

## Ostéopathie et transdisciplinarité " Le squelette humain dans tous ses états "

### Une pathologie ostéo-articulaire rarissime au XVII<sup>e</sup> siècle : le rhumatisme psoriasique

Djillali Hadjouis \*1, 2

1 Service Archéologie du Val de Marne - 7/9 rue Guy Môquet - 94800 Villejuif (France)

2 Ecole Supérieure d'Ostéopathie - Département de la Recherche - Cité Descartes - 8, rue Alfred Nobel - 77420 Champs sur Marne (France)

\* Auteur correspondant. Email: djillali.hadjouis@cg94.fr

Mots clés : rhumatisme psoriasique, polyarthrite rhumatoïde, syndrome de Reiter

La ville de Saint-Maurice dans le département du Val de Marne a connu ces dernières années de remarquables découvertes archéologiques. Ce fut d'abord la découverte en 1986 par le service d'Archéologie du Val de Marne d'un sarcophage anthropomorphe de plomb contenant un corps embaumé d'un jeune et noble protestant anglais, Thomas Craven, mort avant d'atteindre ses 18 ans.

Les fouilles préventives dirigées par J. Y. Dufour de l'INRAP en 2005 ont permis de mettre en évidence non seulement un important cimetière huguenot de Charenton du XVII<sup>e</sup> siècle mais également de localiser les fondations du premier temple construit en 1607 et qui fut la plus importante église réformée du Royaume de France (Dufour et al. 2012). Les analyses anatomo-pathologiques, radiologiques, microbiologiques et archéobotaniques effectuées sur le corps embaumé de Thomas Craven, puis celles étudiées sur les 200 squelettes du cimetière huguenot ont permis de mettre en évidence la présence de la peste (*Yersinia pestis*), à côté d'autres maladies infectieuses, dégénératives et métaboliques (Hadjouis, 2008, 2009, 2011, Hadjouis et al. 2008, 2011).

#### Un contexte épidémiologique différent du Moyen Age

Force est de constater que la présence d'un grand nombre de squelettes (26 individus) dans la population de Saint-Maurice, affectés par des lésions de rhumatisme psoriasique jamais signalés, ni recensés dans les études paléopathologiques des populations médiévales du Val-de-Marne (6 nécropoles) livre non seulement une donnée nouvelle non négligeable dans le territoire du sud-est parisien mais soulève également sa problématique avec l'épidémie de peste, notamment par d'éventuels croisements.

L'arthrite, forme inflammatoire d'arthropathie est peu fréquente dans les populations médiévales. Cette affection ostéolytique dominante a une distribution monoarticulaire (goutte), polyarticulaire symétrique (polyarthrite rhumatoïde ou PR) ou asymétrique (spondylarthrite ankylosante ou SPA, spondylarthrite psoriasique ou rhumatisme psoriasique (RP), spondylarthrite réitérienne). Un effectif important de squelettes dans la collection de Saint-Maurice, atteint de lésions de polyarthrite inflammatoire ouvre un débat sur le diagnostic et la répartition géographique post-médiévale de cette maladie. En effet, la présence d'un rhumatisme psoriasique comme diagnostic rétrospectif et une polyarthrite rhumatoïde et dans une moindre mesure le syndrome de Reiter (Spondylarthrite réitérienne) comme diagnostics différentiels au XVII<sup>e</sup> siècle, et leur absence ou leur caractère exceptionnel au Moyen-Age mérite une attention particulière par rapport à l'histoire de cette maladie. La polyarthrite rhumatoïde n'est connue avec précision en France qu'à partir du XVIII<sup>e</sup> siècle. Outre la présence de lésions symétriques et asymétriques de polyarthrite au niveau des articulations mobiles, la fusion des articulations inter-phalangiennes distales du 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> rayon, épargnant les proximales (caractéristiques de la PR), leur déformation et destruction, la présence de micro-géodes juxta-articulaires, d'ostéosclérose périphérique sur 26 squelettes orientent manifestement vers un rhumatisme psoriasique.

Parmi les 26 squelettes de Saint-Maurice (voir tableau), la moitié n'est représentée que par le membre inférieur (220, 133, 295, 297, 329, 215, 218, 209, 243, 339, 354, -275/300/315/294-, Z1)

tableau 1. — Fréquence des atteintes ostéo-articulaires du rhumatisme psoriasique

	Sépultures	%
Lésions de l'odontode de C2	135, 299	1.1
Lésions destructrices et déformantes des interphalangiennes distales du pied	297, 288, 133, 220, 135, 299, 180, 183, 114, 215, 218, 269, 178, (275/300/315/294), 362, 353, 352, 354	10,4
Soudure des interphalangiennes distales du 4 <sup>e</sup> ou 5 <sup>e</sup> rayon du pied	295, 297, 288, 133, 365, 135, 299, 183, 114, 218, 209, 243, (275/300/315/294), 362, 353, 352, 354	9,8
Erosions marginales avec ou sans hyperostose	288, 135, 178, 352	2,3
Amincissement diaphysaire des phalanges du pied	269	0,5
Creusement en cupules des bases phalangiennes	127, 329, 135, 299, 183, 215, 209	4
Déformation distale des phalanges en « coup de vent »	328, 180, 183, 215, 218, 243, 269, 362, 352	5,2
Atteintes métatarso-phalangiennes	127, 288, 365, 328, 329, 135, 299, 180, 183, 114, 215, 218, 209, 269, 353	8,7
Hallux valgus bilatéral	135, 253	1,1
Talalgie inférieure	183	0,5
Talalgie postérieure	328, 135, 215	1,7
Atteintes carpo-métacarpiennes	127, 288, 328, 299, 178	2,9
Atteintes métacarpo-phalangiennes	295, 288, 178	1,7
Atteinte du coude	288, 365, 135,	1,7
Atteinte du genou	295, 288, 328, 329, 209, 178	3,4
Carpite/arthrite de la main	288, 299, 127 (23)	1,7
Atteintes du tarse	365, 183, 114, 215, 209, 353	3,4
Lésions destructrices et déformantes des interphalangiennes de la main	328, 178	1,1
Coxite bilatérale	353	0,5



