



## Des Gueules Cassées à la greffe de visage

d'après la conférence du Professeur Bernard Devauchelle,  
Chef du Service de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie du CHU d'Amiens.

---

Amiens et sa région ont été au cœur des batailles de la première guerre mondiale avec la bataille de la Somme en 1916 et la bataille d'Amiens en 1918. Il y a 100 ans, la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale et il y a 10 ans, la 1<sup>ère</sup> greffe de visage, sont étroitement liés.

### **1/ La Grande Guerre : Les Gueules Cassées**

La Grande Guerre a été responsable d'un nombre de morts considérable dans les 2 camps : 1 500 000 morts en France, 15 000 blessés de la face.

Les nouveaux engins utilisés au cours de la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale, notamment les shrapnels, envoyaient des éclats à hauteur de visage et entraînaient des délabrements considérables au niveau de la face. On a donc assisté à un développement de structures de soins totalement dévolues à la chirurgie faciale (cf. le film « La Chambre des officiers »). Les traitements s'étalant sur plusieurs mois, voire sur plusieurs années, bien après la fin de la guerre, des hôpitaux ont été consacrés à la prise en charge de ces traumatisés de la face.

Si au départ le traumatisme était marqué par une perte de substances, celles-ci en se rétractant amenaient des séquelles cicatricielles majeures et des séquelles fonctionnelles (plus de vie de relation normale, plus d'alimentation normale par la bouche...). Il faut bien faire la part de ce qui relève de l'esthétique et de ce qui peinait ces soldats, c'est-à-dire les conséquences fonctionnelles de leur défiguration.

Tous les efforts des chirurgiens étaient destinés à restaurer une fonction convenable.

La prise en charge de ces Gueules Cassées résulte de la conjonction de diverses compétences (aussi bien en France qu'en Angleterre ou aux Etats-Unis) :

- les **mécaniciens-dentistes** qui faisaient des prothèses, extérieures, destinées à maintenir l'écartement des tissus et à rééduquer l'ouverture buccale,
- les **artistes** et notamment les **sculpteurs** (ex. **Wlérick**) qui confectionnaient les épithèses (masques) pour recouvrir les pertes de substance du visage des soldats afin qu'ils puissent avoir une vie sociale,
- les **chirurgiens** (ex. **Morestin**) qui ont développé des techniques de prise en charge pour recouvrir les pertes de substance et réparer lèvres, nez, front... Des techniques se développent comme l'usage des lambeaux cylindriques (ou tubulés) pour recouvrir ces pertes de substance (Dr Filatov en 1916). Ces techniques, encore utilisées dans les années 80, sont remplacées de nos jours par l'utilisation de la peau frontale.

**A cause de la concentration des blessés de la face et des équipes médicales, la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale a été sans conteste le milieu expérimental où est née cette chirurgie reconstructrice des grands délabrements de la face.**

Les soldats ayant subi une amputation ont été aidés par les pouvoirs publics. Les victimes d'une mutilation faciale, appelés plus tard les Gueules Cassées, n'ont bénéficié d'aucun dédommagement. Le Colonel Picot et quelques autres Gueules Cassées vont donc décider de créer une tombola pour récolter des fonds pour aider les mutilés de la face. Cette tombola a un tel succès qu'ils vont perpétuer la tradition et va naître la « **loterie nationale** », baptisée plus tard Française des Jeux. Une partie des actions appartenait aux Gueules Cassées. L'association des Gueules Cassées existe toujours et aide la recherche médicale.

## 2/ Naissance de la chirurgie esthétique

La chirurgie esthétique est née de la chirurgie reconstructrice des grandes défigurations. Ce sont ces mêmes chirurgiens qui avaient pris en charge les grandes défigurations qui vont développer la chirurgie esthétique avec un personnage central, Sir Harold Gillies.

Sir Gillies est un chirurgien néo-zélandais venu aider l'armée anglaise sur le front de la bataille de la Somme en soignant les Gueules Cassées. Parallèlement, il va développer avec ses amis néo-zélandais (the Big Four) la chirurgie esthétique.

La notion d'esthétique et la cosmétologie se développant (notamment outre-Atlantique), les gens sont beaucoup plus soucieux de leur apparence et participent en tant que consommateur au développement de cette chirurgie esthétique.

