

## TRAITEMENT INSTRUMENTAL DE L'OBESITE

Dr Eric BISMUTH, Luc DARRIULAT

L'obésité est devenue un problème majeur de santé publique dans la plupart des pays industrialisés. Nombreuses pathologies (ou "**co-morbidités**") lui sont fréquemment associée (vasculaires, respiratoires, ostéo-articulaires et métaboliques) et diminuent l'espérance de vie de ces patients.

Les traitements médico-diététiques ont fait la preuve d'une efficacité certaine mais inconstante et sont grevés d'un taux de rechutes élevé. Une prise en charge pluridisciplinaire intégrant **nutritionniste**, **psychiatre**, **endocrinologue** et **chirurgien** est souvent nécessaire afin d'établir des stratégies thérapeutiques et les modalités du suivi de ces patients.

Les traitements instrumentaux sont **réservés aux échecs des traitements classiques** et aux cas d'obésité très sévère. Deux techniques connaissent un large engouement en Europe : le cerclage gastrique ajustable et le ballon intra-gastrique.

### 1. L'ANNEAU PERI-GASTRIQUE

#### 1.1. Technique

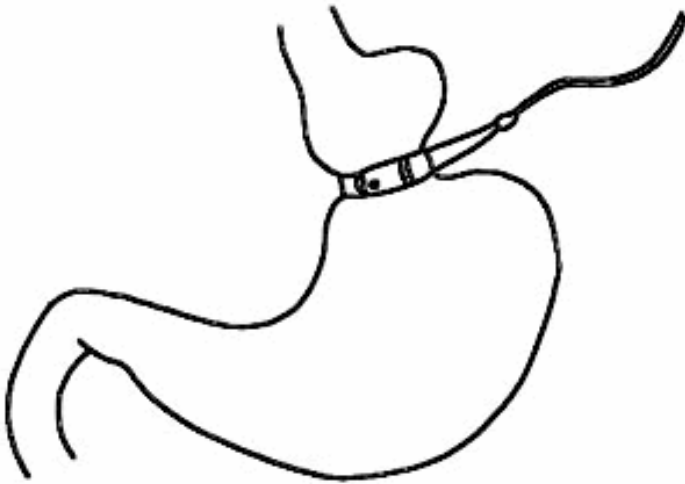
La mise en place d'un anneau péri-gastrique avait déjà fait la preuve de son efficacité par laparotomie dans le cadre des gastroplasties.

La **voie coelioscopique** a considérablement amélioré le confort péri et post-opératoire, permettant un lever précoce et une durée d'hospitalisation de 4 jours en moyenne. Sa morbidité est faible car elle ne requiert ni ouverture du tube digestif, ni anastomose et réalise (théoriquement) un montage réversible.

Il s'agit de la mise en place d'un anneau péri-gastrique gonflable. Cet anneau est relié à un site implantable placé sous la peau de l'abdomen. L'anneau est ajustable et permet d'adapter le volume gastrique aux contraintes diététiques.



La complication la plus fréquente est le glissement de l'anneau avec dilatation du compartiment d'amont. On l'observe moins fréquemment depuis que l'anneau est placé haut mais existent encore (5 %), notamment lorsque persistent de mauvaises habitudes alimentaires. Cette notion justifie la poursuite d'une prise en charge diététique étroite et prolongée au décours de l'intervention.



**Fig.2 : Schéma et radiographie représentant le positionnement d'un anneau péri gastrique**

## 1.2. Indications de la gastroplastie

L'engouement actuel pour la **gastroplastie** par voie coelioscopique ne doit pas modifier ses indications reconnues. Elles ont été très clairement définies, en 1991, à l'occasion d'une réunion de consensus.

1. L'obésité doit être **morbide**  
Indice de Masse Corporelle (IMC) supérieur à 40 kg /m<sup>2</sup> ou très sévère (IMC>35 kg /m<sup>2</sup> mais associé à des facteurs de co-morbidités sévères.
2. L'âge du patient doit être compris entre **18 et 60 ans**.
3. Le patient doit être en **situation d'échec vis-à-vis du traitement médical**.
4. Le patient doit être coopérant, **motivé** et **informé**.
5. Il ne doit pas y avoir de contre-indication (anesthésique, métabolique ou psychiatrique).

À ces conditions, l'intervention est remboursée par la sécurité sociale.

## 1.3. Efficacité

L'efficacité est jugée sur la perte d'excès de poids (PEP). Peu de séries font état de résultats à plus de deux ans. La PEP à deux ans est d'environ 50 %, et semble se stabiliser sur les séries les plus anciennes, encore trop récentes.

