

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

**ORGANE DE
LA SOCIETE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE**

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2022, JUIN - VOLUME 9 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricanemi@gmail.com – Site web : www.rafmi.org
Université de Thiès – UFR Santé de Thiès. BP : 967 Thiès, Sénégal

Adresse

UFR des Sciences de la Santé Université de Thiès
Ex 10^{ème} RIAOM. BP : 967 Thiès, Sénégal

DIRECTEUR DE PUBLICATION

Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

REDACTEUR EN CHEF

Pr Ag. Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

CURATEUR

Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal)

REDACTEURS ADJOINTS

Pr Joseph Y. DRABO (Burkina Faso), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali)

Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Eric ADEHOSSI (Niger)

Pr Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Pr Mohaman DJIBRIL (Togo)

CONSEILLERS SCIENTIFIQUES

Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal)

Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal)

Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES

Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)

Pr Ag. Adama BERTHE (Sénégal)

SECRETARE D'EDITION

M. Momar NDIAYE (Sénégal)

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

Pr Ag. Gabriel ADE (Bénin), Pr Ag. Eric ADEHOSSI (Niger), Pr Koffi Daho ADOUBRYN (Côte d'Ivoire), Pr Aissah AGBETRA† (Togo), Pr Chantal G. AKOUA-KOFFI (Côte d'Ivoire), Pr Dégnon AMEDEGNATO (Togo), Pr Emmanuel ANDRES (France), Pr Ag. Khadidiatou BA FALL (Sénégal), Pr Jean-Bruno BOGUIKOUMA (Gabon), Pr Mouhamadou Moustapha CISSE (Sénégal), Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal), Pr Thérèse Moreira DIOP (Sénégal), Pr Bernard Marcel DIOP (Sénégal), Pr Ag. Pauline DIOUSSE (Sénégal), Pr. Ag. Mohaman DJIBRIL (Togo), Pr Ag. Moustapha DRAME (France), Pr Ag. Fatou FALL (Sénégal), Pr Ag. Sara Boury GNING (Sénégal), Pr Fabien HOUNGBÉ (Bénin), Dr Josaphat IBA BA (Gabon), Dr Amadou KAKE (Guinée Conakry), Pr Alphonse KOUAME KADJO (Côte d'Ivoire), Pr Ouffoué KRA (Côte d'Ivoire), Pr Christopher KUABAN (Cameroun), Pr Abdoulaye LEYE (Sénégal), Pr Moussa Y. MAIGA (Mali), Pr Ag. Papa Saliou MBAYE (Sénégal), Pr Daouda K. MINTA (Mali), Pr Jean Raymond NZENZE (Gabon), Pr Bourhaima OUATTARA (Côte d'Ivoire), Pr Samdpawinde Macaire OUEDRAGO (Burkina Faso), Pr Abdoulaye POUYE (Sénégal), Pr Jean-Marie REIMUND (France), Pr Mamadou SAIDOU (Niger), Pr Ag. Jean SEHONOU (Bénin), Pr Damien SENE (France), Dr Ibrahima Khalil SHIAMAN-BARRO (Guinée Conakry), Pr Assetou SOUKHO KAYA (Mali), Pr Ag. Hervé TIENO (Burkina Faso), Pr Ag. Abdel Kader TRAORE (Mali), Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali), Pr Boubacar WADE (Sénégal), Dr Téné Marceline YAMEOGO (Burkina Faso), Dr Yolande YANGNI-ANGATE (Côte d'Ivoire), Pr Ag. Djimon Marcel ZANNOU (Bénin), Dr Lassane ZOUNGRANA (Burkina Faso)

LE BUREAU DE LA SAMI

Président d'honneur 1 : Pr Niamkey Kodjo EZANI (Côte d'Ivoire)

Président d'honneur 2 : Pr Hamar Alassane TRAORE (Mali)

Président : Pr Joseph DRABO (Burkina-Faso)

Vice-Président : Pr Mamadou Mourtalla KA (Sénégal)

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

I. Principes généraux

La Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.) est une revue destinée aux médecins internistes et spécialistes d'organes. Les publications peuvent être présentées en Français et en Anglais. La revue offre diverses rubriques :

• articles originaux :

Les articles originaux présentent le résultat d'études non publiées et comportent une introduction résumant les hypothèses de travail, la méthodologie utilisée, les résultats, une discussion avec revue appropriée de la littérature et des conclusions.