A Berlin, en 1912, et pendant tout l'entre 2 guerres, Jack Joseph, un médecin juif, développe la chirurgie nasale puis endonasale à l'intention des Juifs. Avec le développement de la psychanalyse (Freud et Adler son élève), on assiste à une prise de conscience que la chirurgie va permettre « de libérer l'âme de façon à ce qu'elle corresponde à la normalité ». Il y a une déculpabilisation pour toute une population juive à se faire opérer des stigmates de sa race.

Cette chirurgie, à destinée esthétique, a pour devoir de permettre à l'individu de se reconstruire lui-même.

## 3/ La chirurgie cranio-faciale

**Paul Tessier** est un chirurgien français considéré par les Américains comme l'un des 10 plus grands chirurgiens du XX<sup>e</sup> siècle. Il est l'héritier des chirurgiens de la première guerre mondiale comme Sir Gillies.

Chef de service de la chirurgie des brûlés à l'hôpital Foch, il va très vite s'intéresser à la chirurgie du visage. Paul Tessier a eu le mérite de réussir à franchir cette **barrière cranio-encéphalique** qu'il était interdit de franchir jusqu'alors entre, au-dessus, le cerveau et, vers le bas et vers l'avant, le massif facial. Il va développer une chirurgie des malformations cranio-faciales en imaginant des solutions thérapeutiques pour transformer l'apparence et restaurer la fonction des grandes malformations faciales.

Aujourd'hui, il y a de moins en moins de malformations qui survivent. L'échographie morphologique du 5<sup>e</sup> mois permet de faire le diagnostic de ces malformations avant la naissance, avec quelquefois des interruptions de grossesse à titre thérapeutique quand on suspecte une malformation faciale sévère. Héritage de Paul Tessier, de nos jours, neurochirurgien et chirurgien maxillo-facial travaillent ensemble.

## 4/ Histoire de la transplantation

Le mot « **greffe** » s'applique aux **tissus**. On prend un fragment de tissu que l'on appose sur une perte de substance. Le mot « **transplantation** » s'applique aux **organes** et nécessite une **revascularisation** de l'organe en suturant les vaisseaux et en les gardant vivants.

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, **Alexis Carrel**, prix Nobel de médecine, va développer les techniques de chirurgie vasculaire, et commencer à faire des transplantations chez l'animal. Il va créer un bioréacteur, c'est-à-dire qu'il prend conscience qu'il serait peut-être intéressant de sortir un organe d'un animal, de le garder en perfusion pour mieux l'examiner. On peut considérer qu'Alexis Carrel est le père de la transplantation

**1951** : 1<sup>ère</sup> transplantation rénale techniquement réussie en France. Malheureusement, le patient décède 3 semaines plus tard à cause d'un rejet lié au manque de connaissance des traitements immunosuppresseurs.

**1952** : Jo Murray, dernier chirurgien à avoir reçu le prix Nobel de médecine, réalise la 1<sup>ère</sup> transplantation rénale réussie entre 2 jumeaux homozygotes.

**1967** : 1<sup>ère</sup> transplantation cardiaque en 1967 au Cap (Afrique du Sud) par Christian Barnard. La question se pose de la nécessité de prendre le risque d'appliquer une technique chez l'homme sans chirurgie expérimentale préalable.

**1988** : 1<sup>ère</sup> transplantation de main à Lyon par le professeur Dubernard. Cet événement est fondamental car en son temps, Jo Murray disait qu'il ne serait jamais possible de faire une transplantation avec un fragment d'organe provenant du tissu cutané à cause du risque de rejet. De gros progrès ont eu lieu depuis l'époque de Jo Murray dans les traitements immunosuppresseurs.

**2000** : 1<sup>ère</sup> transplantation des 2 mains à Lyon. En France, ne sont autorisées que les transplantations des 2 mains sinon le déficit fonctionnel n'est pas suffisant pour justifier le recours à un traitement immunosuppresseur à vie.

## 5/ La greffe de visage

En 2002, un chirurgien français, Laurent Lantieri interroge le Comité Consultatif National d'Éthique à propos de la transplantation du visage. La réponse, qui n'arrive qu'en février 2004, est la suivante : « **Il n'y a pas de place à la transplantation de tissu composite au niveau du visage ; les techniques conventionnelles peuvent réparer... excepté pour le triangle nez-lèvres-menton... Et surtout n'utilisez pas le terme de greffe de visage.** »

Début 2005, à Amiens, le professeur Devauchelle reçoit Isabelle Danois, une patiente avec une perte de substance qui correspond très exactement au nez-lèvres-menton. Il y a donc une indication parfaite à la greffe de visage.

