

SANTÉ GUIDE

PERTE DE POIDS *des solutions médicales*

Lorsque les régimes ne suffisent plus, il est parfois temps d'envisager d'autres solutions. PAR HÉLÈNE JOUBERT

Un adulte sur deux est en surpoids (indice de masse corporelle* supérieur ou égal à 25) et un sur six en état d'obésité (IMC \geq 30). Si le premier réflexe est de se tourner vers les régimes, ceux-ci peuvent être insuffisants, du fait de leur effet yo-yo, qui fait reprendre plus de poids que celui perdu. « De nombreux mécanismes régulateurs sont responsables de leur échec, explique le Pr Martine Laville, présidente du Centre européen pour la nutrition et la santé (CENS), service d'endocrinologie-diabète-nutrition (hôpital Lyon Sud), comme la faim, la frustration ou l'adaptation de l'organisme à la restriction alimentaire avec une diminution de la dépense énergétique. C'est pourquoi il est recommandé d'y associer une activité physique. » Nos experts font le tour des alternatives médicales.

La cryolipolyse pour les rondeurs localisées

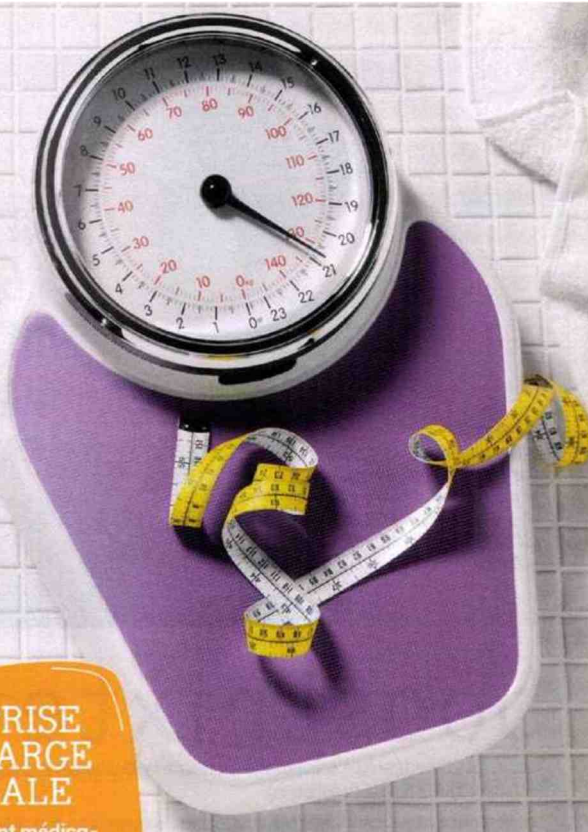
Cette technologie serait, selon le Dr Yvon Perrillat, président de la Société française des lasers en dermatologie, « la meilleure pour



détruire les rondeurs rebelles localisées, comme le petit ventre sous-ombilical, la face interne des genoux... » La graisse est refroidie jusqu'à 3 °C pendant 1 heure environ, grâce à l'application d'une pièce à main ventouse, qui diminue aussi la vascularisation du bourrelet traité. Cette congélation provoque la mort de 25 à 30% des cellules adipeuses (graisseuses), éliminées par les sys-

UNE PRISE EN CHARGE GLOBALE

« Le traitement médicamenteux de l'obésité est une option d'aide dans un panel de modifications du mode de vie », rappelle le Dr Eric Drahi, médecin généraliste, responsable d'une structure d'éducation thérapeutique du patient dédiée (Appui Santé Loiret). Cela inclut tout ce qui concourt à la prise de poids : dépression, difficultés économiques, possibles maltraitements sexuelles dans l'enfance... Il faut aussi apprendre à s'alimenter de manière équilibrée, avec un diététicien et pratiquer une activité adaptée avec un professeur.



tèmes lymphatique et sanguin. Elle est pratiquée dans le cabinet d'un médecin, et nécessite plusieurs séances.

De nouveaux traitements en cas d'obésité

Problème de tolérance, effets secondaires dramatiques, résultats modestes, les traitements médicamenteux de la surcharge pondérale s'étaient, jusqu'à présent, soldés par des échecs. Un antidiabétique commercialisé au printemps 2021 dans le fort surpoids et l'obésité, le liraglutide (Saxenda), et un second, le semaglutide, bientôt disponible, relancent les espoirs de traitement.

« Ces nouveaux traitements, deux analogues du GLP-1, en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique, vont concerner les personnes en surpoids ayant un IMC \geq 27 et des comorbidités (prédiabète ou diabète de type 2, hypertension artérielle, dyslipidémie...) ou en cas d'obésité », précise le Pr Laville. « En plus d'abaisser le taux de sucre dans le sang (glycémie), propriété utilisée dans le diabète, le liraglutide a un effet sur la régulation de l'appétit », indique le Pr Jean-Michel Oppert,

GETTY IMAGES/ISTOCKPHOTO



chef du service de nutrition à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (AP-HP, Paris) et médecin référent du Centre intégré de l'obésité francilien (CIOF). Il augmente la satiété, agit sur la prise énergétique ainsi que sur la vidange gastrique – l'estomac se vide alors moins rapidement. Avec le liraglutide, la perte de poids est moins importante qu'avec le sémaglutide. Mais il y a deux bémols: les injections quotidiennes pour le liraglutide (hebdomadaires pour le sémaglutide), et son absence de remboursement (8 à 10 euros par jour). « Idéalement, ils sont à prescrire après une prise en charge multidisciplinaire (diététique, activité physique...) bien conduite de plusieurs mois », affirme le Pr Christine Poitou-Bernert, médecin nutritionniste, investigatrice pour le CIOF d'une étude sur le sémaglutide.

Une chirurgie bariatrique sans bistouri

Pratiquée chez près de 60 000 personnes chaque année en France, son objectif est de limiter l'absorption calorique chez les obèses avec un IMC > 40 ou chez les personnes avec un IMC > 35 qui présente une maladie associée (diabète de type 2, hypertension artérielle, apnées du sommeil, etc.). La sleeve gastrectomie (réduction de la taille de l'estomac afin qu'il ne forme plus qu'un tube) prend le pas sur le bypass gastrique (court-circuit entre l'estomac et l'intestin). La nouveauté: un nombre croissant de sleeves sont effectuées sans chirurgie. A l'aide d'un endoscope introduit par la bouche jusqu'à l'estomac, le gastro-entérologue suture l'estomac replié sur lui-même depuis l'intérieur. « L'efficacité de l'endoscopie bariatrique est moindre en comparaison à la chirurgie conventionnelle, reconnaît le Dr Arthur Berger, gastro-entérologue au CHU de Bordeaux, la perte de poids se situant entre 15 et 20% à un an, contre 20 à 30% pour la sleeve chirurgicale et 25 à 35% avec le bypass. C'est essentiellement dû à une moindre réduction du volume gastrique. »

Toutefois, l'endosleeve possède quelques atouts, dont un taux bien inférieur de complications dans les suites de l'intervention. « L'endosleeve pourrait également être indiquée chez des personnes avec des complications métaboliques comme les stéato-hépatites non alcooliques ou maladie du "foie gras", les maladies cardio-vasculaires, le diabète de type 2..., car on sait que ces maladies peuvent être réduites, voire complètement éliminées du seul fait de la perte de poids. Mais cela fait encore l'objet de recherches », conclut le Dr Berger. ●

* L'indice de masse corporelle (IMC) est le poids de l'individu divisé par sa taille au carré.

