

MUNIBE (Antropología - Arkeologia)	Supl. Nº 8	107-110	SAN SEBASTIAN	1992	ISSN 1132-2217
------------------------------------	------------	---------	---------------	------	----------------

A propos d'une spondylodiscite medievale du Xe siècle (La Roquebrussanne, Var).

A case of espondylidiscitis from the Xth century (La Roquebrussanne, Var).

PALABRAS CLAVE: Paleopatología, Entesopatía, Tuberculosis, Edad Media.

KEY WORDS Paleopathology, Enthesopathie, Tuberculosis, The Middle Ages.

György PALFI *
Olivier DUTOUR **
Jacques BERATO ***

RESUMEN

Durante las obras de construcción realizadas en La Roquebrussanne (Var, Francia) en 1979, se descubrió un enterramiento humano perteneciente al siglo X. Los restos esqueléticos, enteros y bien conservados, pertenecen a un varón adulto de una estatura entre 176 cm. y 182 cm. que habría fallecido, según el examen antropológico, entre los 51 y 57 años de edad.

En el mismo se identifican algunas alteraciones patológicas. Junto con modificaciones en la calcificación (entesopatías, tiroides osificados y cartílagos costales), existen caries, un absceso periapical e indicios de una grave enfermedad infecciosa. Se pueden apreciar lesiones destructivas que afectan principalmente a la segunda y tercera vértebra lumbar con una extensa neoformación de hueso. También existe una reacción de osteogénesis en la superficie articular de la cadera derecha como consecuencia de un posible absceso frío. Hay indicios de sinovitis de la cadera y en las articulaciones de la rodilla y de bursitis en la inserción del tendón de Aquiles. Una vez realizado el diagnóstico diferencial mediante el estudio morfológico y radiológico de las lesiones, se establece una etiología de origen tuberculótico a todo el conjunto.

SUMMARY

During some construction work at La Roquebrussanne (Var, France) in 1979, a human burial were discovered, dated to the 10th century A.D. The well preserved and complete skeletal remains are those of an adult male of a height of 176-182 cm. and of the age at death 51-57 years as assessed by anthropological examinations.

The skeletal remains present several ostological changes. Beside slight calcification changes (entesopathies, ossified thyroid and costal cartilages), caries and a periapical abscess, the skeleton exhibits the signs of a severe infectious disease. Destructive lesions affecting mainly the second and third lumbar vertebrae can be detected with extensive new-bone formation. Periosteal reactive bone can be seen on the inner surface of the right hip bone as a possible consequence of a right cold abscess. Osteological signs of synovitis of the hip and knee joints and bursitis of the left Achilles tendon and the above mentioned criteria suggest the tuberculous origin of the disease. The differential diagnosis was made by examinations using macroscopic morphological and X-ray methods.

LABURPENA

1979an La Roquebrussanne-n (Var, Frantzia) egindako eraikuntza-lan batzuetan J. a. X.mendekoa zen giza-ehorzketa bat deskubritu zen. Ondo kontserbatuta osorik zegoen hezurdura-hondarrak 51-57 urteekin hil zen, 176-182 cm.ko altuerako, gizezko batenak dira, azterketa antropomofikoek baieztatu dutenaren arabera.

Hezurdura-hondarrek hainbat aldaketa patologiko azaltzen dituzte. Hezurdurak kaltzifikatze-aldaketa xumeak (entesopatiak, tiroides eta saiheits-kurruka hezurtuak), txantxarrak eta zomezorro periapiko bat erakutsi ezezik, soldurazko gaitz larri baten ezaugarriak ere azaltzen ditu. Bereziki bigarren eta hirugarren gerri-ornoa ukitzen dituzten lesio suntsitzaileak igertzen dira, hezur berrien erakuntza hedatuarekin batera. Eskuineko hankezurreko barne-azaleran periostio gisako hezurtze-erreakzioa agertzen da, ziur aski zomezorro hotz baten ondorioa. Hankezur eta belauneko giltzaduretan sinobitisaren eta ezkerreko Akilesen orpezurreko bursitisaren seinale osteologikoen eta goian aipaturiko erizpideek gaitzaren jatorri tuberkulosoak sujeritzen dute. Diagnosi diferentzialera iristeko buruturiko azterketak metodo makroskopiko morfoloikoak eta X-izpizkoak erabiliz egin dira.