Le résumé structuré (français et anglais) doit comporter: 1) Propos (état actuel du problème et objectif(s) du travail),

2) Méthodes – (matériel clinique ou expérimental, et méthodes utilisées), 3) Résultats, 4) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et comporter plus de 40 références.

• articles de synthèse :

Les articles de synthèse ont pour but de présenter une mise à jour complète de la littérature médicale sur un sujet donné. Leur méthodologie doit être précisée ; Le résumé n'est pas structuré (français et anglais). Le résumé ne doit pas excéder 250 mots. Le texte ne doit pas excéder 4500 mots et 60 références.

• cas cliniques :

Les cas cliniques rapportent des observations privilégiées soit pour leur aspect didactique soit pour leur rareté. La présentation suivra le même plan que celui d'un article original : Le résumé structuré (français et anglais) : 1) Introduction, 2) Résultats/Observation(s), 3) Conclusion.

Le résumé ne doit pas excéder 150 mots. Le texte ne doit pas excéder 2500 mots et 20 références.

• actualités thérapeutiques :

La Rédaction encourage la soumission de manuscrits consacrés à de nouvelles molécules ou nouvelles thérapeutiques. Ces manuscrits comprendront le positionnement de la nouvelle thérapeutique, une étude des essais cliniques, une revue des aspects pratiques et économiques, les questions en suspens.

• lettres à la rédaction :

Elles sont des textes relevant de commentaires brefs sur les conclusions d'articles déjà publiés ou sur un fait scientifique d'actualité (jusqu'à 800 mots, bibliographie non comprise. Il n'y aura pas dans ses rubriques ni résumé, ni mots clés. Le nombre de référence ne devra pas excéder dix (10).

• articles d'intérêt général :

Ils concernent l'histoire de la médecine, l'éthique, la pédagogie, l'informatique, etc.

• articles d'opinion :

Le Journal ouvre son espace éditorial aux articles d'opinion sur des questions médicales, scientifiques et éthiques ; le texte pourra être accompagné d'un commentaire de la rédaction. Il ne devra pas dépasser 800 mots.

• courrier des lecteurs :

La Rédaction encourage l'envoi de lettres concernant le contenu scientifique ou professionnel de la Revue. Elles seront considérées pour publication, après avis éditorial.

Les articles et éditoriaux sont publiés sous la responsabilité de leurs auteurs.

Le premier auteur des articles s'engage sur les points suivants :

- l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
- copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.AF.M.I.), en cas de publication.

A la soumission, un formulaire doit être adressé au Comité de Rédaction, dans lequel tous les auteurs reconnaissent avoir participé activement au travail, avoir pris connaissance du contenu de l'article et avoir marqué leur accord quant à ce contenu. Ils en sont éthiquement responsables.

• images commentées :

L'illustration (image clinique ou d'imagerie) doit être rendue anonyme et soumise sous un format Jpeg, dont la résolution doit être de 300 dpi minimum. Chaque illustration doit être légendée et appelé dans le texte. Le texte suit le plan suivant : 1) Histoire, 2) Diagnostic, 3) Commentaires. Il est suivi par les références. Le manuscrit ne doit pas excéder 250 mots et 5 références. Le titre, en français et en anglais, ne doit pas contenir le diagnostic. Les mots clés en français et en anglais doivent le mentionner. Pas de résumé.

II. Présentation

Les manuscrits seront dactylographiés à double interligne (environ 300 mots par page) à l'aide d'un traitement de texte.

La première page comportera exclusivement le titre (et sa traduction en anglais), les prénoms et noms des auteurs, l'institution et l'adresse de correspondance, avec numéros de téléphone, de télécopie et adresse e-mail.

La deuxième page contiendra le résumé en français (maximum 250 mots). Ainsi que 3 à 5 mots-clés en français. Sur la troisième page figureront l'abstract en anglais (maximum 250 mots), ainsi que 3 à 5 mots-clés en anglais.

Les pages seront toutes numérotées.