### Conditions de la réalisation de la greffe : la transplantation faciale et les lois françaises

Divers organismes doivent donner leur avis : Le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE), le CCPPRB qui a un avis consultatif, l'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire pour les Produits de Santé), et l'agence de la biomédecine qui organise le don d'organes en France. La malade a été reçue en mai 2005 et l'autorisation en septembre.

**Fin 2005, le professeur Devauchelle et son équipe réalisent la première greffe partielle de visage au monde.**

Au total, 3 cas de transplantation de visage ont été réalisés à Amiens. Ces 3 cas étaient très différents : morsure animale (2005) - accident balistique (feu d'artifice éclaté au visage, 2009) - malformation vasculaire grave (2012).



La difficulté de la transplantation faciale est la gestion du donneur et du receveur. Une demande est faite auprès de l'Agence de la biomédecine, mais on est prévenu au dernier moment quand il y a un donneur potentiel. Il faut donc, en un temps très court, donner son accord, mobiliser les équipes et le patient receveur. Puis articuler de manière synchrone les équipes : celle qui va prélever sur le donneur et celle qui va préparer le receveur. Ces deux équipes doivent être en lien permanent (une cinquantaine de personnes). C'est ce travail de programmation, d'organisation et de coordination qui est complexe.

Entre 2005 et 2015, 35 transplantations de visage ont été réalisées dans le monde dont 10 en France. 5 personnes en sont mortes, pour des traitements qui touchent des défigurations qui ne sont pas vitales. D'où une réflexion critique à mener. Faut-il continuer à faire des transplantations du visage ?

### **Transplantation et identité : Question de l'identité et de l'intégration de ce transplant dans le visage.**

- **Intégration neurologique**

Restauration très rapide de la **sensibilité** au bout de 3-4 mois. Restauration de la **motricité** qui n'est pas toujours parfaite et quelquefois asymétrique. Restauration de la **gustation**.

Il y a une intégration neurologique du transplant, le cerveau reconnaît la zone transplantée comme faisant partie intégrante du corps du receveur.

- **Intégration psychologique, enjeux psychologiques**

- L'acceptation de la greffe

- Identité « **Sans visage, on n'est rien** »

- 1/ Identité **psychologique** : se reconnaître soi-même après une défiguration par rapport à l'image que l'on avait avant ce traumatisme.

- 2/ Identité **sociale** : se reconnaître comme appartenant à la société.

- 3/ Identité **judiciaire** : se reconnaître comme un individu unique.

Avec la transplantation, on restaure une identité ou une individuation, cette capacité à se reconstruire comme individu à part entière.

- Réaction des greffés : « Avant, je survivais, maintenant je vis ».

- **Transplantation et société**

Besoins : 15 000 organes à transplanter par an ; dons : 5 000 organes par an. En France, il ne doit y avoir aucun lien entre le transplantateur et la famille du donneur. C'est tout l'inverse aux Etats-Unis.

La législation française impose de restaurer le corps du donneur y compris son visage. Dans ce devoir de restaurer, il y a cette reconnaissance envers la famille du donneur.

**Donner son visage.** Le ferions-nous pour un membre de notre famille proche ?

La transplantation faciale est exceptionnelle car elle est difficile techniquement, elle doit être indiquée de façon extrêmement rare, et il faut trouver un donneur.

## **6/ Le futur de la chirurgie reconstructrice**

La recherche médicale doit se concentrer autour d'objets de recherche, en faisant se croiser les cliniciens et les fondamentalistes. C'est sur ce modèle qu'a été créé l'**Institut Faire Faces** à Amiens, institut thématique dévolu à la défiguration. Il est difficile de mettre en avant la défiguration comme thématique car cette défiguration est pour chacun d'entre nous inimaginable.

Les missions de *Faire Faces* sont l'enseignement, la recherche et la communication pour faire prendre conscience qu'il n'y a pas de visage sans regard.

**Il y a nécessité d'apprendre à regarder l'autre difforme de manière différente** car c'est le regard de l'autre dont on souffre.

A l'Historial de la Grande Guerre, situé à Péronne, l'exposition « **FACE À FACE : Regards sur la dé(re)figuration** » (jusqu'au 31 mars 2016) retrace tous les progrès réalisés en médecine et chirurgie reconstructrice depuis la première guerre mondiale jusqu'à nos jours ; d'Alexis Carrel, prix Nobel de médecine en 1912, jusqu'à la première greffe de visage en 2005.