Figure 1. — Phalanges du pied droit (sépulture 352) montrant les atteintes interphalangiennes, noter la soudure interphalangienne distale du 5<sup>e</sup> rayon et la déformation distale en « coup de vent » d'une des phalanges proximales, caractéristique du rhumatisme psoriasique, © D. Barrau, Service Archéologie du Val de Marne.

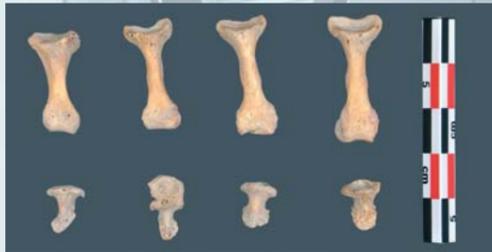


Figure 2. — Phalanges du pied droit (sépulture 297) montrant les atteintes phalangiennes et interphalangiennes, noter la soudure interphalangienne distale du 4<sup>e</sup> rayon, l'amaigrissement diaphysaire et le creusement en cupules des épiphyses proximales phalangiennes, caractéristiques du rhumatisme psoriasique, © D. Barrau, Service Archéologie du Val de Marne

et leur diagnostic rétrospectif est basé sur les seules jointures bilatérales et asymétriques (ou symétriques) des fémurs, tibias et de l'ensemble tarso-métatarsien.

La première remarque qui s'impose est que les atteintes des jointures des deux sexes, chez l'adulte comme chez le jeune adulte se renouvellent avec les mêmes symptômes sur l'ensemble de ces individus. Les symptômes les plus caractéristiques sont représentés systématiquement par des atteintes préférentielles : lésions destructrices et déformantes des phalanges du pied avec une prédilection des interphalangiennes distales, soudure des interphalangiennes distales du 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> rayon, érosions marginales, parfois hyperostosantes, amincissement diaphysaire des phalanges du pied avec parfois une lyse des extrémités, creusement en cupules des bases phalangiennes, déformation distale des phalanges en « coup de vent », atteintes métatarso-phalangiennes surtout au premier rayon (figure 1 et 2, tableau 1). D'autres atteintes moins systématisées sont représentées par : des appositions périostées juxta-articulaires et métaphysaires, un hallux valgus bilatéral, des talalgies inférieures et postérieures en relation avec des enthésopathies de l'épine calcanéenne, une carpite fusionnante, des atteintes carpo-métacarpiennes et métacarpo-phalangiennes, des atteintes de l'épaule (érosion des têtes humérales), du coude et du genou (enthésopathies des muscles croisés et des contours marginaux).

Sur les 26 squelettes ou parties de squelettes, le diagnostic rétrospectif de rhumatisme psoriasique est partagé avec un diagnostic différentiel de polyarthrite rhumatoïde et dans une moindre mesure avec le rhumatisme réitérienne (syndrome de Fiechter-Leroy-Reiter), bien que ce dernier soit lié à un syndrome conjonctivo-urétral-synovial, arthrite réactionnelle liée à l'antigène HLA-B27 (germes à *Chlamydia trachomatis*, salmonelles...). Autrement dit, eu égard à la bonne conservation des petites articulations du pied, le tableau étiologique ne souffre pas d'incertitudes au niveau du diagnostic différentiel. Différent des manifestations arthropathiques non inflammatoires, le seul diagnostic proche est celui de la polyarthrite rhumatoïde. Toutefois, la soudure des interphalangiennes distales sur plus de la moitié des individus atteints de rhumatisme psoriasique (17 sur 26) ne laisse pas de doute à ce diagnostic, quand on sait que l'atteinte interphalangienne de la PR concerne exclusivement les proximales.

#### Bibliographie

- Dufour, J.Y. (sous la direction), (2012). Saint-Maurice, Temple et cimetière huguenot de Charenton, 2 volumes, 267 p et 248 p. Rapport de fouille, INRAP Centre Île-de-France
- Hadjouis D. (2008). La peste aux portes de Paris, Archéologia, 460, 52-60.
- Hadjouis, D. (2009). Les maladies alvéolo-dentaires chez les populations médiévales du Val-de-Marne, Actes Société française d'histoire de l'art dentaire, 2009, 14 : 38-42.
- Hadjouis, D. (2011). Psoriatic arthropathy in a 17th century archaeological protestant population belonging to Saint-Maurice cemetery in France, Int. J. Mod. Anthropol. (2011) 4 pp. 29-41
- Hadjouis, D., Lavu D., Aboudharam G., Drancourt M., Andrieux P. (2008). Thomas Craven, noble anglais mort de la peste en 1636 à Saint-Maurice (Val-de-Marne, France). Identification et détermination de la cause de la mort par l'ADN. Biométrie Humaine et Anthropologie, 26, 1-2 : 69-76.
- Hadjouis, D., Corbinau, R., Ruas, M.P., Verdin, P. (2011). Techniques d'embaumement sur le corps d'un noble anglais mort de la peste (Saint Maurice, Val de Marne), In. 3<sup>e</sup>ème colloque international de pathographie, 3-5 avril 2008, Théâtre de Bourges, p. 31-62.