Les données de laboratoire seront fournies dans les unités utilisées dans la littérature. En cas d'utilisation d'unités internationales, il convient de fournir, entre parenthèses, les données en unités conventionnelles.

Les abréviations non usuelles seront explicitées lors de leur première utilisation.

La bibliographie sera limitée à 20 références sauf pour les articles originaux et de synthèse ; elles apparaîtront dans le texte sous forme de nombre entre crochet [X], renvoyant à la liste bibliographique. Celle-ci, dactylographiée à double interligne, suivra immédiatement la dernière ligne de l'article. Elle sera ordonnée par ordre d'apparition dans le texte et respectera le style de l'Index Medicus ; elle fournira les noms et initiales des prénoms de tous les auteurs s'ils sont au nombre de 6 ou moins ; s'ils sont sept ou plus, citer les 3 premiers et faire suivre de " et al. " ; le titre original de l'article ; le nom de la revue citée ; l'année ; le numéro du volume ; la première et la dernière page, selon les modèles suivants :

- Barrier JH, Herbouiller M, Le Carrer D, Chaillé C, Raffi F, Billaud E, et al. Limites du profil protéique d'orientation diagnostique en consultation initiale de médecine interne. Étude prospective chez 76 malades. Rev Med Interne 1997, 18 : 373–379.
- Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
- Drabo YJ, Kabore J, Lengani A, Ilboudo PD. Diabète sucré au CH de Ouagadougou (Burkina Faso). Bull Soc Path Ex 1996; 89: 185-190.

Les références internet sont acceptées : il convient d'indiquer le(s) nom(s) du ou des auteurs selon les mêmes règles que pour les références « papier » ou à défaut le nom de l'organisme qui a créé le programme ou le site, la date de consultation, le titre de la page d'accueil, la mention : [en ligne], et enfin l'adresse URL complète sans point final.

Les tableaux, numérotés en chiffres romains, seront présentés chacun sur une page séparée dactylographiée à double interligne. Ils comporteront un titre, l'explication des abréviations et une légende éventuelle.

Les figures et illustrations seront soit des originaux, soit fournies sur support informatique en un fichier séparé du texte au format TIFF ou JPEG, avec une résolution de 300 DPI.

Elles seront numérotées en chiffres arabes. Pour les originaux, le numéro d'ordre de la figure, son orientation et le nom du premier auteur seront indiqués. Les figures en couleur ne seront publiées qu'après accord de la Rédaction. Pour les graphiques qui, pour la publication, peuvent être réduits, il convient d'utiliser un lettrage suffisamment grand, tenant compte de la future réduction.

Attention : les images récupérées sur internet ne sont jamais de bonne qualité.

Les légendes des figures seront regroupées sur une page séparée et dactylographiées à double interligne. Elles seront suffisamment explicites pour ne pas devoir recourir au texte.

Les auteurs s'engagent sur l'honneur, s'ils reproduisent des illustrations déjà publiées, à avoir obtenu l'autorisation écrite de l'auteur et de l'éditeur de l'ouvrage correspondant.

Pour les microphotographies, il y a lieu de préciser l'agrandissement et la technique histologique utilisés.

Les remerciements éventuels seront précisés en fin de texte et seront courts.

Les conflits d'intérêt potentiels et les considérations éthiques devront être déclarés dans le manuscrit.

III. Envoi

Les manuscrits seront soumis à la fois par voie électronique à l'adresse suivante (revueafricainemi@gmail.com) et sur le site web de la Revue Africaine de Médecine Interne (rafmi.org).

IV. Publication

Les articles sont soumis pour avis à un comité scientifique de lecture et d'autres experts extérieurs à ce Comité. Une fois l'article accepté, il sera publié après paiement des frais d'un montant de 150 000 f CFA ; par Western Union ou Money Gram ou virement bancaire.

