

# La première greffe de la face La chirurgie réparatrice ne sera plus jamais la même

**Le Dr François Petit, spécialiste de chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, auteur de nombreuses publications sur les aspects chirurgicaux, immunologiques et éthiques relatifs à la greffe de mains et de face, revient pour « le Quotidien » sur la polémique née après la greffe de la face. Pour lui, il y aura un avant et un après cette greffe, « nouvel étage au bâtiment de la chirurgie réparatrice ».**

**LE QUOTIDIEN - Pourquoi la greffe de face a-t-elle été réalisée, alors que ce projet semblait s'éloigner ces derniers temps ?**  
**Dr FRANÇOIS PETIT -** Cette greffe très particulière a bénéficié d'une convergence de circonstances favorables : c'est la rencontre d'une patiente victime d'un accident exceptionnellement mutilant, d'une équipe médicale de pointe et compétente pour réaliser cette intervention et d'un donneur dont toutes les caractéristiques, immunologiques, mais aussi anatomiques et esthétiques, étaient compatibles. Tous les feux étaient au vert, les Prs Jean-Michel Dubernard et Bernard Devauchelle ont certainement beaucoup hésité, envisagé l'échec ou les reproches de n'avoir rien tenté. Au final, la décision est revenue à la patiente. C'est elle qui a choisi. J'aurais fait le même choix.

**Quelles sont les conditions qui ont permis qu'elle soit réalisée en France et non pas dans d'autres pays qui l'avaient envisagée aussi ?**  
La France guide le monde dans ce type de transplantation depuis plusieurs années. La première allogreffe de mains avait été réalisée à Lyon en 1998 (Pr Dubernard), puis la première allogreffe des deux mains en 2000 (Pr Dubernard, à Lyon, encore). D'autres cas ont suivi, en Europe, en Chine et aux Etats-Unis, toujours avec succès. Pour ce type d'interventions exceptionnelles (pas plus de 25 cas d'allogreffes de mains ont été réalisés dans le monde depuis 1998), qui nécessitent une organisation irréprochable, une expérience de quelques cas est déterminante. C'est comme l'envoi d'un équipage sur la Lune, c'est plus facile si vous avez déjà envoyé un vaisseau dans l'espace. Je connais les autres équipes qui envisageaient une greffe de face. Je les rencontre chaque année au Congrès mondial de l'allogreffe de tissus composites. Les Américains de Louisville et de Cleveland avaient publié en 2003 et 2004 des travaux de recherches très intéressants chez l'animal et sur les conséquences morphologiques d'une greffe complète de visage chez l'homme. L'équipe anglaise était bloquée par l'avis défavorable du Royal College of Surgeons. En France, l'avis équilibré rendu par le comité d'éthique en 2004 a été décisif. La nécessité de trouver une solution rapide avant l'aggravation des séquelles chez la patiente d'Amiens a accéléré les préparatifs.

**Peut-on parler de « vol » de protocole entre les équipes ?**  
J'ai entendu cette polémique. Je

vais vous répondre très clairement, car je connais très bien les deux équipes, avec lesquelles j'ai déjà travaillé. Leurs protocoles de traitement étaient proches techniquement, mais très différents pour les traitements immunosuppresseurs. Il n'y a aucune histoire de vol, cela n'a pas de sens. Le Pr Lantieri a eu le mérite de poser la question de la greffe de face en France. C'est ainsi : une équipe avance une idée, une autre la reprend et la fait progresser, c'est l'histoire de la science. On doit être fier de voir ses idées appliquées par une autre équipe, c'est une reconnaissance. Cette polémique est médiatique, elle n'a aucune place dans le débat scientifique car elle n'est pas digne des médecins. Ce n'est pas, de toute façon, ce que l'histoire de la médecine retiendra.

