies d'IHA sont nombreuses et varient selon l'âge de l'enfant ; dans 35 % des cas, l'étiologie reste cependant indéterminée. 14 enfants présentaient une contre-indication à la TRH et sont tous décédés. 24 ne remplissaient pas les critères de TRH ; 22 ont survécu. 62 enfants étaient candidats à une TRH ; 36 d'entre eux ont bénéficié d'une greffe à partir d'un donneur décédé et 3 enfants à partir d'un donneur vivant. 11 enfants sont décédés en liste d'attente et 12 ont été retirés de la liste d'attente en raison de la récupération de leur fonction hépatique. Le taux de survie globale s'élevait à 61% ; le taux de survie après TRH était de 69%. L'analyse statistique a permis d'identifier l'insuffisance respiratoire (OR=2.9), l'insuffisance rénale aiguë (OR=2.9) et le lactate (OR=1.5) comme principaux facteurs de risque de mortalité. Un modèle prédictif de mortalité (AUROC =0.83 [0.74 – 0.91] p<0.001) a pu être obtenu à partir de ces trois facteurs de risque. La durée moyenne d'attente en liste de transplantation était de 2 jours. De 1989 à 2002, la durée d'attente était en moyenne de 1.5 jours (n=33) alors qu'elle était de 4.8 jours de 2003 à 2016 (n=6) ; le temps d'attente s'est donc allongé entre les deux périodes d'étude. Les enfants sont décédés en moyenne 6 jours après leur inscription en liste d'attente.

CONCLUSION

Nos résultats confirment le pronostic réservé de l'IHA. Les critères de transplantation doivent s'enrichir, sur base de cette étude, de la présence d'une insuffisance respiratoire et d'une insuffisance rénale aiguë. L'atteinte multisystémique est responsable du décès de la majorité des enfants candidats à la TRH. Le temps d'attente en liste de transplantation semble s'allonger au fil du temps. Il paraît donc raisonnable de conclure qu'une procédure « donneur vivant » devrait être entamée si aucun foie de donneur décédé n'est disponible 3 ou 4 jours après la mise en liste d'attente.

MOTS-CLÉS

Insuffisance hépatique aiguë, enfants, transplantation hépatique, facteurs de risque

EN

Acute liver failure in children: experience of a paediatric intensive care unit

BACKGROUND

Pediatric acute liver failure (PALF) is a rare yet severe condition characterized by rapidly progressing hepatic dysfunction and multisystem organ failure (MOF) syndrome in previously healthy children. It poses several clinical challenges to physicians, one of them being the identification of the children who won't recover without liver transplantation (LT).

OBJECTIVES

This study was aimed at reviewing the experience of our pediatric intensive care unit and identifying mortality risk factors. Our results might also enrich our reflection about living donor liver transplantation (LDLT) and its indication in the difficult ethical context of PALF.

PATIENTS AND METHODS

We collected the retrospective data of all PALF children admitted from March 1989 to December 2016. Demographic, clinical, laboratory, and short-term outcome data were recorded. Statistical analysis was performed in order to identify mortality risk factors.

RESULTS

In total, 100 children (54 girls) were included. Their mean age was 59.9 months, with 40% of them being less than 2 years old. Hepatic encephalopathy, shock, and respiratory failure were diagnosed in 73, 39, and 32 patients, respectively. The main causes of PALF varied depending on age, and etiology remained undetermined in 35 % of cases. In our study population, 14 children had contraindications to LT and died, 24 did not meet our criteria for LT, and 22 survived. Furthermore, 62 children were considered as candidates for LT, among whom 36 received a liver from a deceased donor and 3 underwent LDLT. 11 patients who were on the LT waiting list died and 12 were withdrawn from this list because of spontaneous recovery. Overall survival was 61%; survival after LT was 69%. Statistical analysis identified respiratory failure (OR= 2.9), acute renal failure (OR=2.9), and blood lactate level (OR =1.5) as significant mortality risk factors. A risk staging system was developed based on these three factors to predict mortality in children (AUROC =0.83 [0.74 – 0.91] p<0.001). The mean waiting time before LT was 2 days. When comparing two periods, 1989-2002 (n=33 children) and 2003-2016 (n=6), we observed an increase in the mean waiting time, from 1.5 to 4.8 days. Children died on average 6 days after being registered on the LT waiting list.

CONCLUSION

Our results confirm the poor outcome of PALF and suggest that respiratory and acute renal failures should be added to the LT criteria. Given that most children candidates for LT died from MOF and that the waiting time seems to increase, LDLT should be proposed 3 or 4 days after the decision regarding LT was made.

KEY WORDS

Acute liver failure, children, liver transplantation, risk factors

AFFILIATIONS

Cliniques universitaires Saint-Luc, Université catholique de Louvain, 10 avenue Hippocrate, 1200 Bruxelles, Belgique

[1] soins intensifs pédiatriques

[2] chirurgie pédiatrique

Influence d'une induction par unique et haute dose intra-opératoire de sérum anti-lymphocytaire (r-ATG) en transplantation hépatique adulte : résultats à un an d'une étude randomisée, contrôlée et conduite par l'investigateur

Kevin Ackenine[1], Samuele Iesari[1,2], Maxime Foguenne[1], Chantal De Reyck[1], Eliano Bonaccorsi Riani[1], Olga Ciccarelli[1], Laurent Coubeau[1], Quirino Lai[3], Mina Komuta[4], Pierre Gianello[5], Jan Lerut[1]

Promoteur: Pr. Jan Lerut

FR

INTRODUCTION

Les résultats de la transplantation d'organe à long terme restent compromis par un taux toujours élevé de complications liées à l'immunosuppression (IS). C'est pourquoi la minimisation de l'IS, et à terme, la tolérance clinique du greffon, se présentent comme des perspectives d'avenir. Les traitements d'induction influenceraient positivement l'obtention d'une tolérance. Jusqu'à ce jour, aucune étude prospective, randomisée, contrôlée, n'a été rapportée concernant l'utilisation de sérum anti-lymphocytaire en tant que thérapie d'induction en transplantation hépatique adulte (TRH).

OBJECTIF

Évaluer l'influence d'un traitement inducteur par sérum polyclonal anti-lymphocytaire (r-ATG) (Grafalon®, Neovii) associée à une monothérapie au tacrolimus (Prograft®, Astellas) en TRH.

MÉTHODE

Étude prospective, randomisée, contrôlée et conduite par l'investigateur ayant inclus 206 patients adultes (>15 ans) transplantés d'un foie. L'étude compare l'utilisation d'une IS par monothérapie au tacrolimus (TAC; n=109) à l'administration d'une unique et haute dose intra-opératoire de r-ATG (9mg/kg) suivie d'une monothérapie au tacrolimus (TAC-ATG; n=97). Tous les patients ont bénéficié d'un même suivi clinique, biochimique et histologique, comprenant une biopsie protocolaire à 7 jours, 6 mois et 12 mois post-TRH. Les rejets cellulaires aigus ont été traités lors de la concordance de score histologique (score de Banff > 5) et biochimique (majoration de deux facteurs parmi la bilirubine, le taux de plaquettes et l'éosinophilie). Le critère d'évaluation principal de l'étude était la réduction de l'immunosuppression à une monothérapie au tacrolimus endéans 12 mois. Les critères d'évaluation secondaires furent la survie du patient et du greffon ainsi que l'incidence de rejets cellulaires aigus.

RÉSULTATS

À un an, 79 (96.3%) des 81 patients TAC-ATG et 101 (99.0%) des 102 patients TAC étaient exemptés de stéroïdes (p=0.585); 28 (34.6%) des patients TAC-ATG et 31 (30.4%) des TAC étaient sous double immunosuppression (p=0.633). La survie à un an des patients du groupe TAC-ATG et TAC étaient respectivement de 84% et 92% (p=0.260). La survie à un an du greffon du groupe TAC-ATG et TAC était respectivement de 76% et 90% (p=0.054). En dépit de moins de rejets modérés à sévères au 7e jour (Banff 6-9) dans le groupe TAC-ATG (10.0% vs. 24.0% dans le groupe TAC, p=0.019), la proportion de patients présentant un rejet cliniquement pertinent (16.5% TAC-ATG vs. 22.0% TAC, p=0.379), de rejets sensibles aux stéroïdes (13.4% TAC-ATG vs. 17.4% TAC, p=0.448), de rejets résistants aux stéroïdes (2.1% TAC-ATG vs. 3.7% TAC, p=0.686) et de rejets chroniques (1.0% TAC-ATG vs. 0.9% TAC, p=1.000) était similaire.

CONCLUSION

À un an, une induction à base de r-ATG n'a pu significativement affecter la charge immunosuppressive, le taux de rejets traités, la survie du patient et du greffon. Des résultats à long terme sont nécessaires afin de déterminer l'influence de la r-ATG sur la charge immunosuppressive et sur l'induction d'une tolérance.

MOTS-CLÉS

Transplantation hépatique, immunosuppression, induction, antilymphocyte T globulines, rejet cellulaire aigu

EN

Comparison of tacrolimus plus induction via intraoperative single high-dose of rabbit anti-T-lymphocyte globulins versus tacrolimus monotherapy in adult liver transplantation: 1-year results of an investigator-driven randomized controlled trial

BACKGROUND

The efficacy of anti-lymphocyte serum (ALS) induction remains inconclusive in liver transplantation (LT) due to poorly designed trials.

OBJECTIVE

To determine whether induction with ALS is superior to no induction in adult LT.

STUDY DESIGN

Randomized controlled trial including 206 adults (aged >15 years) and comparing tacrolimus monotherapy (TAC, n=109) versus tacrolimus plus intraoperative single high-dose (9 mg/kg) of rabbit anti-T-lymphocyte globulins (ATLG; n=97). All patients underwent similar follow-up, including biopsies scored according to the Banff classification. Graft rejection was considered clinically relevant and treated if pathologic and biochemical changes were consistent. The primary endpoint was minimization of immunosuppression to monotherapy; secondary endpoints included biopsy-proven rejection, clinical rejection, as well as patient (PS) and graft (GS) survival.

RESULTS

At 1 year, 79 (96.3%) of the 81 ATLG patients and 101 (99.0%) of the 102 TAC patients were steroid-free (p=0.585); 28 (34.6%) ATLG and 31 (30.4%) TAC patients were on double-therapy immunosuppression (p=0.633). One-year PS and GS of ATLG and TAC patients were 84% and 92% (p=0.260) and 76% and 90% (p=0.054), respectively. Though there were significantly fewer moderate-to-severe rejections (Banff 6-9) on Day 7 in the ATLG group than in the TAC group (10.0% vs. 24.0%, p=0.019), the cumulative proportion of patients experiencing clinically relevant rejection (16.5% ATLG vs. 22.0% TAC, p=0.379), steroid-sensitive rejection (13.4% ATLG vs. 17.4% TAC, p=0.448), steroid-resistant rejection (2.1% ATLG vs. 3.7% TAC, p=0.686), and chronic rejection (1.0% ATLG vs. 0.9% TAC, p=1.000) was similar in both groups.