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- La goutte en consultation hospitalière au Sénégal : à propos de 106 cas au Service de Rhumatologie du CHU Aristide Le Dantec de Dakar** 7-13
Barry Abdoulaye, Kamissoko Alioune Badara, Condé K, Touré M, Traoré M, Niasse M, Diallo S
- Maladies auto-immunes systémiques en milieu hospitalier à Abidjan : étude multicentrique à propos de 227 cas** 14-21
Hounsounou Mariano, Gbane Mariam, Djaha Kouassi Jean-Mermoz, Bamba Aboubacar, Gbandama Koffi Kouamé Pâcome, Coulibaly Mahamadou Masso, Houndenou Sourou César Gaël, Coulibaly Abibou Kawélé, Diomande Mohamed, Konan Nguessan Michel, Ouattara Baly, Eti Edmond
- Aspects épidémiologique, clinique, thérapeutique et évolutif du lupus érythémateux systémique à Niamey** 22-29
Daou Mamane, Seydou Moussa Youssoufa, Brah Souleymane, Hamadou Adamou, Laouali Ousmane Mahamadou Kabirou, Sani Beidou Seydou, Doulla Moussa, Saidou Amadou, Salissou Laouali, Adehossi Eric
- La goutte à Abidjan : expérience du service de rhumatologie du CHU de Cocody à propos de 106 cas** 30-37
Diomandé Mohamed, Traoré Aïssata, Bamba Aboubakar, Coulibaly Yaya, Kpami You Nina Carmelle, Konaté Iunza, Coulibaly Abibou Kawélé, Djaha Kouassi Jean-Mermoz, Gbané Mariam, Ouattara Baly, Daboiko Jean Claude, Eti Edmond
- Dysthyroïdies en milieu hospitalier à Lomé (Togo)** 38-43
Balaka Abago, Tchamdja Toyi, Kodjo Kossi, Djalogue Liganimpo, Djagadou Kodjo Agbéko, Nemi Komi Dzidzonu, Damorou Findibé
- Les facteurs associés à la rémission au cours du suivi de la maladie de Basedow** 44-51
Diédhiou D, Diallo Ibrahima Mane, Sow Djiby, Ndour Michel Alassane, Gadji Fatou Kiné, Thioye MM, Halim C, Ndiaye FM, Bassène J, Sarr Anna, Ndour-Mbaye Maïmouna
- Facteurs pronostiques de récupération des paralysies faciales persistantes** 52-55
Diagne N S, Lo PN, Sy NAM, Ba SO, Tall I, Fall M, Gaye NM, Touré K
- Tuberculose pulmonaire et diabète à Saint-Louis : fréquence, caractéristiques cliniques et radiologiques de cette association.** 56-62
Niang Samba, Mbaye Fatou Bintou Rassoul, Cisse MF, Ndiaye EM, Dieye A, Dia Amadou Diop, Kane YD, Diatta A, Toure Badiane Nafissatou Oumar
- Insuffisance surrénale en milieu hospitalier à Lomé : aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et évolutifs à propos de 23 cas colligés au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio.** 63-70
Balaka Abago, Kodjo Kossi, Tchamdja Toyi, Djalogue Liganimpo, Djagadou Kodjo Agbéko, Blatomé Odilon, Nemi Komi Dzidzonu, Redah Datouda
- Spécificité des accidents vasculaires cérébraux chez les diabétiques au CHU Yalgado Ouédraogo à Ouagadougou** 71-75
Ido Bademain Jean Fabrice, Dabilgou Alfred Anselme, Bagbila Wend Pagnandé Abraham Hermann, Lompo Labodi Djingri, Napon Christian

CAS CLINIQUES

- Tuberculose extrapulmonaire à révélation inhabituelle : à propos de quatre cas dans le service de médecine interne-oncologie médicale du CNHU-HKM de Cotonou, et revue de littérature** 76-83
Azon Kouanou Angèle, Anthelme Kouessi Agbodande, Ngatsongo Dirat, Mukwege Lisa, Sokadjo Yves Morel, Missiho Mahoutin Sémassa Gislain, Faladé Adélakoun Ange Geoffroy, Akogbéto Kpessou Dieu-Donné, Wanvoégbè Armand Finagnon, Murhula Katabana Delphin, Djimon Marcel Zannou
- Neuro-myopathie révélant un syndrome des anti-synthétases : à propos d'un cas et revue de littérature** 84-88
Diop Alassane Mamadou, Mbodji Ahmadou Bamba, Kane Baïdy Sy
- Fièvre prolongée inexplicée inaugurant la maladie de Still de l'Adulte au Service de médecine interne du CHU du Point G** 89-94
Sy Djibril, Landouré S, Keita K, Traoré D, Sy Seydou, Sissoko Adama S, Cissoko M, Mallé M, Dembelé Ibrahima A, Nianké R, Diarra A, Koné Y, Koné N, Sangaré M, Beye SA, Fofana Y, Konaté I, Djeugoue SL, Sinayoko A, Camara S, Trevis BA, Kaya AS

