

# LES SPONDYLODISCITES TUBERCULEUSES (SPDT) TOUJOURS UN GRAND DÉFIT DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE A MOSTAGANEM ALGÉRIE

BESTAOUI Samira<sup>1</sup>, FELLAH Mohamed<sup>1</sup>, ERROUANE Khaled<sup>1</sup>,  
BENDANI Yacine<sup>2</sup>, SI ALI Ilyes<sup>2</sup>, BADACHE Kenza<sup>2</sup>, MATMOUR Dalila<sup>3</sup>

1: Service des maladies infectieuses, Faculté de médecine, Mostaganem, Algérie

2: Service de neurochirurgie, Faculté de médecine, Mostaganem, Algérie

3: Département de pharmacie, Faculté de pharmacie, Sidi Bel Abbès, Algérie

**Auteur correspondant :** BESTAOUI Samira, Service des maladies infectieuses, Faculté de médecine, Mostaganem, Algérie

**E-mails Address:** [samira.bestoui@univ-mosta.dz](mailto:samira.bestoui@univ-mosta.dz) et [infectiologiemostaganem@gmail.com](mailto:infectiologiemostaganem@gmail.com)

**Reçu :** 12 Juillet 2025    **Accepté :** 17 Octobre 2025    **Publié :** 23 Novembre 2025

**Citation:** BESTAOUI Samira, FELLAH Mohamed, ERROUANE Khaled, BENDANI Yacine, SI ALI Ilyes, BADACHE Kenza, MATMOUR Dalila. LES SPONDYLODISCITES TUBERCULEUSES (SPDT) TOUJOURS UN GRAND DÉFIT DIAGNOSTIC ET THÉRAPEUTIQUE A MOSTAGANEM ALGÉRIE. JMSP Vol.1 Numero 2

## RÉSUMÉ :

La spondylodiscite tuberculeuse représente un problème de santé publique surtout dans les pays où l'incidence de la tuberculose est élevée, il s'agit de l'atteinte osseuse tuberculeuse la plus fréquente, elle engendre des dégâts locaux et régionaux important de part son évolution insidieuse mais aussi par la difficulté de sa prise en charge.

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossier de malades hospitalisés au service des maladies infectieuses pour une SPD tuberculeuses (preuve bactériologique, histologique, arguments indirects avec bonne réponse thérapeutique), recensant 35 cas de SPD T, sur une période de 3 ans. Deux patients étaient coinfestés Tuberculose-brucellose. Quatre-vingt pourcent étaient diagnostiquées sur pièce anatomo-pathologique, et dont le délai diagnostic était de plus 3 mois dans 55% des cas. Soixante-quinze cas avaient déjà des complications au moment de leur hospitalisation dont 45% avec des épидurites.

Le traitement associait RHZE pour une durée de 12 mois, avec la corticothérapie chez 79% des malades dont 2% a visé purement antalgique. Les effets secondaires étaient multiples dont 5% imposant l'arrêt définitif des antituberculeux. Les schémas alternatifs ne sont pas établis en littérature nous avons associé des molécules ayant un effet sur le BK et une bonne diffusion osseuse.

La prise en charge complète des SPDT reste un véritable défi pour le praticien, dès son diagnostic (souvent retardée par l'évolution insidieuse et la prise d'antalgiques et d'anti-inflammatoires). Le réflexe d'une TDM voir une IRM précoce permettra de gagner des mois d'évolution fâcheuse.

**Mots clés :** Spondylodiscite tuberculeuse ; Délais diagnostic ; Complications ;

Epidurite

## INTRODUCTION

Les spondylodiscites infectieuses (SPDI) correspondent à l'infection du disque intervertébral et des vertèbres adjacents [1]. Il s'agit d'une pathologie en nette recrudescence vue la fréquence des affections immunosuppressives et des gestes interventionnels, ainsi que les épidémies de maladie tuberculeuse et de brucellose dans certaines régions [2]. Elle est de plus en plus décrite dans les pays développés où l'étiologie pyogénique est prédominante [3].