* Département d'Anthropologie. Université Attila József, H-6701, P.O.B. Hongrie.

** Centre Universitaire de Luminy, F 13288 Marseille. France.

*** Centre de Documentation Archéologique du Var. Centre de Toulon 14 Bd. Bazeilles et Cabinet de Rhumatologie. 5 Rue Gimelli, F 83000 Toulon. France.

En 1979, lors des travaux de construction, une tombe fut retrouvée à La Roquebrussanne (var, France), non loin de la nécropole "Le Grand Louu II" daté du IIIe au Ve siècles. Le Coffrage de dalles en calcaire et le squelette ont permis aux archéologues d'attribuer cette sépulture au Xe siècle ap. J.C.

Le squelette est presque complet et en très bon état de conservation.

Comme le bassin et le crâne étaient présents et intacts nous avons pu pratiquer une détermination sexuelle assez correcte suivant les méthodes utilisées par l'anthropologie physique. Les indices suggèrent un sujet masculin.

Pour déterminer l'âge, la méthode complexe établie par les anthropologues européens nous a permis d'estimer l'âge au décès de l'individu entre 50 et 60 ans (54+ 3 ans).

Comme le squelette post-céphalique est presque complet, la détermination de la stature a pu être réalisée: à partir de l'humérus, du fémur et du tibia, nous avons estimé la taille de l'individu à 178+6.3 cm, il s'agit donc du squelette d'un homme de stature élevée.

Au cours de l'analyse paléanthropologique plusieurs traces d'altération d'origine pathologique ont pu être constatées. En ce qui concerne la pathologie dentaire, le sujet présente une lésion infectieuse périapicale touchant la deuxième molaire (M2) supérieure gauche et des caries de la première molaire (M1) supérieure gauche et des M1, M2 inférieures du même côté.

Sur le squelette examiné nous avons observé des signes d'une maladie hyperostotique débutante.

Mais l'altération pathologique la plus remarquable, qui souligne l'intérêt de présenter notre cas ici, est la destruction d'origine vraisemblablement infectieuse des première et troisième vertèbres lombaires. Sur la surface inférieure de la première vertèbre lombaire (Photo 1) nous pouvons apercevoir l'érosion et la destruction du plateau vertébral. La présence des géodes ouvertes dans le disque est remarquable. La radiographie révèle la destruction osseuse adjacente avec l'image géodique (Photo 2). Une ostéosclérose s'est développée autour des parties de substance osseuse, et en bordure du disque atteint il y a une ostéophytose latérale prédominante du côté gauche.

L'examen macro-morphologique nous révèle paradoxalement les détériorations des vertèbres plus clairement que l'examen radiologique. L'image stéréomicroscopique témoigne de la profondeur d'une géode traversant toute l'épaisseur du corps vertébral.

La néoformation superficielle du tissu osseux sous la forme d'ostéophytose est bien visible, surtout en grossissement.

Les altérations macro-morphologiques et radiologiques conviennent aux critères des spondylites infectieuses, plus précisément des spondylodiscites. Bien que les érosions des plateaux vertébraux qui accompagnent quelques discopathies dégénératives

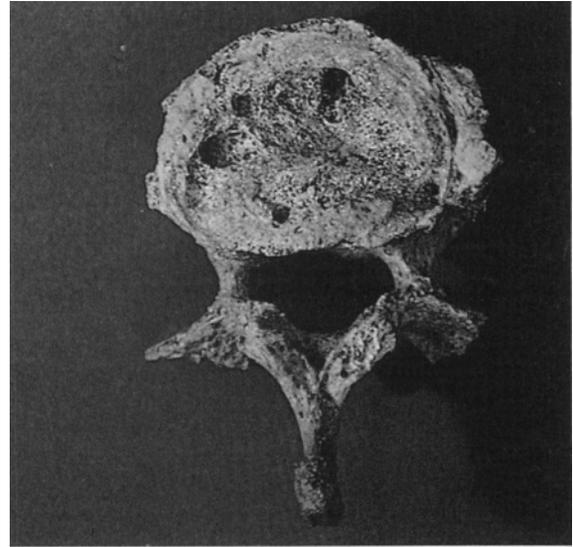


Photo 1. Face inférieure de la première vertèbre lombaire avec destruction de la surface discale.