CONCLUSIONS

ATLG induction did not significantly impact immunosuppressive load, treated rejection, PS, and GS at 1 year following LT. Long-term results are required to assess the possible benefits of ATLG on immunosuppressive load and tolerance induction.

KEY WORDS

Adult liver transplantation, immunosuppression, induction, anti-T-lymphocyte globulins, tacrolimus, rejection

AFFILIATIONS

[1] Unité de Transplantation Abdominale Starzl, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.

[2] Département de Biotechnologie et de Sciences cliniques appliquées, Université de L'Aquila, L'Aquila, Italie.

[3] Département de Chirurgie Générale et transplantation d'organe, Université La Sapienza, Rome, Italie.

[4] Département d'anatomopathologie, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles, Belgique.

[5] Pôle de chirurgie expérimentale et transplantation, Institut de recherche expérimentale et clinique, Université catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

Louvain Médical est la revue mensuelle de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain (UCL)

DIRECTIVES AUX AUTEURS

Louvain Médical est la revue mensuelle de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain (UCL) (publiée sur papier et disponible en ligne - 10 numéros par an).

Louvain Médical publie divers types d'article évalués pour leur qualité et originalité, principalement des articles de revue, des rapports de cas, des directives pratiques, des éditoriaux et des commentaires, ainsi que des articles de recherche originaux ayant une pertinence clinique.

Chaque manuscrit soumis subit une évaluation rigoureuse par les pairs impliquant des experts locaux ou nationaux.

L'objectif principal de la revue est de contribuer activement à la formation médicale continue des professionnels de la santé, y compris les étudiants de premier et de troisième cycle, les médecins généralistes et les spécialistes de toutes les disciplines.

Soumission des articles

Tous les manuscrits doivent être envoyés par email à la rédaction (isabelle.istasse@uclouvain.be) accompagnés d'une lettre d'introduction décrivant le type d'article soumis (revue de la littérature, directives pratiques, articles de recherche originaux,) ainsi que son thème. Elle sera signée par l'auteur responsable (ou auteur principal).

Processus d'évaluation (peer-review) et acceptation des articles

Chaque article soumis est évalué par le rédacteur en chef, secondé par le responsable éditorial, en termes de qualité générale, de pertinence, de portée, d'absence de biais et de respect des règles d'éthique et de confidentialité. Les manuscrits qui ne remplissent pas ces critères sont rejetés à ce stade. Chaque manuscrit est ensuite transmis pour révision à deux ou trois experts dans le domaine. L'évaluation prend habituellement jusqu'à 3 ou 4 semaines. Les commentaires des examinateurs sont centralisés par le responsable éditorial et réévalués par le rédacteur en chef. La décision finale est ensuite communiquée aux auteurs (rejet, révision majeure ou mineure). Les auteurs ont ensuite 4 à 6 semaines pour soumettre une version révisée avec une description détaillée des modifications apportées et des réponses aux commentaires et suggestions des évaluateurs. Cette version révisée est réévaluée par le rédacteur en chef, qui l'accepte avec ou sans modifications supplémentaires. La version acceptée du manuscrit fait l'objet d'une révision en français, si nécessaire, et la version anglaise du résumé est éditée par des anglophones. Une fois les articles acceptés, seules les modifications mineures de fond (amélioration de la compréhension) et de forme (typographie) seront possibles.

Articles

La longueur des articles ne doit pas dépasser 25 000 caractères (tout compris). Les figures, tableaux, graphiques et photographies qui facilitent la lecture ainsi que des références nationales et internationales récentes sont vivement recommandés.

Les auteurs garantissent que leur manuscrit est original et n'est pas soumis pour publication dans un autre journal. Les auteurs acceptent que l'article soit publié dans la Revue Louvain Médical ainsi que sur son site Internet.

Le texte sera dactylographié sans mise en page particulière, en interligne 1.5 et paginé.

Il comprendra

- Un résumé circonstancié de 200-250 mots maximum structuré reprenant les points essentiels et/ou messages clés de l'article. Cet abstract sera la vitrine de l'article dans les bases de données internationales. Une version anglaise conforme à la version française doit être fournie.
- En complément au résumé, nous vous demandons de répondre de manière courte et télégraphique (petit encadré) à deux questions en français et en anglais : 1. Que savons-nous à ce propos ? What is already known about the topic? 2.Que nous apporte cet article? What does this article bring up for us?

DIRECTIVES AUX AUTEURS

- Un encart de « Recommandations pratiques » de 3,4 lignes, en fin de texte.
- Les tableaux, graphiques et figures suivis de leur légende seront repris sur des pages séparées.
- Les photos devront être enregistrées sous format JPG, Gif, Tiff, sur une résolution de 300 DPI.

  Attention : les images récupérées sur internet ne seront jamais de bonne qualité.
- Coordonnées des auteurs

  Mentionner les prénoms et noms (en toutes lettres), adresses professionnelles (service, institution) pour chacun des auteurs.

  Pour l'auteur de correspondance, indiquer l'adresse complète (avec numéro de téléphone et adresse électronique)
- Cas cliniques

  Les cas cliniques ne seront acceptés que si l'article présente une synthèse récente et pratique d'une problématique d'intérêt général, illustrée par une vignette clinique concise. L'abstract résume le contenu général de l'article et ses messages pertinents sans détailler la vignette clinique.

Les abréviations doivent être écrites dans leur entier lors de sa première apparition dans le texte (sauf s'il s'agit d'une unité de mesure internationale).

Les références bibliographiques

Les références bibliographiques sont au nombre de 15 maximum pour un case report et 20 pour un article original. Elles seront numérotées selon leur ordre d'apparition dans le texte.

Les références bibliographiques seront citées selon le modèle du New England Journal of Medicine, issu de la systématique de la NLM (U.S. Library of Medicine).

On ne mentionnera que les six premiers auteurs suivis de *et al.* en italique.

Exemple :

Hermans C, Scavée Ch. Le temps et l'expérience au profit des nouveaux thérapeutiques anticoagulants oraux. Louvain Med. 2014; 133 (9): 634-638.
Citations de livres : Buysschaert M. *Diabétologie clinique*. De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 2012, 4e Edition.
Citations de chapitres : Buysschaert M. Autres diabètes. In: *Diabétologie clinique*, 25-32, De Boeck Université, Louvain-la-Neuve, Paris, 2012, 4e Edition.

Les références des adresses Internet doivent être fiables et de haute qualité scientifique.

Droits d'auteur

L'auteur s'engage à indiquer et référencer ses sources.

L'auteur s'engage à s'appuyer sur des sources scientifiquement reconnues.

Une autorisation de copyright doit être demandée et fournie avec l'article pour toutes figures, tableaux ou images déjà publiés dans un autre journal ou site internet.

Protection de la vie privée des patients

La vie privée des patients doit impérativement être respectée. Le consentement éclairé des patients doit être obtenu pour la publication de toute image et/ou situation clinique susceptibles de permettre leur identification; les patients doivent également être informés de la publication de l'article sur internet.

Pour les articles de recherche, l'auteur devra mentionner avoir respecté les principes relatifs au bien-être du patient, conformément à la Déclaration d'Helsinki, la loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient et la Loi du 7 mai 2004 sur les expérimentations sur la personne humaine.

Conflits d'intérêts

Les conflits d'intérêts doivent être signalés en fin de texte.

Les auteurs garantissent que leur manuscrit est original et n'est pas soumis pour publication dans un autre journal.

Tout article soumis à Louvain Médical fera l'objet de lectures et avis d'experts qui seront transmis à l'auteur responsable pour suite utile. La décision finale d'acceptation revient au Rédacteur en chef.

Les auteurs acceptent que l'article soit publié dans la Revue Louvain Médical ainsi que sur son site Internet.

www.louvainmedical.be

La revue Louvain Médical est répertoriée dans le moteur de recherche d'Elsevier (Scopus) et Google Scholar.

INDICATIONS PRATIQUES

Les articles seront adressés
au Professeur C. Hermans
Rédacteur en chef
de la revue Louvain Médical

Louvain Médical
Avenue E. Mounier 52/B1.52.14
B-1200 Bruxelles
Belgique

Tel. 32 2 764.52.65
Fax. 32 2 764.52.80

Les manuscrits doivent être transmis par email à la rédaction :

isabelle.istasse@uclouvain.be

Louvain Médical is the monthly medical Journal of the Faculty of Medicine and Dentistry of The University catholique de Louvain (UCL).

GUIDELINES FOR AUTHORS

Louvain Médical is the monthly medical Journal (published in paper form and online in 10 editions per year) of the Faculty of Medicine and Dentistry of The University catholique de Louvain (UCL).

Louvain Médical publishes a range of different types of articles, each selected for their high quality and originality, primarily reviews, case reports, practical guidelines, editorials, and commentaries, as well as original research judged to be of clinical relevance.

Each manuscript submitted undergoes rigorous peer review by local and national experts.

The review's principal goal is to actively contribute to the continuing medical education and training of healthcare professionals, including undergraduate and doctorate medical students (first and third cycles), general practitioners, and specialists of all fields.

Article submission

All manuscripts must be submitted by email to the editing team (isabelle.istasse@uclouvain.be), accompanied by a cover letter describing the type of article (literature review practical guidelines, original research article, and so on) and its subject matter, signed by the corresponding author (or lead author).

Peer-review process and acceptance of articles

Each submitted article is assessed by the Editor-in-Chief, with the aid of the head editor, in terms of general quality, relevance, scope, potential bias, and adherence to ethical and confidentiality standards. Any manuscript that does not fulfil these requirements will be rejected at this stage. Each successful manuscript will then be forwarded for revision by two to three experts in the field. This evaluation usually takes three to four weeks. The reviewers' comments are gathered together by the head editor and reassessed by the Editor-in-Chief. The final decision of either rejection or major or minor revisions required is then communicated to the authors. They then have four to six weeks to submit a revised version along with a detailed description of the changes made and responses to the reviewers' comments and suggestions. This revised version is reassessed by the Editor-in-Chief, who judges whether any further changes are required and accepts the manuscript. The accepted version then sometimes undergoes a French-language revision, when necessary, and the English-language abstract is edited by native English linguists. Once an article is accepted, only minor changes to the content (such as improving coherence) and style (such as layout) can be made.

Articles

The length of articles cannot exceed 25,000 characters (including spaces). Authors are highly recommended to include figures, tables, charts, and photographs to aid reader comprehension, as well as recent national and international references.

The authors guarantee that their manuscript is original and not submitted for publication in another journal.

The authors agree to the article's being published in Louvain Médical as well as on its website.

The text is to be typed in 1.5 line spacing, the text will be typed without particular layout, paginated and submitted by email.

It will include

- It is to be accompanied by a detailed summary in French of no more than 100 words and by a structured abstract in English, summarizing its key points or messages. As this abstract will be published in the international databases, it is to be considered as an excellent showcase for your article.
- In addition to your abstract, we request you to write a telegraphic-style summary of a few lines, answering the following questions: What is already known about the topic? (Que savons-nous à ce propos ?) and What does this article bring up for us? (Que nous apporte cet article ?)