Les SPD tuberculeuses ou mal de Pott, ancienne infection représente l'une des formes les plus sévères en matière de pronostic fonctionnel des tuberculoses extra pulmonaire. Elle prend le plus souvent le 3<sup>eme</sup> rang par ordre de fréquence des atteintes (pulmonaire, ganglionnaire, osseuse...) [2],[3],[4].

Elle est endémique dans certaines régions, dont la notre en rapport avec la fréquence de l'atteinte pulmonaire et des différentes localisations. Sa survenue reste très progressive et discrète sur le plan manifestation clinique jusqu'à ce qu'elle entraîne des dégâts considérables au niveau de la colonne vertébrale [1].

L'atteinte vertébrale lors du mal de Pott se fait généralement par voie hématogène du *Mycobacterium tuberculosis* à partir d'un foyer patent ou latent pulmonaire ou ganglionnaire, cependant les SPD tuberculeuses par contiguïté sont possibles et celle du poste opératoire portant sur le rachis ont été décrites [1],[2],[5]. Une fois installé sur le rachis, l'infection entraîne une destruction progressive de la charpente osseuse : ostéolyse progressive des corps vertébraux, épargnant au début le disque on parle alors de spondylite. Une extension antérieure suite à un retard Dc favorisera la formation des abcès para vertébraux pouvant s'étaler en coulées ce qui fait la définition du mal de Pott. L'extension postérieure quant à elle, est responsable d'une épidurite et une sévère inflammation de la moelle épinière, provoquant les signes déficitaires qui et qui représente toute la gravité de la maladie [7].

La SPD tuberculeuse représente environ 1 à 3% des cas de l'ensemble des tuberculoses et un peu plus de 50% des tuberculoses ostéo-articulaires [7]. On note une prévalence plus élevée en Afrique subsaharienne [8], expliquée par la fréquence des autres localisations tuberculeuses [9].

Plusieurs facteurs de risques sont décrits en matière de SPD tuberculeuse la première reste l'immunodépression surtout liée au VIH [9], mais aussi le diabète la mal nutrition, les conditions socio-économiques défavorables (promiscuité). Les antécédents d'une TBC pulmonaire reste un facteur favorisant clé et sa découverte permet de faire avancer le Dc [9].

La symptomatologie clinique est directement liée au degré des dégâts déjà provoqués par le germe, en sachant que l'évolution est très lente et souvent découpée par la prise d'anti-inflammatoires et des corticoïdes, voir même des antibiotiques. La fièvre fait défaut et les rachialgies sont quasi constantes. À un stade plus ou moins avancé on assistera souvent aux signes déficitaires en rapport avec la souffrance de la moelle ainsi qu'une exacerbation de la douleur d'allure inflammatoire. Le syndrome de la queue de cheval, les atteintes sensitives et motrices sont très fréquentes et souvent corrélées aux degrés de l'atteinte infectieuse [10].

Le diagnostic étiologique de cette infection reste l'un des défis de la prise en charge à côté de la lourde thérapeutique, mais aussi la gérance des séquelles fonctionnelles. Cela implique un délai diagnostic long, pouvant atteindre des mois voir une à deux ans avant la mise en route du traitement [11].

Au cours de cette évolution insidieuses des complications s'installent, représentées essentiellement par les abcès para vertébraux et l'épidurite qui engendre une souffrance médullaire et par voie de conséquence des signes déficitaire de tout ordre (sensitifs et moteurs) ainsi qu'un syndrome de la queux de cheval [12],[13].

Le traitement médical reste le plus indiqué dans les spondylodiscites tuberculeuses, l'indication chirurgicale se posent essentiellement lors d'une souffrance aigue et importante de la moelle [14]. Le protocole national algérien pour le traitement de la tuberculose vertébrale est de 12 mois [15]. A base d'une association de quatre antituberculeux Rifampicine, Isoniazide, Pyrazinamide et Ethambutol (RHZE en forme combinée) en fonction du poids. Ce traitement est associé a des effets secondaires multiples pouvant imposer un allégement, l'utilisation de molécules séparées voir même l'interruption de la cure [13],[16],[17]. La corticothérapie à des doses élevées a permis de réduire l'inflammation et la souffrance médullaire, elle a un effet antalgique également, cependant aucun consensus n'est établi a l'heure actuelle. L'immobilisation la verticalisation dirigée et les séances de réadaptation fonctionnelle sont des compléments add integrum dans la prise en charge de cette pathologie, ce n'est que grâce à l'ensemble de ces facteurs qu'on pourra éviter les séquelles au cours et au long terme [16],[18],[19]

### **Les objectifs de ce travail étaient :**

De mettre le point sur le retard diagnostic (durée) en matière de SPD tuberculeuses.  
De préciser les difficultés de la prise en charge (clinique, radiologique, étiologique et thérapeutique).

## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive uni centrique sur une période de 4 ans ; allant de Janvier 2021 à Décembre 2024. Recensant les patients hospitalisés pour une spondylodiscite tuberculeuse, traités médicalement.

Nous avons étudié sur le plan Epidémiologique : la provenance des malades, les facteurs de risques (Diabète, Chirurgie sur la colonne vertébrale, Maladies cardiovasculaire et autres). Sur le plan Clinique : Le délai Dc (retard DC), les différentes manifestations telle la fièvre, la douleur et la raideur rachidienne les signe neurologiques (déficits moteurs ou sensitifs, syndrome de la queux de cheval. Sur le plan radiologique : Quel examen a permis de mettre en évidence la SPDT, les différents étages de l'atteinte, les différentes complications (abcès, épidurite, cyphose...). Et sur le Plan Diagnostic : confirmation (bactériologique, anatomopathologique, PCR) ou présomption (arguments d'orientation)

**Critères d'inclusion :** ce travail a inclus tout patient ayant une imagerie (TDM, IRM) objectivant une spondylodiscite tuberculeuse, et dont la recherche étiologique a abouti a une preuve en faveur de la tuberculose

Etais également inclus les dossiers ne comportant pas de preuve formelle d'une tuberculose mais possédant des arguments indirects en faveurs et ayant répondus à une épreuve thérapeutique

**Critères d'exclusion :** étaient exclus les perdus de vue et dont l'évolution a nécessité d'introduire une autre thérapeutique

## Déroulement de l'étude :

Cette étude rétrospective s'est déroulée au centre hospitalier universitaire de Mostaganem en étroite collaboration avec le service de neurochirurgie, rhumatologie et radiologie.

## RÉSULTATS

Trente-cinq (35) cas de SPD T ont été colligé durant notre étude de 3 ans sur un total de 40 SPD infectieuses ayant transitées chez nous, soit 87,5%. La tranche d'âge la plus touchée était : ans, avec une moyenne de 48,73 ans avec des extrêmes entre 25 et 75 ans, la tranche d'âge prédominante était entre 40-60 ans. Le sexe féminin était prédominant à raison de 58%. L'origine rurale était retrouvée dans 79,2% des cas. Parmi les patient recrutés 39,8% ne souffraient d'aucune comorbidité cependant la notion de diabète était retrouvée chez 21,8% des malades, 13% étaient déjà traités pour une tuberculose autre localisation.

Un retard diagnostic de plus de 3 mois était noté chez 60% des malades.

Quatre-vingt pourcent étaient diagnostiquées sur pièce anatomopathologique, et dont le délai diagnostic était de plus 3 mois dans 55% des cas. Soixante-quinze cas avaient déjà des complications au moment de leur hospitalisation dont 45% avec des épidurites.

\*Sur le plan clinique la présence de la fièvre était notée dans 15,28% des cas.

La douleur était signalée comme intense dans 40,7% et invalidant dans 22,7%, associée a une importance fonctionnelle totale dans 39,8%, et un déficit sensitivomoteur installé dans 15,3% des cas.

La durée d'hospitalisation dépassait les 30 jours dans 47,2%, les moins de 7 jours représentaient 9,3% des cas.

La durée de traitement était variable a savoir 73,3% des malades ont bénéficié d'un traitement de 12 mois, 12,7% d'un traitement de 18 mois, 0,8% étaient contraint a arrêté le RHZE suite a une contre-indication absolue.

La corticothérapie à base de méthylprédnisolone utilisée dans 30% des cas essentiellement en matière d'épidurite. L'immobilisation par une ceinture de contention de type béguin et le passage précoce a la réadaptation fonctionnelle étaient respecté par 79% des malades.