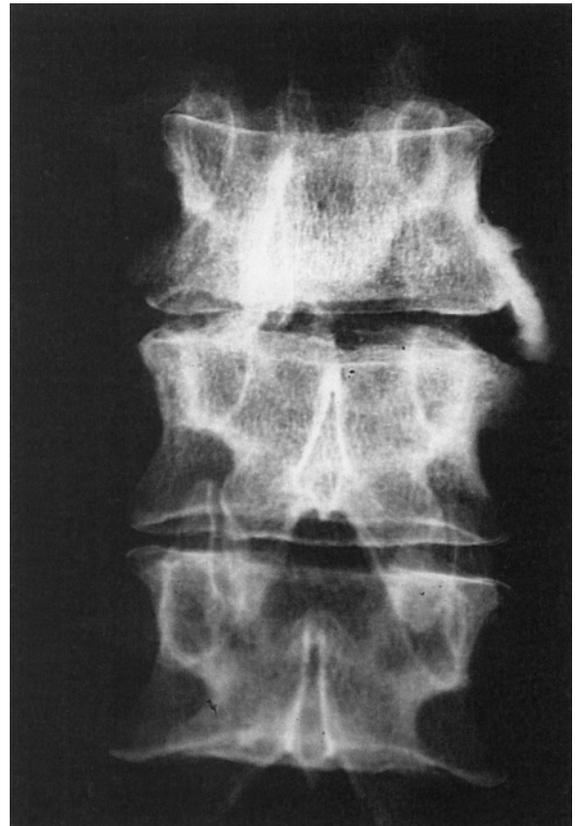


Photo 2. Radiographie qui révèle la destruction osseuse avec image géodique.

(discathrose pseudo-pottique) puissent créer une difficulté diagnostique, ces encoches et ces lacunes sont peu volumineuses et sont surtout bien limitées.

Au cours de l'analyse paléopathologique nous avons pu détecter d'autres altérations pathologiques périphériques soulignant l'origine infectieuse de la maladie. Dans la fosse iliaque interne (Photo 3) et

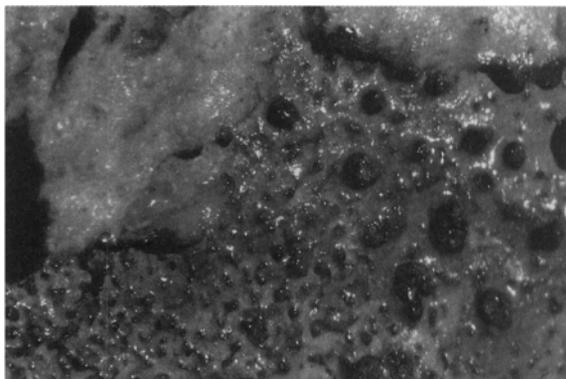


Photo 3. Image infectieuse de la fosse iliaque interne.



Photo 4. Ossification des insertions tendineuses dans la face postérieure du calcaneum.

dans la gouttière du psoas-iliaque de l'os iliaque droit des appositions périostées étendues peuvent être observées. Nous avons également observé des signes de périostite dans les régions des grand et petit trochanters, des crêtes d'insertion des muscles grand fessier et pectiné.

Correspondant aux données de la littérature, la topographie anatomique de la périostite iliaque nous permet de la juger comme conséquence secondaire d'un abcès d'origine spondylitique. Les réactions ostéopériostées tuberculeuses, observées au niveau de l'aile iliaque ou du trochanter sont en effet induites par la migration d'un abcès froid tuberculeux descendant dans la gaine du psoas. La figure présente la topographie des muscles psoas-iliaque et celle des altérations pathologiques.

En plus des lésions mentionnées ci-dessus, des signes osseux articulaires ont été relevés. Une irrégularité des surfaces osseuses (néoformation ponctuée de nombreux pertuis) dans les régions des deux cols fémoraux, des zones subcondyliennes antérieures et préspinales tibiales qui correspondent à des régions anatomiques de contact étroit avec les synoviales) sont très en faveur d'un processus inflammatoire hypervascularisant la synoviale des hanches et des genoux. Ces signes de synovite peuvent correspondre au premier stade de David-Chaussé de l'atteinte tuberculeuse articulaire.

L'altération de la face postérieure du calcaneum gauche peut être reliée à une bursite du tendon d'Achille (bourse séreuse rétro-calcanéenne) (Photo 4).