GUIDELINES FOR AUTHORS

- It is to contain a "Practical Recommendations" insert of three to four lines at the end of the text.
- The tables, graphs and figures followed by their legends are to be reproduced on separate pages.
- Photos are to be saved in JPG, GIF or TIFF format in 300 dpi resolution.
  NB: images taken from the internet will not be of good quality.
- Author contact details
  Authors should include both first and last names (in full) as well as their professional contact details (department and institution).
  For the corresponding author, the full address should be included (with telephone number and email address).
- Clinical case reports
  Clinical case reports will only be accepted for publication if they provide an up-to-date and practical summary of a clinical problem of general interest introduced and illustrated by a concise clinical vignette. The abstract should summarize the general content of the manuscript and its relevant messages without detailing the clinical vignette.

All abbreviated terms should be written out in full the first time they appear in the text (except for international measurement units).

References

Bibliographical references (maximum 15 for a case report; 20 for an original article) are to be numbered by order of appearance in the text.

Bibliography references should be cited following the model of the New England Journal of Medicine, the standard set by the NLM (U.S. Library of Medicine).

Only the first six authors are to be cited followed by *et al.* in italics.

Exemple :

Hermans C, Scavée Ch. Le temps et l'expérience au profit des nouveaux thérapeutiques anticoagulants oraux. Louvain Med. 2014; 133 (9): 634-638.
Citing books: Buysschaert M. *Diabétologie clinique*. De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 2012, 4e Edition.
Citing chapters: Buysschaert M. Autres diabètes. In: *Diabétologie clinique*, 25-32, De Boeck Université, Louvain-la-Neuve, Paris, 2012, 4e Edition.

References of internet addresses must be reliable and of a high scientific standard.

Copyright

The author is responsible for indicating and citing all sources.

The author is responsible for using scientifically-recognized sources.

Copyright authorization must be requested and presented along with the article for all figures, tables or images that have already been published in another journal or online

Protecting patient privacy

The private life of patients must be respected at all costs. Informed consent must be obtained from all patients to publish any image or clinical description that could indicate a patient's identity. All patients must also be informed of the article's publication online.

For research articles, the authors must declare that they have adhered to the principles governing patient wellbeing laid down in the Helsinki Declaration, the Belgian Act of 22 August 2002 on patients' rights, and the Belgian law of 7 May 2004 relating to experiments on human subjects.

Conflicts of interest

Any conflicts of interest must be reported at the end of the text.

The authors guarantee that their manuscript is original and not submitted for publication in another journal.

Each article submitted to Louvain Medical will undergo a peer review process conducted by an expert panel, the results of which will be sent to the authors. The final decision to publish the article rests with the editor at all times.

The authors agree to the article's being published in Louvain Médical as well as on its website.

www.louvainmedical.be

Louvain Médical is indexed in the search engine of Elsevier (Scopus) and Google Scholar.

PRACTICAL INSTRUCTIONS

Articles are to be addressed to Professor C. Hermans
Editor-in-chief
of Louvain Médical

Louvain Médical
Avenue E. Mounier 52/B1.52.14
B-1200 Brussels
Belgium

Tel. 32 2 764.52.65
Fax. 32 2 764.52.80

Manuscripts must be submitted by email to the editing team :

isabelle.istasse@uclouvain.be

Ama CONTACTS

Bulletin de l'Association des Médecins Alumni
de l'Université catholique de Louvain

- INTERVIEW : LE RSL – PR. HERMANS ET MR ROUARD
- 181E ET 182E PROMOTIONS DES MEDECINS DE L'UCL

Ama Contacts

Bulletin de l'Association des Médecins Alumni de l'Université catholique de Louvain

SOMMAIRE

EDITORIAL

Dominique Pestiaux 400

LES INTERVIEWS DE L'AMA-UCL

Le Réseau Santé Louvain : Pr Cédric Hermans et Mr Philippe Rouard ... 401

ACTUALITES FACULTAIRES

181e et 182e promotions des médecins de l'UCL

Discours du Pr. Vincent Blondel 405
Discours du Pr. Dominique Vanpee 407
Discours des délégués M7 409
Discours des délégués R6 416
Prix de l'Association des Médecins Alumni et Louvain Médical 422

LIVRES LUS

L'histoire de la chirurgie - Du silex à nos jours de Pierre-Louis Choukroun

Jean-Claude Debongnie 423

LA MEDECINE AUX CONFINS DE LA SCIENCE ET DE L'ART

Carl Vanwelde 424

EDITORIAL

Dominique Pestiaux

Nous publions dans ce numéro 106 de l'Ama Contacts les discours de promotion prononcés dans des circonstances particulières puisque, cette année, ce sont 1.031 étudiants qui ont été promus en raison de la double cohorte. Le contexte de cet aboutissement n'a pas toujours été facile et les discours du doyen et du Recteur le soulignent en montrant que nos autorités académiques ont pris la mesure de la difficulté et ont été attentives à soutenir la faculté et les étudiants y compris en mettant des moyens importants pour accompagner les deux cohortes. Il faut aussi souligner la difficulté du contexte politique pris en charge avec d'autres par le doyen Vanpee, président de la conférence des doyens francophones. Il a, présent dans tous les moments importants, négocié au cours de toutes ces années des conditions légales les plus adéquates possibles.

Les étudiants, dans leurs discours, soulignent surtout l'amitié et la cohésion qui a existé au sein des deux cohortes, preuve de leur compréhension des enjeux, de leur engagement et de leur souci de l'autre. Ces discours sont l'occasion pour le lecteur de percevoir la vision qu'ils ont de leur parcours académique et des liens crées au cours de leurs études. Tous ont également souligné l'importance d'un médecin qui prend soin de lui, seule façon d'être présent et pleinement attentif au patient qui souffre et demande des soins.

Dans ce numéro, nous publions également une interview du professeur Hermans, président du Réseau Santé Louvain. Il a souhaité que Mr. Rouard, gestionnaire de ce réseau, y soit associé. Leurs déclarations complètent sans doute admirablement ce que les discours ont relayé. L'UCL dispose d'un réseau hospitalier et de médecine générale de grande qualité, soutenu de manière importante par la Faculté. Il y a un engagement sans faille pour la formation des futurs médecins et pour une coordination efficace entre structures au-delà des aspects géopolitiques et enfin, cerise sur le gâteau, avec une vision résolument optimiste malgré un contexte qui n'est pas toujours simple.

JC.Debongnie nous propose un article sur Hippocrate et les cinq sens et ce numéro consacré aux promotions est idéal pour rappeler l'idéal hippocratique, les qualités de base du médecin, et souligner comme le rappelle l'auteur que :

> *« Hippocrate est donc non seulement un fondateur de la médecine mais un modèle de praticien; intéressé par le sens, raisonnant à partir de ces données, intéressé par la nutrition et les répercussions de l'environnement sur la santé, respectueux du patient. Il reste donc très "moderne". »*

Le texte de C.Vanwelde nous ramène à la raison d'être de notre métier : le patient. Il souligne l'humilité nécessaire devant ce que le patient nous confie de son intimité. Il illustre superbement la richesse de la narrativité, l'importance de l'attention aux plus fragiles et aux plus démunis, notre fragilité et… notre aventure humaine commune.

Souhaitons que les valeurs défendues par Hippocrate de même que celles qui ont été évoquées dans les différents discours de promotion ou encore dans le texte concernant les patients soient des guides utiles pour les médecins de demain.

Rappelons aussi l'importance de préserver le lien avec notre Alma Mater en rejoignant l'association des anciens. Il s'agit d'un moyen simple et essentiel de rester informé des évolutions de la faculté de médecine UCL, du réseau qui assure la formation des futurs médecins sur le terrain et, à travers la revue Louvain Médical, suivre les évolutions rapides de la médecine en publiant entre autre les contributions des médecins de notre réseau.

Ama Contacts
Bulletin de l'Association des Médecins Alumni de l'Université catholique de Louvain

Comité de rédaction :
Martin Buysschaert, André Bosly, Roger Detry, Daniel Vanthuyne, Dominique Pestiaux

Editeur responsable :
Martin Buysschaert
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15 – 1200 Bruxelles

Coordination de l'édition :
Coralie Gennuso
Tour Vésale, niveau 0
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.14
1200 Bruxelles
Tél. 02/764 52 71
Fax 02/764 52 78
secretariat-ama@uclouvain.be

Couverture :
Reportage proclamation © Jacky Delorme

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).

Le Réseau Santé Louvain

Pr Cédric Hermans et Mr Philippe Rouard

Dominique Pestiaux : Pouvez-vous vous présenter, notamment votre spécialité et vos responsabilités facultaires ?

Cédric Hermans : Je suis affilié au Service d'hématologie adulte, dont j'assume la fonction de chef de service. Les troubles de coagulation sanguine représentent mon grand centre d'intérêt, en particulier les maladies hémorragiques héréditaires. Je consacre beaucoup de temps aux activités cliniques dans ce domaine, tout en étant très actif dans le domaine de la recherche.

Je suis professeur ordinaire à l'UCL. Au niveau facultaire, j'ai plusieurs casquettes :

- je suis président de la commission des Master de spécialisation, travail que je fais surtout avec Madame Anne-Marie Teirlynck et Anne Lepage, et qui consiste à gérer la formation des assistants ;
- j'ai été nommé Président du Réseau Santé Louvain (RSL), travail en duo avec Monsieur Philippe Rouard ;
- je suis également Rédacteur en chef de la revue Louvain Médical, épaulé par Madame Isabelle Istasse.

Ça peut faire beaucoup pour un seul homme, mais c'est enthousiasmant, et c'est en grande partie complémentaire. Je suis en plus bien secondé dans toutes mes tâches par des personnes formidables qui sont très autonomes, sinon je ne pourrais pas le faire.

D.P. : D'où la présence de Monsieur Rouard, pouvez-vous expliquer votre fonction ici à l'UCL ?

Philippe Rouard : Je suis Coordinateur du Réseau Santé Louvain (RSL). C'est un poste que j'occupe depuis au moins une dizaine d'années, ce qui désormais me permet d'avoir une vision sur l'évolution du Réseau, d'avoir une bonne connaissance des dossiers et une certaine expertise.

D. P. : Pouvez-vous donc nous présenter le Réseau Santé Louvain, dont vous êtes le président, et peut-être expliciter un peu le nombre d'hôpitaux concernés ?

C. H. : C'est un ensemble d'hôpitaux qui ont des liens privilégiés avec l'UCL. Il y a environ 25 hôpitaux, répartis sur une trentaine de sites. Ce Réseau est issu de la nécessité de la Faculté de médecine de pouvoir former ses assistants dans des hôpitaux périphériques. C'est ainsi que le RSL est né et a grandi au cours des années. Tous ces hôpitaux ont en commun le souhait de contribuer à la formation des assistants. Ils ont besoin des assistants, c'est une des principales prérogatives, mais outre la formation des assistants, ces hôpitaux ont comme ambition commune d'œuvrer pour la qualité des soins apportés aux patients. Pour ce faire, il y a, au sein du RSL, plusieurs Commissions actives :

- la Commission formation, qui gère surtout de la formation des assistants ;
- la Commission éthique, qui essaye d'homogénéiser ou de répondre à des questions de problématique éthique fréquentes au sein du RSL ;
- la Commission qualité, qui offre une plateforme de partage de pratiques qui contribuent à la qualité des soins au sein du RSL.