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

- Gout in hospital consultation in Senegal: about 106 cases in the rheumatology department of the Aristide Le Dantec University Hospital in Dakar*** 7-13
Barry Abdoulaye, Kamissoko Alioune Badara, Condé K, Touré M, Traoré M, Niasse M, Diallo S
- Systemic autoimmune diseases in hospitals in Abidjan: multicenter study of 227 cases*** 14-21
Hounsounou M, Gbane M, Djaha KJM, Bamba A, Gbandama KKP, Coulibaly MM, Houndenou SCG, Coulibaly AK, Diomande M, Konan M, Ouattara B, Eti E
- Epidemiological, diagnostic and therapeutic aspects of lupus erythematosus in Niamey*** 22-29
Daou M, Seydou Moussa Y, Brah S, Hamadou A, Laouali Ousmane MK, Sani Beidou S, Doulla M, Saidou A, Salissou L, Adehossi E
- Gout in Abidjan: experience of department of rheumatology of university teaching hospital of Cocody: about 106 cases*** 30-37
Diomandé M, Traoré A, Bamba A, Coulibaly Y, Kpami YNC, Konaté I, Coulibaly AK, Djaha KJM, Gbané M, Ouattara B, Daboiko JC, Eti E
- Dysthyroidies in hospital environment in Lomé (Togo)*** 38-43
Balaka A, Tchamdja T, Kodjo K, Djalogue L, Djagadou KA, Nemi KD, Djibril MA, Damorou F
- Factors associated with remission during Graves' disease follow-up*** 44-51
Diédhiou D, Diallo IM, Sow D, Ndour MA, Gadjé FK, Thioye MM, Halim C, Ndiaye FM, Bassène J, Sarr A, Ndour-Mbaye M
- Recovery prognosis factors, of patients with persistent peripheral facial paralysis*** 52-55
Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba SO, Tall I, Fall M, Gaye NM, Touré K
- Pulmonary tuberculosis and diabetes in Saint-Louis: frequency, clinical and radiological characteristics of this association*** 56-62
Niang S, Mbaye FBR, Cisse MF, Ndiaye EM, Dieye A, Dia AD, Kane YD, Diatta A, Toure Badiane NO
- Adrenal insufficiency in hospital sitting in Lomé: Epidemiological, diagnostic, therapeutic and evolutive aspects concerning 23 cases collected and compared at the Sylvanus Olympio Teaching Hospital*** 63-70
Balaka A, Kodjo K, Tchamdja T, Djalogue L, Djagadou KA, Blatomé O, Nemi KD, Djibril MA, Redah D
- Specificity of stroke in diabetic patients at Yalgado Ouedraogo teaching hospital in Ouagadougou*** 71-75
Ido BJB, Dabilgou AA, Bagbila WPAH, Lompo LD, Napon C

CASES REPORT

- Extrapulmonary tuberculosis with unusual revelation: about four cases in the department of internal medicine and medical oncology of the CNHU-HKM of Cotonou, and review of the literature*** 76-83
Azon Kouanou A, Anthelme KA, Ngatsongo D, Mukwege L, Sokadjo YM, Missiho MSG, Falade AAG, Akogbéto KD-D, Wanvoégbè AF, Murhula KD, Djimon MZ
- Neuromyopathy revealing anti-synthetase syndrome: about a case report and review of the literature*** 84-88
Diop Alassane Mamadou, Mbodji AB, Kane Baïdy Sy
- Unexplained prolonged fever inaugurating Adult Still's disease in the Internal Medicine Department of the CHU du Point G: about a case*** 89-94
Sy D, Landouré S, Keita K, Traoré D, Sy S, Sissoko AS, Cissoko M, Mallé M, Dembelé IA, Nianké R, Diarra A, Koné Y, Koné N, Sangaré M, Beye SA, Fofana Y, Konaté I, Djeugoue SL, Sinayoko A, Camara S, Trevis BA, Kaya AS

Introduction

Parmi les causes de fièvre prolongée, les maladies systémiques sont rarement évoquées en première intention. La fièvre prolongée peut cependant être la manifestation principale d'une affection systémique plus spécifiquement, la maladie de Still de l'adulte [1].