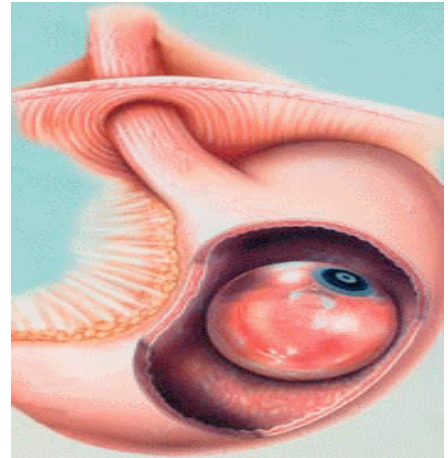
La pérennité du résultat sur le long terme semble en voie d'être confirmé.

## 2. LE BALLON INTRA-GASTRIQUE

L'implantation d'un ballon intra-gastrique (BIG) est une procédure qui a une certaine ancienneté mais qui a retrouvé crédit du fait de l'amélioration du matériel. C'est une technique plus légère que l'anneau et dont les résultats sur la PEP sont moindres. Elle est devenue assez courante en Europe, bien qu'en cours de validation.

### 2.1. Technique

Le ballon commercialisé en France (le BioEnteric Intra-gastric Balloon ou BIB r) a une texture en silicone, ce qui permet une résistance à l'acidité gastrique et aux aliments contendants. Il est placé dans la cavité gastrique, sous contrôle endoscopique, lors d'une anesthésie générale d'environ 10 minutes, ce qui impose une courte hospitalisation. Il est gonflé avec 500 cm<sup>3</sup> de liquide physiologique, ce qui autorise une vie normale (les anciens ballons remplis avec de l'air étaient très fragiles). Sphérique, il flotte librement dans la cavité gastrique et est peu agressif pour la muqueuse. Son volume est éventuellement ajustable (mais cette possibilité n'est pas utilisée en pratique)



**Fig.3 : Ballon intra-gastrique**

La principale complication grave qui est à craindre est l'occlusion intestinale, lorsque le ballon dégonflé, migre et obture l'intestin grêle. Ces cas rares ont été observés chez des patients qui avaient été préalablement subis une intervention sur l'intestin, ce qui constitue donc une contre-indication. Pour plus de sûreté, il est souvent injecté du bleu de méthylène dans le ballon lors de sa pose. Le patient doit être informé qu'en cas de perforation du ballon apparaîtra une coloration bleue des urines et que son extraction doit alors être effectuée rapidement.

### 2.2. Efficacité

Le BIG entraîne une limitation très nette de la satiété qui dure environ trois mois pendant lesquels les effets sur le poids sont substantiels. Cet effet s'estompe ensuite progressivement. La durée conseillée pour cette procédure est de 6 mois. L'amaigrissement escompté est de l'ordre de 3 à 4 kg/mois soit en moyenne d'une vingtaine de kilos.

La **décision d'implantation** d'un ballon n'a de sens qu'associé à un accompagnement très strict sur le plan diététique et psychologique. En effet, après l'ablation du ballon ou après son élimination spontanée (x1/4), le maintien de la perte de poids, semble étroitement lié à l'observance (ou non) des conseils d'hygiène alimentaire (9). Six mois après l'ablation du BIG, près de la moitié ont repris plus de 50 % du poids perdu. Le facteur étiologique le plus souvent incriminé étant un retour aux habitudes alimentaires antérieures à la pose du BIG.

Cette **efficacité relative** sur le long terme entraîne de la part de la Sécurité Sociale française un non-remboursement du BIG (le prix du ballon est de l'ordre de 5 à 6000 francs).

### 2.3. Indications du ballon intra-gastrique

La place du ballon parmi les autres traitements n'est pas parfaitement précisée actuellement. Il ne s'agit pas réellement d'une alternative à la gastroplastie mais plutôt d'une « aide » à la prise en charge.

On le réserve donc :

- Aux cas d'obésités sévères (IMC>30 kg/m<sup>2</sup>) dont le poids est insuffisant pour réaliser une gastroplastie,
- Aux « super-obèses » (IMC>60 kg/m<sup>2</sup>), avant la gastroplastie, afin d'obtenir un amaigrissement susceptible optimiser les conditions opératoires (10),
- Aux contre-indications de la gastroplastie.

Dans les cas de diabète instable, les cas d'obésité récente (moins de 5 ans) ou si le contexte psychologique est difficile, il peut y avoir également indication au ballon plutôt qu'à la chirurgie.

### 3. CONCLUSION

Ces nouvelles techniques instrumentales semblent devoir prendre une place de plus en plus importante dans l'arsenal thérapeutique de l'obésité. Elles permettent une réduction significative de l'excès de poids, avec une faible morbidité, chez des patients pour lesquels les traitements médico-diététiques ont échoué.

Elles constituent un excellent traitement du surpoids, mais **en aucun cas il ne s'agit d'une solution définitive au problème de l'obésité ;**

Elles ne doivent pas occulter l'importance d'une "reprise en main" des habitudes alimentaires et la nécessité du maintien d'une surveillance régulière, pluridisciplinaire, de ces patients, seule garante de la pérennité des résultats obtenus.

*N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre médecin, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier*