

**PROFESSEUR LAURENT LANTIERI**  
**AVEC ALEXANDRE DUYCK**



**Chaque  
visage a  
une histoire**



**Mon combat pour  
la greffe de la face**

Extrait de la publication **Flammarion**

**PROFESSEUR LAURENT LANTIERI**  
AVEC ALEXANDRE DUYCK

# Chaque visage a une histoire

Depuis l'enfance, Pascal a le visage déformé par la maladie. Il ne rêve que d'une chose : ne plus attirer les regards dans la rue et mener une vie « normale » ; travailler, s'amuser, aimer « comme tout le monde ». Changer de visage pour changer de vie, c'est ce à quoi aspirent, comme lui, des dizaines de patients qui n'ont plus qu'un espoir : la greffe.

Chaque visage a une histoire, que le professeur Lantieri, l'un des plus éminents spécialistes mondiaux de chirurgie reconstructrice, nous raconte dans ce livre en forme de mémoires. C'est l'histoire de donateurs et de patients héroïques – comment faire le deuil de son ancien visage ? Comment vivre avec celui d'un autre ? C'est l'histoire d'une technique médicale fascinante – comment est-il possible de greffer un visage ? Quelles questions humaines pose une telle opération ? C'est l'histoire enfin du véritable parcours du combattant mené au jour le jour par un chirurgien passionné et par son équipe : un quotidien rythmé par l'attente (d'un donneur compatible avec le patient) puis par l'urgence (de l'opération, qui dure parfois jusqu'à 48 heures d'affilée), la prise de risque, la compétition acharnée qui règne au sein du monde médical, le spectre permanent de l'échec et l'ivresse prométhéenne de redonner vie...

*Le Professeur LAURENT LANTIERI est chef de service de chirurgie plastique à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Assistance publique – Hôpitaux de Paris). Il a été élu personnalité de l'année 2010 par Le Parisien et RTL.*

**ALEXANDRE DUYCK** est grand reporter au Journal du dimanche.

Flammarion

Extrait de la publication

Chaque visage a une histoire



Professeur Laurent Lantieri  
avec Alexandre Duyck

# Chaque visage a une histoire

Flammarion

© Flammarion, 2011.  
ISBN : 978-2-0812-8133-2

## CHAPITRE PREMIER

# Une première mondiale





**I**l ne faut pas m'inviter aux mariages...  
Nous sommes en juin, le mois des idylles,  
le 26 juin 2010 précisément. Un samedi. Je  
reviens des États-Unis, de la Mayo Clinic, un  
immense hôpital perdu à Rochester, dans le  
Minnesota. Il n'y a rien à faire là-bas, rien à  
voir, rien que cet hôpital connu dans le monde  
entier. Des présidents américains ont choisi de  
s'y faire soigner : John Fitzgerald Kennedy,  
Ronald Reagan, George Bush père... Ernest  
Hemingway, George Harrison, Bono, le chan-  
teur de U2, font partie du gotha qui a fréquenté  
l'établissement. Sans compter des centaines de  
milliers d'anonymes. Invité à participer à une  
conférence sur la chirurgie reconstructrice, je  
viens de passer deux journées sur place. La  
première a été consacrée à des dissections  
anatomiques de plusieurs heures ; la deuxième  
à présenter par deux fois mes travaux de  
recherche, puis à recevoir une distinction. Les

*Chaque visage a une histoire*

Américains savent très bien faire : un joli parchemin dans un cadre en bois, qui sera du plus bel effet dans mon bureau... Je reprends l'avion pour la France, un mariage m'attend à Saint-Tropez. Atterrissage à Paris, correspondance, arrivée à Nice, location d'une voiture... C'est à mi-chemin que mon portable sonne. Un nom s'affiche, mais impossible de me souvenir de qui il s'agit. Je décroche. Au bout du fil, le Dr Pesquidoux, médecin régulateur de l'Agence de la biomédecine pour la région de Lyon. Comme lui, ils sont sept médecins à travers la France à collecter toutes les informations relatives aux greffes à venir. Ils savent quels sont les patients en attente d'un don d'organe. Ils sont tenus au courant vingt-quatre heures sur vingt-quatre que, dans tel établissement, tel patient en état de mort cérébrale a été hospitalisé et qu'un prélèvement est envisageable. Le collègue de Lyon me pose la question habituelle en pareil cas : « Votre patient est-il toujours sur liste d'attente ? » Jérôme, trente-cinq ans, a le visage défiguré par une tumeur d'origine génétique, une neurofibromatose, aussi appelée maladie de Реклингхаузен ou, plus familièrement, syndrome « Elephant man »... Celui-ci se traduit parfois par des manifestations bénignes. Mais, quand la maladie se complique, des nodules envahissent en profondeur les tissus, les muscles et la

## *Une première mondiale*

peau. « Dans ce type de cas, heureusement rarissimes, les complications peuvent aboutir à une monstruosité qui nous apparaît sortie du fond des âges et des ténèbres de l'Histoire », explique mon confrère le Dr Pierre Wolkenstein, dermatologue au CHU Henri-Mondor, à Créteil, dans le Val-de-Marne, l'hôpital où j'exerce depuis 1994.

Cela fait plus de deux ans que nous songeons à une greffe pour Jérôme, mais il n'est sur liste d'attente que depuis six mois. Je rassure le médecin de Lyon : Jérôme va bien, il n'existe aucune contre-indication à une opération prochaine. « Très bien, reprend le Dr Pesquidoux. Nous avons peut-être un donneur ici. »

Nous raccrochons l'un et l'autre. C'est mon épouse qui conduit. Nous arrivons à Saint-Tropez, retrouvons les mariés, leurs parents, nos amis communs, mais c'est comme si je n'étais déjà plus là. Mon portable n'arrête pas de sonner, les nouvelles venant de Lyon sont rassurantes, la famille du donneur confirme que celui-ci avait exprimé le souhait de faire don de tous ses organes. L'opération va pouvoir se dérouler, la nuit prochaine, à l'hôpital Édouard-Herriot de Lyon. Il me faut téléphoner, prévenir mon équipe, lui demander de commencer à se préparer. Je dois aussi joindre Jérôme. Où est-il ? Les candidats à une greffe

ont l'interdiction de quitter la France. S'ils le font, ils doivent impérativement nous en informer et surtout, ne pas trop s'éloigner, de façon à pouvoir rentrer en quelques heures. Passe encore qu'ils visitent l'Italie ou la Tunisie, mais pas le Japon ni le Brésil. Partis trop loin, dans l'impossibilité de rentrer tout de suite, les patients imprudents se voient déclassés dans la liste d'attente. Ils manqueront l'opération et ne seront plus jugés prioritaires. Jérôme n'est pas bien loin. Il passe simplement quelques jours de repos du côté d'Agen. Je l'appelle : « Jérôme, renseignez-vous vite, combien de temps vous faut-il pour revenir à Paris ? » Il fonce à la gare et me rappelle : « Le dernier train part tout de suite, je le prends ! » Sa mère décide de l'accompagner. Jérôme insiste, lui explique que ce n'est pas nécessaire, mais rien à faire, elle monte aussi à bord du TGV. La gorge nouée par l'angoisse, ils ne se parleront presque pas durant les quatre heures et demie de voyage entre Agen et Paris.

J'ai dû informer les jeunes mariés. « Je suis navré, mais je ne vais pas pouvoir rester, je dois réaliser une greffe cette nuit. » J'organise mon départ pour Lyon. Je ferai moi-même le prélèvement. Il est trop tard pour prendre un train et conduire m'épuiserait : mieux vaut louer une voiture avec chauffeur. Jérôme arrive au CHU Henri-Mondor à 21 heures, au

## Une première mondiale

moment où je quitte la Riviera. Mon équipe le prend en charge. Je ne parviens pas à contacter mon adjoint, le Pr Jean-Paul Meningaud, avec qui j'aurais dû opérer Jérôme, et qui se trouve en Écosse. Cet incident détériorera à jamais nos relations, mais quand un joueur manque, un capitaine doit savoir le remplacer. J'ai constitué l'équipe pour la nuit prochaine, ai décidé qui vient à Lyon et qui reste à Mondor. Ils sont quelques-uns, une poignée, à décoller pour Lyon en avion sanitaire : Romain Bosc, chef de clinique assistant, « fellow » (compagnon) comme disent les chirurgiens américains ; Eva Ruegg, une interne suisse ; Julien Quilichini, interne ; Patricia, la panseuse qui gère toute la partie technique ; une coordinatrice de prélèvement, Sabrina, et enfin Dany Faroy, le prothésiste. C'est lui qui construira le masque que nous apposerons sur la face du donneur. La règle est claire : pas d'opération s'il n'y a pas de reconstruction du visage de la personne prélevée. C'est une condition *sine qua non*. Les kilomètres défilent. J'essaie de dormir mais je ne fais que somnoler. J'allume mon ordinateur pour revoir le dossier de Jérôme, que je connais pourtant par cœur. Un mélange d'excitation, de stress, d'inquiétude s'empare de moi. Je ne déteste pas cette sensation, qui précède le passage à l'action. J'imagine qu'un joueur de tennis ressent quelque

## *Chaque visage a une histoire*

chose de cet ordre avant une finale de Roland-Garros, ou encore un militaire avant une opération commando. Sauf qu'ici, c'est Jérôme qui prend réellement le risque. Je rappelle l'hôpital à Paris pour savoir où en est l'équipe. J'essaie de me rassurer : le donneur est entre de bonnes mains à Lyon et Jérôme est arrivé à Mondor. Là aussi, il est pris en charge par des professionnels désormais rompus à la greffe de la face puisque celle-ci sera notre cinquième, la cinquième en trois ans depuis celle de Pascal, le 21 janvier 2007, qui souffrait de la même maladie que Jérôme. Des tests sont en cours à Lyon et à Créteil. Et s'ils révélaient une incompatibilité entre les deux hommes ? une pathologie chez le donneur ? Un jour, un de mes collègues a ainsi découvert au dernier moment qu'un donneur était séropositif, ce qui l'a obligé à annuler la greffe...

Les uns et les autres, nous arrivons presque en même temps à Lyon. Il est 1 heure du matin. Les infirmières de l'hôpital chargées de la coordination m'accueillent. Je me change, je vais m'habiller, en quelque sorte revêtir ma tenue de combat. Mon équipe arrive, nous nous saluons, prenons des nouvelles les uns des autres, puis chacun va se préparer. Je m'isole dans une petite pièce, mange un biscuit, écoute de la musique durant quelques minutes. Je ne suis pas en train de me concentrer sur

## *Une première mondiale*

moi-même, la scène n'a rien d'un cérémonial zen ou bouddhiste. L'opération va durer des heures et nous sommes déjà au milieu de la nuit. Quelques minutes de repos ne seront pas de trop. Curieusement, je ne ressens pas la fatigue. Sans doute l'effet de l'adrénaline. L'aller-retour aux États-Unis a été trop rapide pour que je souffre réellement du décalage horaire. Et puis, j'ai pu dormir dans l'avion qui me ramenait en France : pour une fois, les Américains m'avaient offert un billet en classe Affaires.

Direction le bloc opératoire. Tel un comédien avant d'entrer en scène, c'est au moment où je me lave les mains que le trac survient. Des études ont montré que le rythme cardiaque des chirurgiens augmente à cet instant précis, quand il est temps de passer à l'action, qu'il n'y a plus moyen de reculer. Le rituel du chirurgien... Pendant des années, les médecins se sont lavé les mains durant cinq longues minutes avec un savon chirurgical, de préférence iodé. Les choses ont changé : ce nettoyage minutieux ne dure plus qu'une minute, même si, comme avant, nous remontons toujours le long des avant-bras jusqu'aux coudes. Nous nous séchons ensuite les mains avec un essuie-tout avant de procéder à une désinfection hydro-alcoolique. Une première giclette pour frotter encore une fois jusqu'aux coudes,

## *Chaque visage a une histoire*

puis une deuxième juste pour les mains. Il convient de bien laisser sécher avant de revêtir la fameuse blouse du chirurgien – notre uniforme –, que nous appelons « casaque ». Stérile, elle est déballée avec précaution par la panseuse pour éviter toute contamination. Reste à enfiler d'un coup les gants, stériles eux aussi, et dont il ne faut jamais toucher la face extérieure.

L'homme que nous retrouvons étendu sur le dos a soixante-trois ans, mais il en paraît dix de moins. Il est décédé, son cerveau est arrêté et pourtant son cœur bat toujours. Il est en état de « mort cérébrale ». C'est un état rare, que l'on rencontre après une défaillance neurologique : un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme. Le cerveau est mort mais les organes sont maintenus en vie par une ventilation artificielle. Le cœur bat de manière automatique. Le corps est chaud. Cette situation est instable et ne dure en général que quelques heures, durant lesquelles les organes restent irrigués. La face est un organe tout comme le cœur, le foie ou le rein. Nous ne prélevons pas le visage de ce patient décédé, mais sa face, c'est-à-dire la structure anatomique. Le visage est l'expression de la personne : on ne peut la greffer.

Dans le cas présent, deux autres équipes médicales interviendront juste après nous. La



## *Une première mondiale*

première doit prélever les reins, la seconde les poumons. Il faut toujours commencer par le visage. Prélever la face impose d'agir « à cœur battant » pour que les tissus restent irrigués. Si l'on prélève en premier des organes vitaux tels que les reins et les poumons, le cœur ou le foie, alors la circulation s'arrête. La dissection de la face prend au moins cinq heures, et on ne peut laisser un tissu sans le réfrigérer pendant aussi longtemps. Les cellules seraient alors définitivement altérées. Les procédures ont donc été établies de la sorte : d'abord le visage, ensuite les autres parties du corps. À nous de ne pas trop faire saigner l'opéré ; à nous surtout de ne pas mettre en péril les organes vitaux. Si notre opération tourne mal et risque d'endommager le cœur, les poumons ou les reins, obligation nous est faite de ne pas insister, de tout arrêter et de passer la main. Tous ces organes sont prioritaires comparés à la face. Nous commençons par une trachéotomie, pour cette seule raison que nous ne pourrions pas opérer si le donneur conserve un tube dans la bouche. Je demande à Romain de la pratiquer, je le laisse faire, je regarde du coin de l'œil, je sors, je reviens, il a réalisé l'opération très proprement. Il faut aussi, tout de suite, fabriquer le masque que nous poserons sur le donneur après le prélèvement. J'ai développé cette technique, exigé que nous reconstruisions

## *Chaque visage a une histoire*

son visage, pour permettre à ses proches de le revoir une dernière fois, sans crainte, après l'opération. Pour réaliser la prothèse, Dany Faroy fait d'abord un moulage, avec l'aide d'un membre de l'équipe. Sur une table roulante qui lui sert d'établi, il pose des bandes de plâtre, de la poudre d'alginate et une bassine. La poudre d'alginate mélangée à l'eau devient une sorte de gélatine rose – on l'utilise pour les moulages dentaires. Dany prépare le mélange qui ne doit être ni trop fluide, ni trop ferme. À l'aide d'une spatule, il en étale une couche épaisse sur le visage du donneur. L'un de nous met alors ses mains en creux, autour des oreilles de ce dernier pour qu'elles soient bien moulées. Dany ajoute ensuite du plâtre pour renforcer le tout. Une fois que son moulage est parfaitement sec, il le démoule en veillant à ne pas fracturer l'alginate. Dans une salle annexe bien éclairée, Dany fabrique ensuite son masque à l'aide de petits flacons de résine, qu'il remplit avec précaution, petite couche par petite couche. Il prépare la teinte à donner en fonction de la couleur de peau du patient. Une fois la résine sèche, il démoule. Il a devant lui le masque mortuaire, d'une teinte uniforme. Avec son pinceau, il rajoute quelques touches de couleur pour retrouver les subtilités des traits du visage. À l'arrivée, le résultat est stupéfiant et nous vaut toujours

## *Une première mondiale*

les remerciements des proches du défunt. Le masque est si proche de la réalité qu'une personne étrangère à la famille s'y tromperait et serait incapable de deviner que cet homme n'a plus son vrai visage.

Le crâne du donneur a été tondu : aucun cheveu, aucun poil ne doit nous gêner. Je dessine une longue ligne, celle de l'incision à venir. D'abord dessiner, ensuite inciser. « *Think twice, cut once* » (penser deux fois, ne couper qu'une seule fois), disait Harold Gillies, un des maîtres de la chirurgie plastique. Le tracé est simple. Imaginez les masques blancs que portent les mimes... Imaginez que j'en ai posé un sur le visage du donneur et que je découpe tout autour. En haut, la ligne passe un peu au-dessus du front, puis elle redescend en ligne droite derrière les oreilles jusqu'au cou. Elle oblique ensuite vers le milieu du cou au-dessus de la pomme d'Adam pour finalement rejoindre l'autre côté. Elle forme ainsi un ovale dans lequel on retrouve les lèvres, les paupières, le front, les oreilles, le nez et les joues. Nous réalisons une infiltration de sérum contenant de l'adrénaline, qui évitera que le visage ne saigne lorsque j'inciserai la peau. Après l'incision vient le temps de la dissection. Je commence par les vaisseaux du cou. Je tiens dans la main gauche une pince spéciale inventée par le

## *Chaque visage a une histoire*

Dr Michael DeBackey, une sommité de l'hôpital de Houston, au Texas. Cette pince permet de saisir les artères et les veines sans les traumatiser. Dans la main droite, je tiens une paire de ciseaux pour libérer l'artère ou la veine concernée. Les instruments utilisés varient en fonction des circonstances. Les artères, par exemple, sont plus solides que les veines. Certains chirurgiens, surtout parmi les plus jeunes, ont besoin de nombreux instruments ; avec le temps et l'expérience, on apprend à n'utiliser que ce qui est nécessaire. Ces instruments me sont présentés par une infirmière dont le rôle est d'anticiper mes gestes, de préparer et nettoyer les instruments à chaque utilisation.

Progressivement, il faut disséquer les différents vaisseaux : la veine jugulaire externe, très superficielle, capitale dans ce type d'opération. C'est la veine que l'on voit ressortir sur le côté du cou chez les personnes maigres. Je la « clipe », c'est-à-dire que je mets au bout une pince en métal en forme de petit U pour la fermer. Je passe ensuite à la veine jugulaire interne, puis à la carotide. Tel un jardinier, je coupe les branches inutiles, puis j'incise derrière l'oreille, je coupe le conduit auditif et l'oreille se détache progressivement. Sous l'oreille se trouve le nerf facial, qui donne sa motricité à la face ; je le dissèque et le coupe,



N° d'édition : L.01EHBN000442.N001  
Dépôt légal : janvier 2012