C'est un réseau relativement unique en Belgique. Il y a peu de structures semblables.

D. P. : Qu'est-ce qu'y en fait son originalité, sa particularité ?

C. H. : C'est réellement la collaboration étroite de tous ces hôpitaux qui adhèrent à certains principes. Au niveau de la formation des assistants, le but est de procurer des conditions homogènes de travail, de formation, d'emploi dans toutes ses dimensions. Au sein d'un si large réseau d'hôpitaux, qui sont très variés dans leurs structures, dans leurs spécialités, c'était évidemment un défi de faire en sorte que tous adhèrent à un mode de fonctionnement commun pour tous nos assistants, et je crois que c'est une force qui n'a pas véritablement son équivalent dans une telle amplitude.

Ph. R. : Le Réseau Santé Louvain est une structure unique en Belgique. Sa spécificité réside dans sa structuration et son organisation. Le RSL est organisé autour et par une université en collaboration avec les autres partenaires. Il dispose d'une structure administrative et « représentative » propre dirigée par un Président. Il constitue notamment un lien, un lieu de coopération, entre la Faculté de médecine et les hôpitaux partenaires. Le Réseau se dote actuellement d'un nouveau site internet qui constituera la vitrine de l'organisation et sera un outil au service des attentes des partenaires.

Lorsque l'on parle de réseau dans les autres universités, il s'agit avant tout d'un ensemble de relations privilégiées entre individus et de services sans structure faitière spécifique.

C. H. : Un point important aussi à souligner, c'est que ce Réseau n'est pas un outil d'intrusion politique dans la vie des hôpitaux. Ça l'a peut-être été dans le passé, mais ça n'est certainement plus le cas actuellement. C'est véritablement un partenariat entre divers hôpitaux. Les hôpitaux ont tout intérêt à pouvoir bénéficier du soutien des assistants et l'UCL a tout intérêt à pouvoir compter sur la collaboration des hôpitaux pour y former ses assistants, mais il n'y a pas de dirigisme, pas d'intrusions. Tout ça se fait dans un climat respectueux des intérêts des uns et des autres, et je crois que c'est une force et une modalité de fonctionnement à laquelle je suis personnellement sensible. Je n'aurais pas accepté ce poste de Président du RSL si l'objet était, de façon dissimulée, de jouer un rôle géopolitique. Il y a certainement des aspects géopolitiques qui peuvent avoir un impact sur le fonctionnement du Réseau et peut-être sur son avenir, mais le but ce n'est certainement pas d'instrumentaliser le RSL dans cette perspective-là.

D. P. : C'est une bonne réponse, qui tient compte de la complexité institutionnelle belge et géopolitique. Je trouve ça bien de se situer au-delà de ce clivage habituel en Belgique. Pouvez-vous m'en dire plus en terme de nombre de candidats et de satisfaction des assistants pour trouver des postes ?

C. H. : C'est extrêmement vaste. Il y a environ mille assistants qui sont affectés dans tous les hôpitaux du RSL, y compris les Cliniques Saint-Luc évidemment. C'est donc un énorme effectif. Il y a aussi parmi eux des assistants qui viennent de pays non-européens auxquels on procure une formation au sein du RSL. C'est un réseau d'ouverture. Et il y a environ 300 Maitres de stage, c'est par conséquent très ambitieux.

D. P. : Vous parlez d'une Commission formation, mais avez-vous des modalités spécifiques de formation pour vos Maitres de stage ?

C. H. : Oui. Nos Maitres de stage doivent adhérer aux grands principes du RSL. On est très attentif à ça, que certaines règles de base soient respectées, que l'accent soit mis sur l'enseignement, mais aussi tous les aspects que Philippe maîtrise parfaitement bien, tels que le respect de la législation, du temps de travail, tout le cadre légal qui régit l'assistanat, … Nous avons la chance au sein du RSL d'avoir un véritable expert, qui distille régulièrement cette législation complexe et qui la répercute au sein de l'ensemble du RSL. C'est à nouveau l'originalité du RSL, offrir un cadre où on tente de faire en sorte que tous ces aspects légaux soient respectés, que ce soit en termes d'exigences de formation, de plan de stage, du respect du temps de travail, ...

D. P. : Ça doit être bien utile pour les Maitres de stage.

Ph. R. : Le « statut » unique du médecin candidat spécialiste est une autre spécificité du RSL. En effet, les dispositions encadrant la formation clinique (rémunération, assurance, congés, …) s'appliquent à tous les médecins candidats spécialistes et ce quel que soit leur lieu de stage, pour autant que ce soit dans un hôpital membre du RSL. Ce statut permet d'offrir une certaine sécurité au candidat spécialiste, car il connaît les conditions, notamment matérielles, dans lesquelles se déroulera sa formation clinique.

Ce statut résulte, outre des dispositions légales, d'un consensus entre la Faculté de médecine et les hôpitaux accueillant des candidats spécialistes. Le consensus doit éviter la prise de décision unilatérale au profit d'une décision concertée tenant compte des réalités du terrain hospitalier tant universitaire que non-universitaire. Il s'agit de la sorte de ne pas mettre en difficulté les services accueillant des candidats spécialistes tout en garantissant à ces derniers une formation de qualité et une qualité de vie.

D. P. : La législation a beaucoup évolué ces dernières années donc ça me parait important que vous ayez développé cet aspect-là.

C. H. : Mr Rouard prend un grand soin à procurer l'encadrement des assistants au début de leur formation et à faire en sorte qu'ils reçoivent toutes les informations pertinentes concernant les assurances, le temps de travail, les grossesses, ... Il y a des séances d'informations d'une très grande qualité qui sont organisées de façon régulière, c'est un atout majeur et ça met nos assistants en confiance.

D. P. : Est-ce qu'il y a eu des évolutions importantes du Réseau Santé Louvain ces dernières années selon vous ?

C. H. : Ce qui est de plus en plus important c'est d'avoir un feedback via des enquêtes de satisfaction. On encourage tous nos assistants à nous faire des feedbacks de façon anonyme, car c'est pour nous une façon rigoureuse et objective de pouvoir apprécier objectivement la situation dans chaque endroit de stage. On n'a pas un taux de réponse de 100%, mais la volonté est là, et c'est aussi une originalité du RSL. Il y a aussi une plateforme d'écoute pour les difficultés ponctuelles. Les assistants savent qu'ils peuvent se retourner vers nous, exposer leur situation, et nous voyons dans quelle mesure le RSL peut tenter de débloquer une situation difficile, conflictuelle, car on sait que la vie dans les hôpitaux n'est pas toujours facile, mais on essaie d'œuvrer pour trouver des solutions consensuelles et qui s'accordent avec les divers intervenants.

Ph. R. : Dans l'évolution, je pense qu'on est passé d'un réseau qui à un moment se voulait très géopolitique, vers un réseau dont les préoccupations sont plus liées à la qualité de la formation et à la qualité des soins. De même, les préoccupations de la Commission formation se portent de façon plus proactive vers les aspects pédagogiques. L'assistant est replacé au centre du jeu comme étant un médecin certes, mais un médecin en formation dans l'hôpital. L'évaluation des services cliniques de stage mise en place depuis plusieurs années permet d'élaborer des indicateurs relatifs à la pédagogie et aux conditions de travail ; des indicateurs :

- qui sont communiqués aux services de stage ;
- qui nous permettent également d'élaborer des stratégies de communication sur des sujets précis vers les maîtres de stage et les candidats spécialistes ;
- qui nous fournissent des données factuelles sur lesquelles s'appuyer pour organiser les formations pédagogiques proposées aux maîtres de stage.

D. P. : À ce niveau-là, par exemple au niveau de l'évaluation des assistants, quelles sont les modalités pratiques d'évaluation ?

C. H. : C'est une des limites du RSL, nous offrons un cadre de formation, mais ce n'est pas nous qui délivrons cette formation au quotidien. Elle est apportée par les Maitres de stage et par la faculté. Pour notre part, on veille à ce que l'environnement soit optimal, mais ce n'est pas nous qui donnons les cours, ce n'est pas nous qui influençons le contenu des programmes. On fait en sorte que le cadre soit approprié. On aide les maitres de stage à différents niveaux, on les informe de l'évolution de la législation, on organise des séances de formation pour les aider à évaluer les assistants le plus objectivement possible, à gérer des situations conflictuelles ou délicates, … Mais on ne veut pas imposer notre point de vue, le RSL joue de rôle de facilitateur, mais nous ne faisons pas les programmes, nous n'imposons rien, mais on fait en sorte que tout se fasse de la façon la plus harmonieuse, en accord avec la loi et les exigences de la Faculté. La formation des assistants est de plus en plus structurée, avec des années de formation qui doivent être officiellement reconnues et validées par la Faculté, on exige des assistants de pouvoir démontrer qu'ils ont acquis une expertise dans certains domaines plus spécifiques comme l'evidence-based medicine, les aspects de consentement, la médecine factuelle, le raisonnement clinique... Tous ces aspects-là ne font pas toujours partie explicitement du cursus de formation et là le RSL peut intervenir et faire en sorte que des modules de formation soient disponibles pour que tous les assistants aient accès à ces exigences.

D. P. : Pouvez-vous préciser dans quelle mesure vous avez des projets de développement pédagogiques ou concernant la pratique clinique ?

C. H. : On aimerait bien que dans tous les hôpitaux du RSL, il y ait véritablement une mise en commun des outils pédagogiques, des guidelines. Pourquoi devrait-on traiter une certaine pathologie courante de façon différente dans des hôpitaux du réseau ? On devrait pouvoir se mettre d'accord sur des guidelines dans toutes les disciplines pour constituer une plateforme commune, mais ça, c'est très ambitieux, on n'y est pas encore parvenu. J'aimerais bien que cela se fasse, mais ça nécessite énormément de collaboration, il faudrait que la Faculté initie le projet dans toutes les disciplines et ensuite qu'on s'accorde sur des guidelines qui sont applicables dans tous les hôpitaux du réseau sans qu'il n'y ait de décalage. Ça serait une force considérable. Certaines disciplines se sont déjà engagées dans cette voie-là, mais il faudrait que ça se généralise.

D. P. : Ce que vous dites là me semble intéressant, mais je me posais comme question, pour les volets pédagogiques, comment est-ce que le raisonnement clinique, l'approche par compétences, sont enseignés à travers les stages ? C'est un courant pédagogique très important aujourd'hui.

C. H. : C'est quelque chose qui va surtout relever de la compétence de chacun des Présidents de Master. Nous, ce que nous offrons, c'est un cadre et un environnement de formation. On fait en sorte que les hôpitaux où les assistants sont affectés soient des hôpitaux de qualité où on respecte un certain nombre de principes communs. Mais ce n'est pas nous qui avons les ressources ou les compétences pour aller inculquer des connaissances... On crée un cadre et on essaie de faire en sorte que les Présidents de Master de chaque spécialité le valorise au maximum.