Le passage secondaire a la chirurgie (ostéosynthèse de stabilisation avec décompression épidurale), était noté chez 3 malades, secondaire a une évolution défavorable sur le plan fonctionnel et une aggravation des signes neurologiques initiaux et de la douleur.

Auteur(s)	Année	Localisation	Nombre de cas	Âge moyen (ans)	Sexe prédominant	Co-morbidités	Retard diagnostique	Confirmation diagnostique
Colmenero et al.	2012	Espagne	27	55	Masculin	Diabète (30%)	>3 mois (70%)	Biopsie osseuse
Cheung et al.	2010	Hong Kong	40	52	Masculin	Diabète (25%)	>2 mois (65%)	Biopsie disco-vertébrale
Tali et al.	2004	Inde	35	50	Féminin	Diabète (20%)	>3 mois (60%)	IRM et biopsie
Garg et al.	2011	Inde	50	45	Masculin	VIH (15%)	>4 mois (75%)	Biopsie osseuse
Rezgui S et al	2022	Tunisie	30	48	Féminin	Diabète (31,7%)	>3 mois (68%)	Biopsie disco-vertébrale

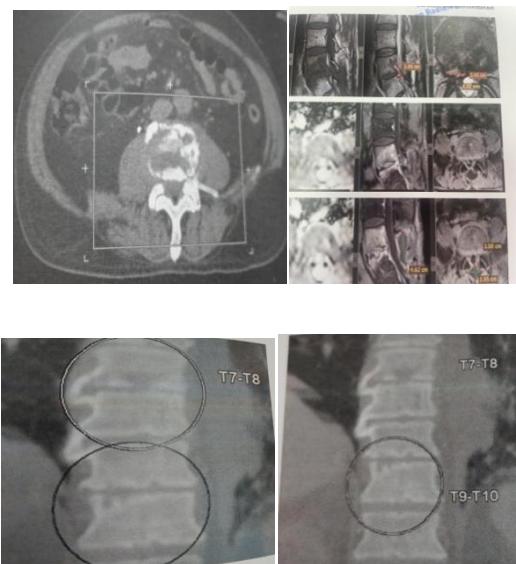


Figure n°01 : Quelques Images IRM/TDM de spondylodiscites tuberculeuses, avec collections et géode

## DISCUSSION :

### Table N°1. Comparaison des paramètres d'étude

Notre observation objective une tranche d'âge entre 40 et 60 ans essentiellement, avec une légère prédominance féminine ceci est cohérent avec plusieurs études dont celles de Tali et al [23], et Rezgui et al [24], qui rapportent une moyenne d'âge autour de 50 ans et une prédominance féminine. Cependant, d'autres études, comme celles de Colmenero et al [25]. Cheung et al [26] indiquent une prédominance masculine. Ces variations peuvent être attribuées à des différences géographiques, socio-économiques et culturelles influençant l'exposition et la susceptibilité à la tuberculose.

Le diabète est fréquemment associé aux spondylodiscites tuberculeuses, avec des taux variant de 20% à 30% selon les études [1]. Notre taux de 21% est donc en accord avec la littérature. Cette association souligne l'importance du dépistage et de la gestion du diabète chez les patients atteints de tuberculose vertébrale [25].

Un retard diagnostique supérieur à 3 mois est une tendance récurrente, observée dans 60% à 75% des cas selon les études. Notre constatation d'un retard de plus de 3 mois dans 60% des cas reflète cette réalité. Ce délai peut être dû à la nature insidieuse des symptômes, au manque de sensibilisation des médecins face à la douleur d'allure inflammatoire de la colonne vertébrale, a

L'abus des antis inflammatoires et aux ressources diagnostiques limitées [27].

La biopsie disco-vertébrale reste le gold standard pour la confirmation du diagnostic, utilisée dans la majorité des études. Toutefois, la positivité de l'examen direct pour le bacille de Koch (BK) est souvent faible, ce qui rend nécessaire l'utilisation d'arguments indirects et d'imageries avancées pour poser le diagnostic. Dans notre étude, 25% des diagnostics étaient basés sur des arguments indirects (basés sur le contexte épidémiologique en matière de zone d'endémicité à la tuberculose, notion de contagion tuberculeux voir même des ATCD de tuberculose antérieure ; la clinique, la radiologie, les marqueurs biologiques rappelant une tuberculose, est en accord avec ces observations [28][29].