**La greffe de face est-elle un coup d'éclat ou un progrès médical ?**  
C'est un coup d'éclat que l'histoire transformera peut-être en progrès médical. Je le souhaite très vivement, mais il est encore trop tôt pour le savoir. Il y a deux étapes critiques à franchir : la prise du greffon - sa capacité à trouver ses connexions vasculaires sur le receveur - qui est confirmée après quelques jours ; la tolérance immunologique du greffon par le receveur, rendue possible par le traitement immunosuppresseur, pour laquelle la période la plus critique est de trois à quatre semaines. Au-delà, le rejet immunologique est toujours possible, mais les traitements immunosuppresseurs sont tellement efficaces qu'ils préviennent le rejet dans plus de 97 % des cas. D'après notre expérience de sept ans, ce type de greffon tissulaire ne pose pas plus de problème immunologique qu'une greffe rénale. Avec le temps, ce sont plutôt les effets secondaires des immunosuppresseurs qu'il faut tenter de contrôler. Le rejet chronique (la dégradation lente et progressive des fonctions de l'organe greffé) est un autre risque théorique, mais il n'a pas encore été rapporté sur des greffons tissulaires. La dernière phase est celle de la cicatrisation tissulaire, qui peut compromettre ou faire le succès de cette greffe. La consolidation osseuse, les cicatrisations musculaire, cutanée et muqueuse, sont systématiques et rapides, malgré les traitements corticoïdes. La régénération nerveuse sera la plus tardive. Dans un an seulement, on saura si cette greffe est un succès sur tous les plans, mais je suis optimiste.

**D'autres solutions auraient pu être envisagées, pourquoi n'ont-elles pas été retenues ?**  
Bien sûr, d'autres solutions existent... en théorie ! La chirurgie réparatrice s'est développée en France après la Première Guerre mondiale. A l'époque, il fallait permettre aux blessés de guerre de survivre, de s'alimenter, de respirer, de garder la vue. On utilisait des techniques de réparation par des lambeaux pédiculés (le pédicule du lambeau est nourricier). Les résultats n'étaient pas très esthétiques, mais ils assuraient l'es-



sentiel : sauvegarder la fonction. Aujourd'hui, ces lambeaux ne seraient plus acceptés. On utilise des lambeaux plus fins, prélevés sur l'avant-bras, transférés par microchirurgie sur les unités anatomiques du visage (lambeaux « libres ») et modelés pour leur donner la forme de la région à reconstruire. Les résultats sont meilleurs, mais certaines structures délicates du visage, comme le nez, les lèvres ou les paupières, sont très difficiles à reconstruire, car les tissus prélevés à distance sont toujours trop épais. L'allogreffe réalise le rêve de tout chirurgien reconstructeur : la reconstruction à l'identique. Le nez est reconstruit par un nez, les lèvres par des lèvres, etc., c'est la quintessence de la chirurgie reconstructrice.

## CETTE GREFFE EST LE DÉBUT D'UNE BELLE AVENTURE, ELLE N'EN EST PAS L'ARRIVÉE

**Quelles sont les difficultés éthiques posées par cette greffe si particulière ?**  
Réalisée par une équipe compétente, en l'absence d'alternative thérapeutique et après une information claire et loyale du patient, cette opération ne pose pas plus de problème éthique qu'une autre. La seule difficulté pourrait être le rejet psychologique du greffon par la patiente. Ce risque n'est pas spécifique à la greffe de face, il existe pour toutes les interventions qui apportent un organe ou une prothèse, même avec des prothèses mammaires en chirurgie esthétique. L'acceptation psychologique dépend de l'intensité du désir de voir l'opération réalisée, de la nature de l'expérience vécue (le vécu de l'opération) et de la qualité de l'entourage familial.