Ph. R. : Par contre, au travers des indicateurs issus des évaluations annuelles des services de stage, nous suscitons aussi des (remise en) questions, des réflexions au sein des services de stage - et dans le chef des superviseurs. La démarche n'a pas pour vocation à poser un jugement sur un service de stage et/ou sur le superviseur, mais bien d'aider ce dernier dans sa mission pédagogique au moyen d'informations sur le « ressenti » par les candidats spécialistes de la formation dans le service, sous sa supervision, tant dans les aspects pédagogiques que dans les conditions d'organisation du travail.

Un maître de stage est d'abord un médecin, il n'a pas été formé à la pédagogie. Il s'agit désormais de le sensibiliser à la démarche pédagogique et plus particulièrement à l'évaluation formative.

Celle-ci repose sur 3 étapes :

- la définition des objectifs de la formation, en l'occurrence du stage,
- une évaluation intermédiaire, au regard des objectifs définis, afin d'identifier éventuellement des points faibles et de proposer une stratégie pour les améliorer mais aussi d'identifier les points forts,
- une évaluation finale argumentée permettant au MAC-CS d'identifier clairement ses points forts et ses points faibles.

La conscientisation, pour le moment, passe par les indicateurs. Un rapport par spécialité sera produit et les résultats seront mis en miroir avec des éléments pédagogiques et des éléments législatifs (agrément, organisation du travail, …). Il s'agit ainsi d'attirer l'attention des superviseurs sur des points à améliorer ou des aspects à privilégier ; de leur faire prendre conscience de l'écart qui peut exister entre leur vision de l'apprentissage par compagnonnage et les attentes en termes de formation des médecins candidats spécialistes.

En outre, la législation en matière de critères généraux d'agrément du médecin spécialiste est « complexe » et il s'agit également de mener un travail pédagogique, d'information auprès des superviseurs afin qu'elle leur soit intelligible (d'approche facile).

D. P. : C'est pour ça aussi que je relève dans notre échange le fait que vous ayez une Commission formation au sein du Réseau, que la dimension pédagogique formative soit vraiment prise en compte et que vous en êtes soucieux aussi pour l'avenir, car c'est quand même un des parents pauvres des formations puisqu'on centre d'abord les efforts sur les aspects organisationnels, législatifs, de répartitions, etc…

Ma dernière question, parce que le temps passe vite… Quels sont les défis et les projets de développement pour le futur au niveau du Réseau ?

C. H. : Il y a plusieurs défis. Au niveau individuel, pendant leur assistanat, les assistants doivent de plus en plus intégrer l'importance du respect des obligations légales, notamment celles du carnet de stage qui sont de plus en plus strictes, et là, on doit les aider, ainsi que nos Maitres de stage. Il faut faire en sorte que, tout au long de sa formation, l'assistant et son Maitre de stage soient en parfaite harmonie avec les exigences légales en perpétuelle évolution. Avec la double cohorte, le nombre d'assistants va bondir de 1.000 à quasi 1.200, il va culminer dans les années qui viennent à près de 1.600, c'est donc un défi majeur de pouvoir les gérer, tout en garantissant la qualité, dans un environnement géopolitique hospitalier en pleine mutation. Quelle sera l'évolution du RSL alors que les hôpitaux vont être fusionnés dans des entités nouvelles ? Il va falloir continuer à promouvoir la valeur ajoutée de l'appartenance au RSL. Une autre de nos préoccupations, c'est que la médecine est en pleine mutation. Je crois qu'on ne soupçonne pas l'impact majeur de la digitalisation, de l'intelligence artificielle, … Tout ça va révolutionner l'art de guérir dans de multiples disciplines et il va falloir l'intégrer pour nos assistants, les préparer à un tsunami technologique dont on ne soupçonne pas encore les implications pour nos hôpitaux. Ça semble passionnant, mais c'est un petit peu anxiogène aussi.

D. P. : vous êtes bien placés pour saisir tous ces défis par votre spécialité et ce que vous avez fait.

Ph. R. : Je voudrais conclure en évoquant le grand défi de l'accréditation de la formation. Dans un contexte où, à terme, il faudra démontrer la qualité de la formation ou tout au moins des mesures mises en place pour tendre vers cette qualité, il s'agira de pouvoir démontrer qu'au travers des projets déjà en place et d'autres à développer, la qualité de la formation des futurs professionnels de la santé (et au-delà des soins apportés au patient) est une priorité pour l'UCL.

D. P. : L'accréditation est un enjeu majeur du futur, car comme vous le savez, à partir de 2023, les États-Unis n'accepteront plus de médecins qui ne sont pas issus de facultés accréditées par des institutions reconnues. C'est un sujet que nous travaillons beaucoup dans le cadre de la responsabilité sociale des Facultés de Médecine, l'importance de l'accréditation, de son impact, … Il s'agit de beaux défis, vous avez tout à fait raison.

Merci à vous deux pour vos réponses et commentaires qui illustrent la richesse de notre réseau hospitalier et la qualité de sa gestion.

181e et 182e promotions des médecins de l'UCL

Discours du Pr. Vincent Blondel, Recteur de l'Université catholique de Louvain

Monsieur le Vice-Recteur,

Monsieur le doyen,

Chers collègues,

Chers parents et amis,

Chères étudiantes, chers étudiants,

Très chers diplômés,

C'est pour moi, comme Recteur de l'UCL, mais aussi comme professeur et comme père de famille, une grande joie de participer à ces moments de fête que sont les cérémonies de proclamation de nos nouveaux diplômés.

Après des semaines, des mois et des années de stress et d'efforts, c'est un temps de reconnaissance, d'abord envers vous-mêmes qui avez mené à bien votre formation, mais également envers vos parents, vos familles, vos proches, vos collègues de faculté, vos professeurs et assistants, bref celles et ceux qui ont soutenu ce parcours, à travers ses joies et parfois aussi à travers ses peines.

En Faculté de médecine, cette fête se voile d'une ombre que je ne veux pas occulter. Vous avez porté, bien plus que d'autres, votre lot de peines et d'inquiétudes.

Votre parcours a été trop souvent menacé par des embûches politiques génératrices d'un climat d'incertitude pesant sur les conditions d'octroi des numéros INAMI.

Votre parcours a également été bouleversé par un basculement imposé aux universités : le passage de la durée des études de 7 à 6 ans, alors que vous entamiez votre cursus.

Cette situation inédite a fait l'objet, et continue à faire l'objet, d'une attention toute particulière de la part de l'UCL et de la part de la Faculté de médecine et de dentisterie. Avec votre Vice-Recteur de secteur, votre doyen et les équipes facultaires, de nombreuses réunions du Conseil rectoral ont abordé cette question pour en suivre l'état d'avancement.

L'UCL a mobilisé ses ressources et ses réseaux, se faisant le relais auprès de tous les acteurs concernés, responsables politiques et hôpitaux, en particulier ses deux cliniques universitaires et les hôpitaux du Réseau Santé Louvain, pour que chacun d'entre vous ait un maximum de chances de trouver une place de stage qui soit un juste reflet de ses aspirations.

C'est ainsi que l'université a pris la décision, il y a plus d'un an, de dégager des moyens financiers exceptionnels afin de créer le plus de places possibles. Cela n'a pas été sans mal, sans obstacles, sans doutes et parfois découragement. Ces efforts se sont maintenant concrétisés dans des résultats : je souhaite remercier celles et ceux qui ont accepté de relever cet énorme défi, les équipes du secteur des sciences de la santé et de la faculté, les directions des hôpitaux et les maîtres de stage.

Au-delà de cette difficulté, je ne ferai pas l'impasse non plus sur les déceptions que la diplomation ne peut dissimuler. Comme pour toutes les générations de médecins qui vous ont précédés, les études de médecine vous placent dans une situation tout à fait particulière : votre diplôme est, plus qu'ailleurs, un commencement et les portes qui s'ouvrent à vous aujourd'hui ne sont pas toujours celles auxquelles vous aviez pensé en entamant vos études. Pour l'attribution des places de stage, l'UCL a fait le choix de mettre en place une procédure aussi juste et objective que possible.

Sachez-le, nous sommes conscients des dépits qui vous tenaillent parfois. Nous sommes conscients des limites de nos actions. Nous nous efforçons, et ici plus encore qu'ailleurs, de vous soutenir sans relâche.

Malgré toutes ces réserves, chaque séance de diplomation est un moment d'émulation et de bonheur. Avec vous, notre communauté universitaire s'agrandit et nous en sommes fiers.

Aujourd'hui, je voudrais prendre du recul avec vous en retournant au cœur même de notre raison d'être. Car je suis convaincu qu'une formation universitaire, c'est aussi une vision généreuse et innovante pour le monde que nous avons le devoir d'habiter et d'humaniser.

Durant toutes vos années de formation, vous avez appris, éprouvé, vu et ressenti cette immense diversité : celle des provenances, des langues, des cultures, des histoires, des vies et des visages ; mais aussi celle des parcours acadé-

miques, des programmes, des organisations, bref, vous avez été au cœur de la complexité humaine.

À travers cette diversité et cette pluralité des apprentissages et des savoirs, vous avez tissé des réseaux, lié des amitiés et des contacts, participé à des dynamiques positives qui vous ont grandis humainement et qui feront évoluer durablement notre monde.

Au cœur même de notre projet de communauté universitaire, il y a la volonté de construire un monde plus fraternel. Une université doit être un lieu cosmopolite d'échanges où nous avons l'obligation morale de construire, de jeter des ponts, de favoriser les interactions, de créer des solidarités nouvelles.

Chères étudiantes, chers étudiants, nous ne sommes pas faits pour le cloisonnement car la nature même de l'intelligence et de la connaissance est d'être ouverte et communicative.

Restez des femmes et des hommes engagés, soucieux des besoins individuels et collectifs, soyez inclusifs et participatifs. Développez cette faculté d'empathie, par le biais de laquelle vous serez capables de reconnaître autrui, d'agir avec et pour lui, au gré des divergences et des convergences des opinions.

Gardez vif ce pouvoir d'écouter autant que de parler, de comprendre le point de vue de chaque interlocuteur, de tenir un discours rationnel, sans se laisser influencer par les préjugés.

Le serment que vous avez prononcé est magnifique. Inspiré du texte fondateur de la déontologie médicale d'Hippocrate, il a été adopté par l'Association médicale mondiale au sortir de la deuxième guerre mondiale, quelques mois avant la déclaration universelle des droits de l'homme.

C'est un texte fort. Relisez-le. C'est votre serment. La santé du patient est votre premier souci. Vos collègues sont vos frères et vos sœurs. Vous avez pris l'engagement solennel de consacrer votre vie au service de l'humanité.

Faites que le serment que vous avez prononcé ne soit pas vain. Je forme le vœu que vous puissiez infléchir le cours des choses, empêcher les fatalités, lutter contre les inégalités et favoriser l'émancipation.

Très chers diplômés, vous êtes désormais Louvain. Vous en portez les valeurs, l'esprit et aussi la responsabilité.