La prise en charge des spondylodiscites tuberculeuses a largement évolué au fil des années. Dans notre étude et avant l'adoption de l'arrêté ministériel Algérien (Avril 2024), standardisant la durée de 12 mois pour les TBC vertébrales ; la durée de TRT variait entre 12-18 mois en fonction de l'évolution de la maladie.

La corticothérapie était utilisée à viser Thérapeutique (réduire l'inflammation médullaire), mais aussi antalgique [3].

La chirurgie vertébrale est intervenue chez 3 malades de notre série soit 8,75%, ce chiffre reste raisonnable en matière de SPDT [30].

## CONCLUSION :

Les spondylodiscites tuberculeuses, restent un problème de par leur diagnostic mais aussi la prise en charge et les conséquences fonctionnelles qu'elles engendrent

La question du dépistage précoce mérite d'être traité dans cette pathologie bien particulière, car elle est très souvent diagnostiquée tardivement à un stade où des dégâts structuraux sont déjà installés. La confirmation est souvent difficile d'où la nécessité de s'entraider par un faisceau d'argument cliniques, biologiques, radiologiques impliquant une multidisciplinarité rigoureuse

Sous traitement bien conduit cette pathologie peut tout de même évoluer défavorablement sur plan fonctionnelle et anatomique d'où la possibilité du recours à la chirurgie à tous les stades évolutifs.

Si le traitement standardisé de 12 mois constitue aujourd'hui la règle pour la thérapeutique des SPDT, la durée optimale doit toujours faire l'objet d'une discussion. L'éradication complète du foyer osseux et la prévention des récidives imposent une surveillance prolongée et une adaptation thérapeutique au cas par cas, notamment en présence de complication.

## RÉFÉRENCES

1. Benchouk S, Badla Y, Chabni N, Sour N, Taleb R, Barka B, Bensaha F, Bendimerad S, Benmrah F, Tahraoui F, Mahmoudi R, Rahmouni R. Spondylodiscites tuberculeuses : neuf ans d'expérience au service des maladies infectieuses du CHU Tlemcen. IV eme Congrès National de la Société Algérienne d'Infectiologie; 2023 Nov 3-5; Tizi-Ouzou, Algérie
2. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: an overview. Am Fam Physician. 2020;101(2):65-72
3. Ladeb MF, Riahi H, Chelli-Bouaziz M, Mechri M. Modification de la spondylodiscite tuberculeuse en tunisie. Bull Acard Natl Med. 2019 ;203(5):1013-1022
4. Bhavuk G, Nishank M, Rudra Narayan M, Arun MS, Burhan SS, Garima M . Epidemiological Insights from 1,652 Patients with Spinal Tuberculosis Managed at a Single Center: A Retrospective Review of 5-Year Data. Asian Spine J. 2021 Sep 1;16(2):162–172
5. Kumar R, et al. The burden of spinal tuberculosis: global epidemiological trends. Lancet Infect Dis. 2021;21(7):e183-e195
6. Gayader P. Évaluation de la stratégie diagnostique et identification de facteurs pronostiques à partir de 306 cas de spondylodiscites infectieuses. dumas-00746575 , version 1. 2012
7. Alliez jr, Diallo o, Alliez b. POTT'S DISEASE AND POTT'S PARAPLEGIA. AJNS, VOL 2.N25. 2006
8. Grosso S, Negrini S, Garavelli PL, Pasticci MB, Mencacci A, Oliva A. Tuberculous spondylodiscitis: a systematic review of diagnosis and treatment. J Infect Dis. 2022;226(5):887-898
9. Lopez R, Gomez-Hernando C, Garcia-Rodriguez JF, Menendez-Garcia C, Martinez-Martinez L, Gonzalez-Ruano P, et al. Tuberculosis osteoarticular: una revision actualizada. Rev Esp Quimioter. 2022;35(3):189-201
10. Filali I, Charaoui K, Mehila A, Dehimi M, Zerta SI, Haboudi M, Boulakehal N. Les aspects épidémio-cliniques et évolutifs de la tuberculose ostéo-articulaire dans un service des maladies infectieuses de Constantine. . IV eme Congrès National de la Société Algérienne d'Infectiologie; 2023 Nov 3-5; Tizi-Ouzou, Algérie
11. McHenry MC, Easley KA, Locker GA. Vertebral osteomyelitis: Long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals. Clin Infect Dis 2002;34:1342-50
12. Tiress N, Abid A. Compression medullaire au cours d'une spondylodiscite tuberculeuse: a propos d'un cas; pan afr Med J. 2018 ;31/101
13. Lacut JY , Dupon M , Paty MC. Tuberculoses extra-pulmonaires. Revue et possibilités de diminution des délais d'intervention thérapeutiques. Med Mal Infect , 25 ( 1995 ) , pp. 304 - 320
14. Nahid P, Dorman SE, Alipanah N, Barry PM, Brozek JL, Cattamanchi A, et al. Official ATS/IDSA/CDC Clinical Practice Guidelines: Treatment of Drug-Susceptible Tuberculosis. Clin Infect Dis. 2022;74(5):e98-e115.
15. Instruction N°07 du 21 Mars 2024, relative aux nouvelles directives nationales de traitement de la tuberculose.
16. Dourmane S, Ketfi A, Nehal A, Garanou M. Les effets secondaires majeurs des antituberculeux : à propos de 22 cas Revue des Maladies Respiratoires Volume 32, Supplement, January 2015, Page A214
17. Pai M, Behr MA, Dowdy D, Dheda K, Divangahi M, Boehme CC, et al. Diagnosis of pulmonary and extrapulmonary tuberculosis: advances and challenges. Lancet Respir Med. 2020;8(4):383-392

