

## Traitement ambulatoire du surpoids : trois ballons gastriques disponibles (4, 6 ou 12 mois). Association à l'anneau virtuel



### **Christophe BASTID**

*Ancien assistant des Hôpitaux  
Chef de Clinique à la Faculté  
Praticien Hospitalier - CHU Timone*

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 et abandon d'un corps étranger dans la cavité péritonéale en cas d'anneau et de mutilation irréversible dans le cas de sleeve gastrectomy ou de by-pass.

L'endo-sleeve endoscopique est en cours d'évaluation, en particulier à long terme, et consiste à coudre l'intérieur de l'estomac pour en réduire le volume.

La mise en place d'un ballon gastrique, par voie endoscopique sans cicatrice en ambulatoire, et même tout récemment sans endoscopie lors de la pose, 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 récente.

Les ballons gastriques de dernière génération sont en effet 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 qui n'est pas prise en charge par les tutelles.

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 endoscopie préalable vérifie l'absence de lésions et de surinfection par *helicobacter pylori*. La présence d'une petite hernie hiatale est habituelle et n'est pas une contre-indication.

Les meilleures indications du ballon gastrique posé pour une durée de 6 mois 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, un nouveau ballon posé pour une durée de 12 mois représente clairement une alternative à la chirurgie bariatrique.

L'anesthésie générale vigile courte pour la pose ne nécessite pas d'intubation. Le ballon est placé dans la cavité gastrique, rétracté dans une gaine souple et labile. Il est alors rempli à l'aide d'au moins 500 ml de sérum physiologique stérile et de 5 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 responsables de rares décès. 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 à dose pleine est indiqué au début, puis souvent poursuivi 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 et doit être répété si les vomissements persistent.

Un nouveau ballon est disponible, avec une mise 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. Sa durée de pose courte réduit nettement son intérêt.

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 du ballon 6 mois est de 17.4 kg dans notre expérience sur les 200 derniers patients. Les résultats préliminaires du ballon 12 mois permettent une perte de poids plus importante.

Une prise en charge pluridisciplinaire, en particulier psychologique et nutritionnelle, est indiquée en plus de l'exercice physique.

L'hypnothérapie, en particulier la technique de l'anneau virtuel, est aussi une aide efficace qu'il faut conseiller. Avec un praticien expérimenté le résultat sur la perte de poids est plus importante et plus durable.