C'est avec joie que je vous propose de rester toujours des nôtres. Louvain ne vous oubliera pas. N'oubliez pas Louvain, votre Alma Mater.

Bon vent à toutes et tous.

181e et 182e promotions des médecins de l'UCL

Discours du Pr. Dominique Vanpee, Doyen de la Faculté de médecine et médecine dentaire

Monsieur le Recteur, Monsieur le Vice-Recteur, Mesdames, Messieurs, Cher·e·s collègues, Chers nouvelles et nouveaux diplômés, je peux dire maintenant cher·e·s nouvelles et nouveaux collègues.

Au nom de l'ensemble des membres de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'UCL, je vous adresse mes plus cordiales félicitations et mes vœux d'épanouissement personnel.

Ces félicitations, vous les méritez toutes et tous amplement, indépendamment de votre grade.

Vous êtes à présent médecins.

Certains d'entre vous vont désormais fouler le chemin difficile, mais ô combien excitant d'une spécialité en médecine générale ou hospitalière, ici ou à l'étranger. D'autres emprunteront un chemin identique l'an prochain. D'autres encore opteront pour une voie différente. Quelle que sera celle que vous choisirez demain, je vous la souhaite bienveillante, riche de belles rencontres, stimulante à souhait et surtout passionnante.

Votre présence ici aujourd'hui est le résultat de votre travail. Elle est aussi le fruit de l'intervention d'autres personnes, qui méritent votre reconnaissance. Je pense d'abord à vos parents, à vos familles, à vos proches, à tous ceux qui ont rendu vos études possibles. Pour eux également, le chemin a été long et certainement semé d'embuches. Vous devez leur en être reconnaissant·e, et je tiens à les remercier d'avoir confié leurs enfants à notre Faculté.

Certains d'entre vous ont entamé leur parcours dans une autre institution, je pense en particulier aux facultés de médecine de Namur et de Mons. Je veux associer à mon discours les collègues et les membres de ces universités pour la part importante qu'ils ont prise à votre formation.

Votre réussite, vous la devez avant tout à vous-même, à ces efforts constants de tous les jours. Vos professeurs, le personnel scientifique, le personnel administratif et les assistants ont été là pour vous écouter, vous diriger, vous orienter et stimuler vos apprentissages. Qu'ils et elles en soient chaleureusement remerciés, encore plus cette année avec la gestion - ô combien complexe - de la « double cohorte ».

Merci aussi aux enseignantes et enseignants cliniciens des deux hôpitaux universitaires de l'UCL, aux maitres de stage hospitalier et en médecine générale du Réseau Santé Louvain pour leur encadrement clinique. Ce sont eux aussi qui vous ont donné le goût de votre belle vocation.

Au fur et à mesure de votre formation, la part de l'enseignement théorique est devenue progressivement plus ténue, pour laisser place à un apprentissage au contact du patient. Ce patient, ce malade, a besoin d'un médecin disponible et humain. J'espère que l'enseignement que vous avez reçu dans nos murs vous permettra d'être tout particulièrement conscient de cet aspect important de votre futur métier. N'oubliez jamais que ce patient, ce malade, doit être au centre de vos préoccupations.

Jacques Bossuet disait que « les vraies études sont celles qui apprennent les choses utiles à la vie humaine ».

La médecine c'est, comme vous le savez, une science et un art, celui de prendre soin du malade. C'est ce que nous nous efforçons de vous enseigner. On ne vous enseigne malheureusement pas assez - voire pas du tout - l'art de prendre soin de vous. C'est pourtant essentiel.

Vous êtes un homme ou une femme avec ses forces et ses faiblesses, son vécu et ses émotions. On attendra de vous d'être irréprochables, même quand parfois, votre corps ou votre tête, peut-être les deux, s'y opposeront. Aussi, si un jour vous vous trouvez en difficulté personnelle, n'hésitez pas à vous faire aider. Dans ce cadre, je voudrais souligner l'initiative du Conseil national de l'Ordre des médecins qui a mis en place une plateforme spécifique d'aide aux médecins et qui s'adresse aussi aux médecins en formation que vous serez déjà dans quelques semaines.

Aujourd'hui est un jour de fête pour vous, vos parents et pour la Faculté. Ce n'est ni le lieu, ni le moment de vous rappeler les moult difficultés qui ont jalonné cette année si particulière.

Il serait cependant intellectuellement malhonnête de ma part de les passer sous silence.

Nous aurions voulu vous offrir un parcours sans doute, sans crainte pour votre avenir, un parcours sans compétition exacerbée, au cours duquel seuls auraient compté la richesse des matières étudiées, la qualité de vos professeurs, le renforcement de vos compétences.

Ce parcours idéal, si nous n'avons pas pu vous l'offrir, c'est parce que tant d'éléments extérieurs s'y sont opposé. Vous les connaissez mieux que moi. Ils tiennent aussi en un nombre : 1.031 étudiants… et en deux mots : double cohorte.

Pourtant, et bien avant l'entame de votre année académique, les autorités facultaires, sectorielles, le Centre Académique de Médecine Générale, la Commission des Master de spécialisation, les présidents des Masters de spécialisation et leur administration, ainsi que les maitres de stage hospitaliers et de médecine générale du Réseau Santé Louvain ont travaillé d'arrache-pied, et dans la plus étroite collaboration, afin de vous offrir à toutes et tous un maximum de places de formation afin de répondre au mieux à vos attentes. Ceci sous la coordination d'un Comité de pilotage, dont je remercie ici tous les membres qui se reconnaitront, avec un merci spécial à Mesdames Gaëlle Fransman, chargée de mission, et Virginie Odeurs, juriste au Service d'études de l'UCL.

Le Conseil rectoral et tout particulièrement notre Recteur, le professeur Vincent Blondel et nos Vice-Recteurs du Secteur des Sciences de la Santé, les professeurs Jacques Melin et Frédéric Houssiau, se sont personnellement engagés dans ce dossier et ce depuis plusieurs années.

L'UCL est la seule université en Communauté française, dont le Conseil d'administration a accepté de dégager des moyens financiers importants qui ont permis d'accroitre, de façon substantielle, les places de formation au sein des hôpitaux du Réseau et pour la médecine générale. Nous avons, avec les efforts de tous, quasiment doublé notre capacité de formation globale pour les masters de spécialisation aujourd'hui, sans avoir encore aucun appui financier ni de la Communauté française ni du fédéral.

Nous voir réunis ensemble aujourd'hui est la preuve évidente que vous êtes venu·e·s à bout de ce parcours semé d'embuches, malgré les flous politico-artistiques, malgré la concurrence, malgré les incertitudes. Vous êtes là. Et vous pouvez être particulièrement fier·e·s de vous-même, fier·e·s de vos collègues aussi. Parce que, contre vents et tempêtes, vous avez gardé un esprit de collaboration et d'amitié entre vous. Et cela n'a pas de prix.

Vous avez fait votre formation en 7 ans[1], cet après- midi nous proclamerons les étudiantes et étudiants de la première cohorte en 6 ans. En plus d'avoir dû gérer comme vous les difficultés et incertitudes liées à la double cohorte, ils ont dû faire face à des profondes modifications de programme. Enseigner et apprendre la médecine en 6 ans à la place de 7 ans est un challenge à la fois pour les étudiants et les enseignants.

Je fais aujourd'hui le pari que, dans cette salle, se trouvent vos amis pour la vie, ceux qui seront là à chaque jalon que vous poserez, à chaque grand moment que vous vivrez, comme autant de témoins de vos succès et de tout le reste.

Si aujourd'hui c'est vous que l'on fête, c'est aussi grâce au formidable travail de Madame Virginie Abrial, qui, sous la coordination du professeur Françoise Smets et avec la collaboration de l'ensemble du Comité organisateur et des collègues de l'administration, a préparé chacune des nombreuses étapes qui ont permis de faire de cette journée un souvenir mémorable pour vous tous. Je vous demande de les applaudir.

Pour terminer, c'est surtout vers vous que je me tourne, Cher·e·s nouvelles consoeurs et nouveaux confrères, pour vous formuler les voeux d'un bonheur très réel.

J'espère que la fin de cette étape de formation est le début de belles aventures professionnelles, familiales et privées pour chacun d'entre vous.

[1] Texte prononcé pour les étudiants de M7. Voici ce qui a été dit l'après-midi pour les étudiants de R6 : *« Vous avez fait votre formation en 6 ans, ce matin nous avons proclamé les étudiantes et étudiants de la dernière cohorte en 7 ans. En plus d'avoir dû gérer comme eux les difficultés et incertitudes liées à la double cohorte, vous avez dû faire face à des profondes modifications de programme. Enseigner et apprendre la médecine en 6 ans à la place de 7 ans est un challenge à la fois pour les étudiants et les enseignants. »*

181e promotion des médecins de l'UCL

Discours des délégués

Lourde est la tâche de coucher sur le papier tant d'années de souvenirs, d'éclats de rire et de larmes. Pour nous aider quelque peu, nous avons choisi de nous inspirer du chiffre sept… Sept, autant donc que le nombre d'années du cursus, que de jours dans la semaine, que de péchés capitaux… Sept, un nombre définitivement biblique s'il en est. Alors qu'il n'a fallu que sept jours à Dieu pour créer le monde, il a fallu près de sept années à l'UCL pour voir s'élever la luxuriante forêt de ficus en toge qui commence à prendre racine dans cette salle Henry Leboeuf.

Laissez-vous donc transporter avec nous pour une rapide épopée en 7 étapes.

Au commencement, il y eut le bac. Certains dans la campagne wallonne, d'autres dans le béton bruxellois. Mais pour tous, un premier jour, noyé(e) dans une marée informe de nombreux corps, dont une partie fera malheureusement naufrage quelques mois plus tard. À peine embarqués, nous faisions cap vers un sacerdoce dont nous ne faisions à l'époque qu'entrevoir les implications.

Avec quelques compagnons de galère, nous étions aussitôt précipités dans les salles de TP lugubres. Combien de microlitres avons-nous dû pipeter, combien d'arbres ont alors été sacrifiés sur l'autel de la physique, combien d'artefacts avons-nous qualifiés avec certitude de macrophages, avant d'enfin voir s'ouvrir les portes de la salle de dissection. Tout néophyte que nous étions, nous rejoignîmes, privilégiés, le club très sélect des disciples de Vésale.

Ce fut aussi l'époque de nos premiers amours, de nos premières déconvenues, et de nos premiers blocus. Chers Parents, vous avez alors pu découvrir sous votre toit une espèce nouvelle : l'Homo Estudientis. Au rythme circadien difficilement caractérisable, il vit reclus dans sa tanière jonchée de classeurs éventrés, de centaines de fluos siphonnés jusqu'à la moelle et de cadavres caféinés. L'air y est souvent irrespirable, saturant vos bulbes olfactifs d'un doux parfum de nervosité et de sueur cérébrale. Dans certains moments sombres, l'idée de l'abandonner sur le chemin de l'aéroport ou dans un foyer de la SPA vous a effleuré plus d'une fois l'esprit. Néanmoins, rattrapés par vos scrupules parentaux, en silence vous portiez votre croix dans un soutien indéfectible, probablement dans l'espoir de jours meilleurs.