18. Tuli SM. Tuberculosis of the skeletal system. 3rd ed. New Delhi: Springer; 2019
19. Hidalgo J, Alangaden D. Pott Disease (tuberculous spondylitis) in E medicine, june 2005
20. World Health Organization [WHO] 2023
21. OuladKouider M, Benkhaled I, Kheloui Y. Les effets secondaires majeurs aux antituberculeux. Revue Française d'Allergologie Volume 59, Issue 3, April 2019, Pages 283-284
22. Moorthy S, Prabhu NK. Spectre des résultats de l'imagerie par résonance magnétique dans la tuberculose vertébrale. Am J Roentgenol, 2002 ;179 :979 – 983
23. Turgut .Tali E. Spinal infections. European Journal of Radiology. 2004; 50(2):120-133
24. Rezgui S, Slouma M, Bettaieb H, Ben Ammar L, Hannachi S, Abid R, Gharsallah I. La spondylodiscite tuberculeuse et a pyogene: quelles difference clinic-biologique? Rev du Rhum. 2022; 89 (S1) :A233
25. Calmenero, Fantoni M, Trecarichi EM, Rossi B, Mazzotta V, Di Giacomo G, Nasto LA, Di Meco E, Pola E. J :European Review for Medical and Pharmacological Sciences. Vol 16 (2012); Suppl 2, pp 58-72.
26. Cheung, Yee DK, Samartzis D, Wong YW, Luk KD, Cheung KM. Infective spondylitis in Southern Chinese: A descriptive and comparative study of ninety-one cases. Journal : Spine. 35(2010) ; N°6 ; pp635-641.
27. Garg RK, Somvanshi DS. Spinal tuberculosis: a review. Journal of Spinal Cord Medicine. 34 (2011) ; 5, pp 440-454
28. Gouliouris T, Aliya SH, Brown NM. Spondilodiscitis: Update on diagnosis and management. J Antimicrob Chemother 2010;65(3):11-24
29. Zimmerli W. Clinical practice. Vertebral osteomyelitis. N. Eng J Med 2010;362:1022-9
30. Bestaoui S, Bendahou I, Boucetta W, Tabet-Derraz N. Les Spondylodiscite Tuberculeuses: Quant la douleur chronique devient une indication chirurgicale. IV eme Congrès National de la Société Algérienne d'Infectiologie; 2023 Nov 3-5; Tizi-Ouzou, Algérie