**Quelles seront les retombées médicales de cette première mondiale ?**  
La chirurgie réparatrice ne sera plus jamais la même. Il y aura un avant et un après cette greffe. C'est un nouvel étage au bâtiment de la chirurgie réparatrice qui vient d'être inauguré. L'allogreffe de tissus composites ne va pas remplacer les autres techniques de chirurgie réparatrice, mais elle représente une solution supplémentaire pour des



« Un coup d'éclat que l'histoire transformera peut-être en progrès médical »

cas particuliers très exceptionnels, actuellement sans solution. C'est un formidable espoir pour ces patients qui attendent beaucoup de nous. Il ne serait pas éthique de se dire simplement « On l'a fait » et d'en rester là, je suis certain que cette greffe est le début d'une belle aventure, elle n'en est pas l'arrivée. J'ai beaucoup de chance d'être un jeune chirurgien plasticien aujourd'hui, car je vais vivre cette aventure.

**La chirurgie réparatrice est-elle en train de se renouveler ?**  
La chirurgie réparatrice utilise aujourd'hui - certes, avec un retard de trente ans par rapport à la chirurgie d'organe - les progrès réalisés en microchirurgie depuis la première greffe de bras (en 1964 à Boston) et les progrès de l'industrie pharmaceutique, qui a développé des molécules assez puissantes pour prévenir le rejet de tous les types de tissus, même le plus antigénique de tous : la peau. Si cette évolution survient maintenant, c'est aussi parce que l'apparence, la nécessité d'être au moins « normal » et au mieux beau, jeune et en bonne santé, est un impératif dans notre société. Au septième jour de sa convalescence, la patiente fait remarquer que son visage est « mieux qu'avant ». La chirurgie esthétique n'est décidément jamais très loin de la chirurgie réparatrice.

**Comment doit s'organiser la communication médiatique autour d'un tel événement de portée internationale ? Les fuites sont-elles évitables ?**  
Les fuites sont inévitables. Comment peut-on être assez naïf pour imaginer qu'un événement d'une telle intensité, qui mobilise autant de ressources humaines, puisse être gardé secret dans un pays où l'information est libre ? On nous présente tous les jours les derniers progrès des crèmes anti-rides, et on voudrait imaginer qu'une greffe du visage puisse se faire en catimini, sans exposition médiatique ? Ce n'est pas sérieux !

Les fuites n'ont pas été organisées, ce sont les journalistes qui sont de fins enquêteurs. Les deux équipes d'Amiens et de Lyon ont constamment veillé à protéger leur patiente, et les organes de presse français ont plutôt bien respecté cet objectif. Les journaux britanniques ont eu moins de scrupules, ce n'est pas une surprise, la greffe de face a toujours eu beaucoup d'écho médiatique au Royaume-Uni. Déjà, en 2003, les photos de jeunes femmes victimes d'accident avaient été publiées sur Internet comme les candidates à une future greffe de face. Cette exploitation médiatique est regrettable. La médecine n'est pas une arme de distraction massive.

**Après la greffe des mains, de la face, doit-on s'attendre à d'autres premières aussi spectaculaires ?**  
A court terme, il faut surtout espérer que cette greffe de face soit suivie d'autres réalisations. Le pire serait qu'elle ne soit qu'un feu de paille. Je suis confiant ; cette greffe est porteuse d'une telle intensité émotionnelle qu'elle devrait susciter d'autres réalisations. Elle pourrait même redonner le goût de la chirurgie réparatrice aux étudiants en chirurgie. Pour les prochaines années, on devrait voir se développer des greffes plus modestes, de petites unités anatomiques pour lesquelles la charge immunosuppressive pourrait être moindre en intensité et en durée. Les traitements immunosuppresseurs devraient voir leurs effets secondaires se réduire dans les prochaines années par la mise au point de nouvelles molécules, ce qui élargira les indications des allogreffe de tissus composites en chirurgie réparatrice. Par ailleurs, d'autres grandes « premières mondiales » surviendront. C'est inévitable, c'est la loi du progrès scientifique, et l'absence de plan ou de calendrier en fait toute la grandeur.

> PROPOS RECUEILLIS PAR LE Dr ISABELLE CATALA