Plus que le savoir accumulé, ces premières années nous pétrirent d'une rigueur nouvelle et préfigurèrent déjà les affres du travail acharné.

Il y eut des blocus, il y eut des examens. Première étape.

Forts de nos récents apprentissages théoriques – parfois trop – nous abordâmes ensuite avec entrain l'étude de la pathologie. Nos professeurs nous ouvrirent alors les portes du monde onirique de la sémiologie. Nous progressions dans des contrées inexplorées à l'affut des bruits métalliques d'occlusion, des cris de mouettes ou encore des crépitements de pas dans la neige. Par ailleurs, frappé par une épidémie effroyable d'hypochondriatite aigue, l'auditoire vit les Autorités Sanitaires s'affoler suite à la forte augmentation de suspicion de sarcoïdoses, de Churg-Strauss et surtout de Lupus.

Sur un plan plus personnel, ce fut également l'heure de notre premier engagement. Qui ne se souvient pas de la campagnarde namuroise épousant définitivement son Roméo Bruxellois avec la bénédiction d'un prêtre montois. La nuit de noces fut consommée plus d'une fois à la mer, et l'union célébrée par une semaine d'anthologie. Loin du faste des revues que la belle avait connues auparavant, le couple convia néanmoins ses sujets à un cabaret dont nous chantons encore les louanges.

Il y eut un mariage, il y eut un Master. Deuxième étape.

Pour parfaire la création, la faculté prit le soin de nous octroyer quelques moments de répit. Chacun put y trouver son compte. Alors que certains avaient soif de connaissances, d'autres avaient soif... soif de sport, de musique ou plus simplement d'une autre ouverture. Qui n'a pas entonné la Brabançonne en clôture de Mémé, qui n'a pas dépensé quelques deniers pour faire rougir une charmante jeune fille au Courant d'Air (ou un charmant jeune homme pour s'éviter les véhémences des plus féministes d'entre nous), qui n'a pas perdu quelques orteils congelés sur les terrains de Beach Volley du MED IN ?

Que tu aies été membre d'un KAP, membre d'un Cercle, membre de l'AGW ou encore de toute autre organisation étudiante, tu peux être fier d'avoir fait fleurir des activités que d'autres nous envient sur cette dalle de béton qu'est notre campus.

À l'aube d'une vie professionnelle bien chargée, ne renions pas les vicissitudes de nos divers parcours extra-académiques. Et même si nos derniers rassemblements scouts nous paraissent aujourd'hui loin, même si nos lendemains de veille à végéter dans un commu ravagé semblent peu à peu s'évanouir tel un mirage, malgré une recrudescence de l'activité ces dernières semaines, ce n'est pas une raison pour nous laisser gagner par la nostalgie. Au contraire, mettons notre indépendance fraichement acquise au service de notre épanouissement personnel à venir.

Il y eut la guindaille, il y eut le folklore. Troisième étape.

Deux janvier deux mille dix-sept, Jour-J. Nous en avions tant rêvé quand nous nous démenions parmi les méandres des 1001 pages de neurologie. C'est donc la voix tremblante que nous annoncions notre entrée fracassante dans le monde professionnel : « Bonjour, je suis le stagiaire ». Cette phrase cent fois répétée, sésame parmi les sésames, nous ouvrait toutes les portes de l'hôpital : dont l'accès à une blouse délavée – moyennant rançon d'un million d'euro – ou aux codes informatiques dignes des hackers d'anonymous, cela sans parler des litres de café soluble au goût plus que douteux, s'apparentant à celui du meilleur traitement du fécalome. Par cette phrase candide, nous scellions également notre destin de plante verte, pauvre ficus repiqué par le maître de stage sur son tabouret de consultation. Nous eûmes aussi l'immense privilège d'expérimenter une nouvelle méthode de permaculture par APDP, entendons Activités Professionnelles Déléguables à la Plante. As du camouflage, nous étions aussi passés maitres dans l'art du « oui oui, j'entends bien le souffle systolique au foyer aortique, degré 3/6 ».

Trêve de plaisanterie, car ce n'est pas en rédigeant huit milliard sept cent quatre-vingt-sept millions trois cent vingt-et-un mille et une lettres de sorties que nous avons développé notre sens clinique et notre humanité. Chaque patient, par le partage de son vécu et de sa souffrance, a façonné les soignants en devenir que nous étions. Puissent-ils tous être remerciés par ces quelques mots. Notre vocation se nourrissant quotidiennement de chacune de ces rencontres.

Quel qu'ait été notre parcours aux quatre coins de la Belgique et d'ailleurs, au cours de ces quelques mois, au gré des expériences multiples le petit ficus que nous avons été a bien grandi et est aujourd'hui capable de porter ses fruits.

Il y eut des maîtres, il y eut des patients. Quatrième étape.

Allez Médecine ! Allez Médecine !

Combien de fois ne nous sommes-nous pas époumonés sous les fenêtres de la Ministre de la Santé pour défendre les intérêts de la double cohorte. À vaincre sans péril, on triomphe sans gloire. Mais pour le coup, notre formation a sérieusement été mise en péril et le triomphe garde un goût amer pour certains. Nous y voilà, c'est donc le moment de faire preuve d'honnêteté intellectuelle : nous avons toutes et tous subi cette situation, frappés par l'incertitude générant un fort sentiment d'insécurité.

Les conséquences de notre immense promotion se sont fait sentir à différents niveaux : que deviendra d'ailleurs Denis sans le nombre incalculable de retransmission Houston - Appolo 11 ? Nos innombrables grilles de QCM seront-elles léguées à une maison de retraite pour le tournoi de Bingo du dimanche après-midi ? Qu'adviendra-t-il de nos confrères de R6, confrontés à un monde médical méfiant, à tort, face à leur nouveau cursus. L'objet de ce discours n'est pas d'attiser notre frustration et nous nous doutons que personne, absolument personne, ne s'est réjoui de cette situation. Cependant, nous n'oublierons pas les difficultés passées et présentes et nous espérons que la faculté continuera à prendre ses responsabilités pour remplir la mission pédagogique qui lui incombe.

En tant que délégués, nous avons eu le privilège d'avoir accès à certaines coulisses : On a bien souvent aussi tenu le rôle d'avocat du «diable», le diable étant tantôt du côté des étudiants tantôt du côté des officiels. Ce rôle nous a permis de nous rendre compte qu'énormément de personnes ont donnés de leur temps à notre cause autant parmi les étudiants que parmi les officiels ou le gouvernement. L'unité dont les étudiants ont fait preuve au long de cette année nous a marqué et mérite d'être soulignée. Cette place de délégué nous a ainsi montré qu'on avait tous pour ambition d'aller dans le même sens, avec parfois plus ou moins d'adresse, mais toujours le même bu : arriver à ce jour où nous sommes tous, sans exception, proclamés médecins !

Il y eut, et il reste, de l'incertitude, il y a des compromis. Cinquième étape.

Toutes ces concertations, tous ces compromis ont vu s'impliquer un nombre important de personnes. Nous avons donc tout autant de personnes à remercier aujourd'hui d'avoir œuvré afin de permettre, ce jour, la proclamation des tous derniers, et non des moindres, étudiants de Master 4 Médecine de l'UCL.

Nous souhaiterions remercier tout d'abord nos professeurs et enseignants pour leurs cours enrichissants, du 1er Bac jusqu'au 4e Master.

Nous remercions les Jurys et leurs présidents successifs, pour leur implication dans le bon déroulement de nos études. Nous remercions la Faculté pour l'encadrement pédagogique, le personnel des secrétariats de la faculté, des cliniques ou encore des stages ainsi que le CAMG, pour leur travail de l'ombre tellement nécessaire, encore plus ces dernières semaines afin de rendre cette proclamation grandiose et inoubliable.

Nous remercions nos maîtres de stages et le Réseau Santé Louvain pour leur accueil et leur encadrement durant ces derniers mois.

Nous remercions également toutes les personnes qui ont agi de près ou de loin pour l'accomplissement de nos études, nous pensons ainsi à nos appariteurs, aux services de gardiennage, aux organismes étudiants et à tant d'autres qu'il est impossible de tous les citer aujourd'hui.

Nous remercions tout particulièrement nos familles, parents, proches et amis, pour leur soutien sans faille durant ces nombreuses années.

Enfin, en tant que délégués, nous tenons à vous remercier, vous tous, chers étudiants, pour vos milliers de messages redondants, vos questions douteuses ou vos réclamations suppliantes, mais surtout pour votre bonne humeur à chacun des événements que nous avons eu la chance d'organiser. On a évidemment eu du plaisir à partager ces moments avec vous, sinon nous ne serions pas là aujourd'hui !

Il y eut des louanges, il y eut des applaudissements. Sixième étape.

Et le septième jour, Il se reposa... et il put pour la première fois depuis longtemps faire une grasse mat sans se soucier du lendemain, la satisfaction du travail accompli.

Nous allons en effet avoir 3 mois pour nous reposer, voyager, découvrir, réapprendre à se faire plaisir, à s'écouter, revoir des amis perdus de vue, ou encore recommencer à sculpter son corps d'athlète pour l'été. Alors profitons, profitons de cette journée et de ces vacances en les considérant comme une fin à de longues études, mais surtout profitons-en en tant que nouveau départ d'une aventure encore plus merveilleuse. Dès lors, après vous avoir tenu par la main pendant 2, 3, 4, 5 ou 6 ans en tant que délégués, à raison de 3467 mails (le compteur officiel de la faculté en attestera) et autant de rappels Facebook, voici nos quelques derniers conseils (que vous suivrez ou pas, comme d'habitude!)

Nous sommes dès à présent médecin. En tant que médecin, nous allons donc prendre soin de nos patients, les guérir, les accompagner, écouter leurs maux, même les non-médicaux. Mais pour tout cela, nous devons avant tout et d'abord prendre soin de nous, afin de rester un médecin disponible et empathique. Car oui, nous sommes médecins, mais nous sommes aussi humains, des personnes qui ont besoin de s'épanouir sur tous les plans. Alors que votre péché mignon soit de passer une journée au lit avec votre moitié, votre chat ou devant une série, de courir 2 marathons la même journée voire toute autre lubie, faites-le. Faites-le, d'une part pour soigner vos patients par la suite, mais faites-le surtout pour vous. Passez du temps avec votre famille, vos proches et vos futurs (ou déjà) petits bouts et n'oubliez pas de partager également ce temps avec vos nombreux nouveaux confrères et consœurs rencontrés au cours de votre cursus. Ils seront souvent d'une écoute et d'une aide précieuses, eux qui seront sur le même chemin que vous, avec ses hauts, ses bas et ses tournants.

Il ne nous reste dès lors plus qu'à vous souhaiter, de tout cœur, tout le meilleur pour les années à venir et surtout d'être heureux dans votre vie, peu importe les défis qui se présenteront encore à vous. Pour nous, une autre histoire se termine également aujourd'hui et nous vous remercions tous, une dernière fois, de nous avoir fait confiance durant ces années.

