

## Clinique Phénicia

32 rue de Locarno

13005 Marseille

Tel. 04 91 92 12 92

<http://www.chirurgie-esthetique-phenicia.com/>

[info@chirurgie-esthetique-phenicia.com](mailto:info@chirurgie-esthetique-phenicia.com)



---

### Traitement ambulatoire de la surcharge pondérale : deux ballons gastriques disponibles, dont un sans endoscopie



**Christophe BASTID**

<http://www.docteurbastid.com>

<http://www.youtube.com/watch?v=ceemeZJoeAs&NR=1>

Le traitement chirurgical de l'obésité est proposé après échec de plusieurs prises en charge nutritionnelles correctement réalisées. Il s'agit essentiellement de l'anneau, de la gastrectomie chirurgicale (sleeve gastrectomy), du mini by-pass et du by-pass.

L'anneau est positionné à la partie haute de l'estomac, relié par un cathéter à une petite chambre sous-cutanée. Après ponction percutanée du réservoir, on peut moduler la constriction péri-gastrique. La gastrectomie verticale consiste à réduire le volume gastrique en supprimant définitivement une grande partie de l'estomac. Les interventions de type by-pass consistent à court-circuiter une partie importante du tube digestif, en raccordant une anse grêle directement sur la partie haute de l'estomac. Ces techniques chirurgicales, habituellement réalisées sous vidéo-assistance sont efficaces et validées, mais il s'agit bien d'interventions chirurgicales avec leur propre morbidité, hospitalisation de plusieurs jours et abandon d'un corps étranger dans la cavité péritonéale en cas d'anneau et de mutilation dans le cas de sleeve gastrectomy ou de by-pass.



La mise en place d'un ballon gastrique, par voie endoscopique sans cicatrice en ambulatoire, et même tout récemment sans endoscopie, représente une alternative à la chirurgie bariatrique, sans prise en charge par les assurances ni les tutelles.

Le principe n'est pas nouveau, les premiers ballons datent des années 80, mais les progrès technologiques récents justifient leur utilisation croissante actuellement.

Les ballons gastriques de dernière génération sont devenus très sûrs. Le ballon ainsi que les dispositifs de pose et de dépose sont à usage unique et à la charge du patient, ainsi que l'hospitalisation de jour.

Préalablement à la mise en place d'un ballon, une information claire et détaillée, est indispensable. Le patient doit signer un consentement éclairé et disposer d'un délai de réflexion suffisant. La consultation pré-anesthésique prépare l'anesthésie générale en cas de ballon posé sous contrôle endoscopique.

Une prise en charge pluridisciplinaire, en particulier psychologique et nutritionnelle, est indiquée en plus de l'exercice physique. L'hypnose est aussi une aide efficace.

Les meilleures indications du ballon gastrique concernent les patients dont l'I.M.C. (Index de Masse Corporelle : poids divisé par le carré de la taille) est compris entre 27 et 35, d'autant que la chirurgie bariatrique est alors contre indiquée. En cas d'I.M.C. supérieur à 35, le temps de pose maximal de 6 mois requiert une forte motivation de la part du patient.

On peut aussi réaliser la pose première d'un ballon en cas d'I.M.C. très élevé, comme préparation à une chirurgie bariatrique ultérieure, afin de réduire le risque chirurgical. Dans certains cas, la pose de deux ballons consécutifs permet un délai de pose de 12 mois.

En cas de ballon posé sous contrôle endoscopique, l'anesthésie vigile courte ne nécessite pas d'intubation. L'endoscopie initiale vérifie l'absence de lésion muqueuse. La présence d'une petite hernie hiatale est habituelle et n'est pas une contre-indication. La présence d'un ulcère nécessite un report de la pose, après cicatrisation. La biopsie gastrique systématique vérifie l'absence de surinfection par *helicobacter pylori*. Le ballon est placé dans la cavité gastrique, rétracté dans une gaine souple et labile. Il est alors rempli à l'aide de 500 ml de sérum physiologique stérile et de 3 millilitres de bleu de méthylène comme marqueur présumé de déflation. Le retrait du ballon s'effectue aussi sous anesthésie générale, en ambulatoire, par endoscopie, après intubation. A l'aide d'une aiguille stérile à usage unique protégée, on aspire le contenu. On saisit le ballon vide à l'aide d'une pince à griffes stérile spéciale à usage unique, pour l'extraire par la bouche.

Avec une équipe entraînée, les risques sont rares. Outre les risques inhérents à une anesthésie générale, même courte, et à une endoscopie digestive haute, le ballon a pu provoquer des lésions muqueuses de contact et exceptionnellement des perforations gastriques. En cas de déflation du ballon, la migration à travers le pylore expose au risque d'occlusion, même si l'élimination spontanée dans les selles a été rapportée.

Un traitement anti sécrétoire est indiqué au début, puis conseillé à demi-dose. Le recours aux antispasmodiques et aux antiémétiques permet de passer le cap initial des nausées, vomissements et douleurs abdominales qui sont transitoires et habituelles. Le contrôle de la kaliémie (dosage sanguin du potassium) est prescrit.



Un tout nouveau ballon peut être mis en place sans endoscopie. Avalé sous forme miniaturisé, il est rempli sous contrôle radiologique. Il se délite spontanément au bout de 4 mois avec élimination par les selles. Le suivi du poids par balance connectée sur Internet, l'accompagnement par SMS et le suivi nutritionnel par hypnose sont inclus dans cette nouvelle procédure sans endoscopie.

La perte de poids est variable, fonction de la motivation, de l'accompagnement nutritionnel, et de l'I.M.C. initial. Dans l'expérience hollandaise de Rotterdam, incluant une cohorte de plusieurs milliers de patients, la perte varie de 0 à 80 kilogrammes, avec une moyenne de 16 kg. La perte moyenne est de 17.4 kg dans notre expérience sur les 200 derniers patients.