Plusieurs agents infectieux pouvant attaquer parallèlement le rachis et les articulations périphériques, la relation de la spondylodiscite, des signes périostés des synovites et de la bursite est donc fort probable.

Au cours de cette analyse paléopathologique nous avons donc établi des signes ostéoarticulaires d'une affection infectieuse chez ce sujet médiéval.

L'atteinte des vertèbres lombaires et des signes périostés principalement iliaque interne peuvent se rapporter à une spondylodiscite infectieuse avec abcès froid possible. Les altérations débutantes des articulations périphériques sont attribuables à la diffusion articulaire de la maladie.

La morphologie et la topographie des altérations correspondent aux descriptions classiques de la spondylodiscite tuberculeuse dont les exemples paléopathologiques ne sont pas rares. En général elle atteint un étage discal, lombaire ou dorsal et intéresse le disque intervertébral et les corps vertébraux adjacents. Dans le cas du mal de Pott débutant, les lésions destructives des corps vertébraux adjacents (géode centro-somatique) se voient mal à la radiographie; dans notre cas elles sont évidentes sur les ossements secs, même si elles révèlent un aspect moins patent sur les clichés. Le développement d'un abcès est fréquent; les abcès du mal de Pott D12-L1 et L1-L2 descendant dans la gaine du psoas.

On se trouve donc confronté à un diagnostic de "paléo-spondylodiscite infectieuse". Chez les sujets vivants, il est impossible de dire cliniquement et à la lecture des clichés radiologiques avec un degré suffisant de certitude, dans environ un quart des cas, si une spondylodiscite est d'origine tuberculeuse ou non. Dans notre cas, l'incertitude théorique du diagnostic différentiel est encore plus grande; sur des pièces vertébrales sèches, aucun critère diagnostique n'étant véritablement spécifique de l'étiologie d'une spondylodiscite infectieuse. Celle-ci est plus souvent causée en pathologie actuelle par des bactéries pyogènes (staphylocoque doré en premier lieu, streptocoque, bactéries Gram négatifs) provoquant des lésions très destructives souvent comparables au mal de Pott. Cependant la construction osseuse (ostéoclérose, ostéophytose péri-discale) y est plus importante et plus rapide, les images d'abcès péri-vertébral volumineux sont rares. Il est difficile cependant d'imaginer la constitution d'un abcès diffusant

dans la gaine du psoas et collecté dans la fosse iliaque, les germes en cause rendant, en l'absence de thérapeutique, l'évolution rapidement fatale avant ce stade. Par ailleurs, les localisations périphériques multiples (hanches, genoux) associées à la spondylodiscite ne sont pas du tout en faveur de cette catégorie de germes pour lesquels, à une seule exception près, l'atteinte monarticulaire est de règle.

La spondylodiscite brucellienne est souvent confondue avec tuberculose vertébrale; on ne peut pas l'exclure non plus, a priori en raison de son siège, (surtout le rachis lombaire) et de ses caractères de destruction similaire des vertèbres adjacentes. Cependant quelques caractères particuliers de notre observation tels que l'absence d'une reconstruction osseuse exhubérante, la présence d'un abcès de type froid et l'absence d'atteinte ostéoarticulaire effectivement brucellienne (sacroiliaque notamment) diminuent sa probabilité dans notre cas.

Les spondylodiscites salmonelliennes (typhiques ou paratyphiques) du rachis lombaire, ressemblent au mal de Pott, mais évoluent habituellement vers la

guérison rapidement, sans abcès périvertébral volumineux.

Notons par ailleurs qu'en dehors du *Mycobacterium tuberculosis* le plus fréquent, d'autres mycobactéries atypiques peuvent également causer des altérations tout à fait semblables.

En conclusion, ce sujet médiéval du Xe siècle de notre ère est porteur d'une spondylodiscite lombaire haute d'allure infectieuse avec des signes ostéopériostés évoquant la fosse iliaque droite d'un abcès en relation avec l'atteinte spondylodiscale. Il présente par ailleurs des signes osseux indirects de synovite au niveau des hanches et des genoux et de bursite au niveau calcanéen gauche.

Bien que l'on ne puisse avoir aucun élément de certitude, la conjonction de tous ces signes incite plutôt à retenir parmi les étiologies possibles de spondylodiscites celle plus probable d'une atteinte tuberculeuse, en gardant à l'esprit les autres causes possibles de nature non spécifique, du fait des limites de l'analyse paléopathologique.