Colson Arthur
Delfosse Antoine
Fathallah Younes
Goubert Thomas
Quiévreux Delphine
Van Vyve François-Xavier

181e promotion des médecins de l'UCL

181e promotion des médecins de l'UCL

182e promotion des médecins de l'UCL

Discours des délégués

Chers confrères, chers amis,

En l'espace de quelques instants, arrêtons le temps. Figé, il offre l'occasion, à la manière d'un amoureux de l'art, de s'asseoir dans le silence pour admirer un tableau et imaginer son histoire.

D'abord, le peintre a choisi sa toile : immense, elle était tellement grande, qu'une fois installé, il fut vite désemparé, faute d'inspiration. Qu'importe, il se lance dans un croquis. D'abord d'un trait grossier, comme s'il découvrait la peinture, des couleurs vives ici, puis des tons nouveaux inspirés par ses rencontres. Ensuite, son trait s'affine, car son chemin se précise. Par-là, des couleurs plus sombres, lorsqu'il est contrarié. Et déjà, les années passent, son labeur n'en finit pas. Il perd patience. Il hésite, il rature et parfois recommence. Puis il se demande s'il finira un jour, et peut-être même a-t-il pensé tout abandonner. Mais le désir de voir cette toile peinte triomphe. Jour et nuit, il dessine, déterminé plus que jamais. Il s'applique, c'est son dernier trait. Sur son front, des tâches de peinture, et une odeur de sueur. Il recule et admire son tableau, qu'il a mis 6 ans à peindre. C'est alors que les gens lui demanderont « pourquoi cette toile, et que signifie-t-elle » ?

Il y a 6 ans, nous entreprenions l'incroyable aventure de devenir médecin. Il y a 6 ans, une montagne était à franchir. A présent, nous y sommes arrivés. Alors bienvenue, chers médecins issus de la 182ème promotion de l'UCL ! En ce jour symbolique, nous vous invitons à rechercher au fond de vous les forces et les rêves qui vous ont mené jusqu'ici, aussi nombreux et variés que toutes les personnes présentes, tels que la volonté de percer les secrets du corps humain et d'aider ou soulager, une envie de se comprendre et de comprendre l'autre...

Comme celui du peintre, ce chemin n'a pas été sans embûches, mais c'est cette flamme en chacun de nous, cet esprit de combat face à la difficulté, et surtout ces rêves, qui nous ont empêché de baisser les bras. Alors, fermez les yeux, et concentrez-vous fort sur ces raisons sécrètes, ces passions, cette imagination qui vous ont donné du courage à travers ces années, et qui continueront à vous accompagner lors de votre carrière future.

Regardez autour de vous, nous sommes compagnons et continuerons de l'être. Petit à petit ou à grands pas, des liens se sont créés. En auditoire ou en mémé, au week-end, au cabaret, en stages ou par hasard. Des amitiés sont nées, des éclats de rire ont fusé, et une confiance s'est installée. Celle ou celui à côté de qui nous étions assis hier, est aujourd'hui devenu un de nos plus proches amis. Les coudes serrés, partant sur le champ de bataille avec un crayon et puis un stéthoscope, une entraide s'est vite installée. Nous chérissons cette atmosphère d'amitié qui a toujours régné dans l'auditoire, et nous nous souviendrons pour toujours, comme vous, des différents visages et si belles personnalités qui colorent cette salle.

Ensemble, nous avons appris énormément. Des choses qu'on ne dit pas, mais que l'on vit, des choses souvent mises de côté par manque de temps, mais pourtant essentielles, pour aujourd'hui et pour demain, pour la vie et pour être médecin. Il ne suffit pas de vouloir être brillant, d'être parfait ou de vouloir être le meilleur pour se sentir important. Mais peut-être suffisait-il juste en réalité, de se rencontrer et de passer ces 6 années ensemble.

On a et on aura tous tant de choses à faire, alors attardons nous sur ce qui compte vraiment. Notre esprit sera peut-être rassasié, mais notre cœur n'aura jamais trop de passions à partager ni trop d'amour à offrir.

Lorsque ce soir nous célébrerons, en famille ou entre amis, cette grande réussite, n'oublions pas la chance que nous avons. Prenons le temps d'être reconnaissants envers toutes ces personnes qui nous ont accompagnés. Parents, frères, sœurs, famille, amis, conjoints, ces personnes que nous n'avons jamais voulu décevoir, et qui nous ont donné la force de persévérer. Ces différents amours qui donnent un sens à notre vie, ne les négligeons pas.

N'oublions pas nos maîtres, dont la générosité a nourri notre curiosité, ces professeurs qui nous ont partagé leurs connaissances, et engageons-nous chaque jour à faire de notre mieux, en redistribuant à notre tour le bien que nous avons reçu.

Maintenant, le temps va reprendre son cours et nous prendrons une route qui nous mènera à travers les plus beaux paysages, mais une route avec ses pierres elle aussi. William Ward nous dirait que les pierres, nous pouvons les jeter, nous plaindre d'elles, trébucher dessus, les escalader, ou nous pouvons les utiliser pour construire. Un monde est à construire, et ce monde sera le reflet du regard que nous lui portons. Que ce regard soit nourri par les valeurs que nous avons apprises ensemble : honnêteté, humilité, courage, amour, persévérance, humanité. Quand ces forces se conjuguent, quand les pas des Hommes s'unissent, ils ont le pouvoir de rendre le sourire aux visages qui l'avaient perdu, car des mots attentionnés éclairent autant que la lumière. Faisons-nous la promesse que nous trouverons toujours parmi nous, une main tendue.

La vie est courte, mais la vie est belle, et c'est là le message essentiel. Offrons au monde l'occasion de s'en apercevoir : c'est en étant humain que nous nous accomplirons, et c'est en restant humain, que nous pérenniserons l'humanité. Alors épanouissons-nous, soyons heureux dans tout ce que nous entreprendrons, rêvons, car les rêves sont la source de nos passions, et puissions-nous chacun trouver un chemin de bonheur.

Au plaisir de croiser nos routes, et n'oublions pas : la vie est belle !

Vos délégués,
Alexia, Rhita, Clara, Anaïs et Donovan

182e promotion des médecins de l'UCL

182e promotion des médecins de l'UCL

Prix de l'Association des Médecins Alumni - Louvain Médical 2018

Lauréat : **Lilas Al Zein**

Article original :

Maladie de Clarkson : un syndrome rare d'hyperperméabilité capillaire

Lilas Al Zein, Cécile Yelnik, Juliette Woessner, Angélique Lemaire-Olivier, Marc Lambert, Pierre-Yves Hatron

Lauréat : **Salomé Dupriez**

Article original :

Prédisposition héréditaire aux hémopathies malignes

Salomé Dupriez, Augustin Ferrant, Marie-Christiane Vekemans, Bénédicte Brichard, Lucienne Michaux, Thierry Connerotte, Eric Van Den Neste, Christiane Vermylen, Laurent Knoops, Carlos Graux, Francois P Duhoux, Catherine Lambert, Xavier Poiré, Hélène Antoine-Poirel

Louvain Med 2018; 137 (4): 166-173 - https://www.louvainmedical.be/revue/avril-2018

Jean-Claude Debongnie

L'histoire de la chirurgie - Du silex à nos jours
PIERRE-LOUIS CHOUKROUN
Editions du Dauphin 2018, 224p.
3ème et nouvelle édition augmentée

Cet agréable petit livre d'histoire est un gros succès puisqu'il en est à sa troisième édition et a reçu le prix Littré (lui-même médecin) en 2013. Comme le titre l'indique, il retrace l'histoire de la chirurgie du silex – on a retrouvé des dents préhistoriques avec des cavités dentaires de 1 mm, taillées avec du silex, ancêtre des fraises de dentiste – à nos jours, avec quelques pages sur la chirurgie de demain (bistouris intelligents – réalité augmentée – prothèses bioniques, etc…

La première partie est chronologique et relate successivement, entre autres: le traitement de la cataracte en Inde 2.500 avant Jésus-Christ – l'apport d'Hippocrate en traumatologie – le silence chirurgical au moyen-âge («ecclesia abhorret ad sanguine» – l'église a horreur du sang) – l'intégration du barbier-chirurgien au corps médical par Louis XIV qui intégrera ainsi la chirurgie au cursus médical universitaire – la créativité de Larrey, chirurgien des armées de Napoléon, décrivant le tétanos, amputant en moins d'une minute - et ainsi de suite jusqu'aux transplantations et à la cœlioscopie – l'invention de l'asepsie par Lister au 19ème siècle qui lui facilitera l'appendicectomie d'Edward VII, juste avant son intronisation.

La deuxième partie traite des différentes spécialités comme l'ophtalmologie (avec la première greffe de cornée en 1905 et l'histoire de la chirurgie de la cataracte), l'urologie (avec Civiale réalisant la lithotritie des calculs de la vessie… et la réputation de l'hôpital Hecker dans les maladies urinaires), l'orthopédie («L'orthopédie ou l'art de prévenir et corriger les difformités du corps chez les enfants» NA de Boiregard 1741) et d'autres encore.

La dernière partie traite de la chirurgie du 21ème siècle.

Outre la chirurgie, et c'est inévitable, l'ouvrage inclut les sciences annexes: l'anatomie – l'histologie – l'imagerie – l'infectiologie. Chaque page contient au moins une image : dessin – photographie comme un bas-relief montrant la manœuvre d'Hippocrate pour la réduction des luxations de l'épaule – une planche anatomique de Vésale – la première intervention sous anesthésie générale à Boston en 1846. De nombreuses vignettes bibliographiques sont présentes. L'histoire est pimentée de nombreuses anecdotes… et d'humour (l'origine des gants chirurgicaux, une histoire d'amour).

Bref, ce livre se lit comme un roman et est compréhensible par le grand public.

LA MÉDECINE AUX CONFINS DE LA SCIENCE ET DE L'ART

Carl Vanwelde

«Le reflet de lune
qui habite l'eau
au creux d'une main
réel ? irréel ?
j'ai été cela au monde.»
Ki no Tsurayuki (dernier poème)

Le dernier patient raccompagné, la salle d'attente vide demeure un long moment habitée, colorée, diverse, multilingue, multi générationnelle, amicale. J'affectionne la modestie et la vulnérabilité extrêmes de ces habitants du monde, si semblables et si différents, aux attentes similaires : une école pour leurs enfants, un logement décent, échapper à la grande souffrance et à la dépendance, un travail qui les mette à l'abri de la misère, vivre en famille. M'interpelle aussi l'absence de commentaires déplacés, de querelles vaines ou d'impatience inutile, comme si les raisons communes de consulter, la conviction d'être considérés, l'espoir d'être soulagés les rendaient solidaires les uns des autres. L'image du frère Luc, de la communauté martyre de Tibhirine, dont l'infirmerie paraissait offrir un dernier rempart contre la violence et l'inhumanité m'habite dans ces moment-là. Leur fragilité est la mienne, nous partageons de similaires moments de découragement et de doute, mais notre aventure commune mérite d'être vécue. On navigue tous sur un radeau solidaire.