

INTRODUCTION :

La tuberculose pharmacorésistante représente le principal obstacle aux programmes mondiaux de lutte antituberculeuse, en raison de son taux élevé de rechute, de la fréquence des échecs thérapeutiques, de la prolongation de la transmission du bacille et de l'augmentation de la mortalité associée. Nous rapportons quatre cas de tuberculose multirésistante extrapulmonaire : trois localisations ganglionnaires et une localisation pleurale.

LES OBSERVATIONS :

• Cas1 :

patiente âgée de 55ans, jamais traité pour la tuberculose et pas de notion de contagion tuberculeuse, pas d'antécédents pathologiques, l'histoire de la maladie remonte à 6mois par apparition d'une tuméfaction au niveau cervicale augmentant progressivement de volume, examen clinique retrouvait une adénopathie cervical droite ferme le reste d'examen clinique était sans particularité. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire a été retenu par le Genexpert réalisé sur un fragment de biopsie qui a permis de détecter le mycobactériumtuberculosis (MT) et de confirmer la résistance à la rifampicine. Justifiant un traitement de deuxième ligne selon un protocole long.

• Cas2 :

patient âgé de 26 ans suivi pour schizophrénie, traité en 2016 pour abcès de la paroi thoracique, présente douleur thoracique droit de type pleural avec une toux sèche évoluant depuis 3mois. Une radiographie thoracique objectivait une pleurésie de moyen abondance droit, ponction pleurale était en faveur de liquide exsudatif lymphocytaire avec genexpert détcté bas dans liquide pleural avec résistance à la rifampicine on a complété par XDR dans liquide pleural dont les résultats en faveur d'une résistance à l'isoniazide a haut niveau sensible aux fluriquinolone et aminosides. Recherche de BAAR à l'examen directe et genexpert dans les expectorations revenant négatif. Le patient a évolué favorablement sous traitement injectable après neuf mois.



Radio thoracique avant début de traitement



Radio thoracique en fin de traitement

• Cas3 :

Patiente agée de 18ans sans antécédents pathologique qui présente une tuméfaction cervicale évoluant depuis 1ans, examen clinique présence d'une adénopathie cervical gauche fistulisé. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire a été retenu par le Genexpert réalisé sur aspiration d'adénopathie qui a permis de détecter le mycobactériumtuberculosis (MT) et de confirmer la résistance à la rifampicine et XDR sensible à l'INH, PTO, FQ, résistance indéterminée à l'AMK et KANA). Traitée par un schéma court avec guérison après neuf mois.

• Cas 4:

Patiente âgée de 30 ans, sans antécédents pathologiques, présentant une tuméfaction cervicale évoluant depuis quatre mois. L'examen clinique met en évidence une adénopathie cervicale ferme, sans autres anomalies associées. Le diagnostic de tuberculose ganglionnaire multirésistante a été confirmé par le test GeneXpert réalisé sur un fragment biopsique, révélant la présence de *Mycobacterium tuberculosis* avec résistance à la rifampicine. La patiente a été mise sous schéma thérapeutique court.

CONCLUSION :

La tuberculose multirésistante extrapulmonaire représente un défi diagnostique et thérapeutique majeur. Le recours aux techniques moléculaires rapides, telles que GeneXpert, permet une identification précoce des résistances et oriente le choix du traitement. Une prise en charge individualisée, associée à un suivi clinique rigoureux, demeure essentielle pour améliorer le pronostic. Ces observations illustrent la variabilité des présentations cliniques de la tuberculose multirésistante extrapulmonaire et soulignent l'importance du diagnostic moléculaire précoce et d'une prise en charge thérapeutique individualisée.