La maladie de Still de l'adulte est une maladie rhumatismale auto-inflammatoire systémique polygénique dont l'étiologie reste indéterminée, se manifestant à partir de 16 ans, caractérisée par des pics de fièvre au cours desquels surviennent des éruptions cutanées, accompagnés d'arthralgies [2].

Observation

Nous rapportons le cas d'un patient de 46 ans, hypertendu connu depuis 2013 sous bisoprolol 10mg par jour sans antécédents chirurgicaux et toxiques, hospitalisé le 06 avril 2021 dans le service de Médecine interne du CHU du Point G, pour une fièvre prolongée.

Le début de la symptomatologie remonterait au mois de novembre 2020, marqué par une fièvre d'apparition brutale, intermittente, à prédominance vespérale avec une apyrexie matinale.

Ils s'y associaient des céphalées mal caractérisées, des poly-arthralgies d'intensité forte, symétriques, d'allure inflammatoire, intéressant les petites et grosses articulations des mains, chevilles, coudes et surtout les genoux.

Devant l'accentuation de ces signes et l'apparition d'une éruption cutanée (siégeant à la face antérieure du bras gauche, de l'épaule gauche, de la face antérieure des deux jambes ainsi que du coude gauche) évanescence, le patient consulte dans une clinique de la place où il aurait bénéficié d'une prise en charge pendant 03 jours, avec amélioration de l'état clinique.

Après trois semaines d'accalmie, le tableau clinique s'est progressivement aggravé par la survenue d'une asthénie constante, un amaigrissement, une anorexie, une douleur abdominale diffuse et des vomissements postprandiaux précoces.

Devant l'apparition d'une tuméfaction douloureuse et chaude des deux jambes, d'un malaise à type de lipothymie, d'une chute de la pression artérielle associée à une persistance de la fièvre, un choc septique a été évoqué et motiva une prise en charge au service de réanimation du CHU du Point G pendant douze jours. Plusieurs séries d'hémocultures et d'autres examens microbiologiques y furent réalisées ; ils revinrent tous négatifs. Un traitement anti-palustre fut instauré, de même qu'une antibiothérapie pendant

10 jours, faite de Ceftriaxone, de Métronidazole et secondairement de Piperacilline et Tazobactam. Devant l'amélioration clinique et la stabilité hémodynamique, le patient fut transféré le 06 avril 2021 dans le service de médecine interne pour recherche étiologique d'une fièvre au long cours.

A l'admission dans le service, l'indice de Karnowsky du patient était estimé à 90%. On notait une fièvre à 39,5°C, une fréquence cardiaque à 104 bpm, une fréquence respiratoire de 30 cycles par minute ; la pression artérielle était de 130/80 mm Hg en position couchée et de 110/80 mmHg en position debout. L'indice de masse corporelle (IMC) était de 20,90 Kg/m².

Sur le plan physique, l'examen de la peau et des phanères a noté :

- des squames sur placard érythémateux aux dos des pieds ;
- des macules arrondies centrifuges aux bordures squameuses et actives sur tout le corps à l'exception du dos ((Photo 1) ;
- une tuméfaction chaude des deux jambes ;
- des macules hypochromiques finement squameuses localisées sur les zones séborrhéiques ;
- un aspect scléreux des jambes et des mains (Photo 2) ;
- une cicatrice fibreuse entre le petit orteil du pied gauche et le 4^e orteil.

Le reste de l'examen physique révélait la présence de tremblements fins des extrémités des deux mains par la manœuvre de serment, d'un signe du tabouret, d'une abolition du réflexe idio-musculaire aux deux membres thoraciques, ainsi qu'une diminution de la force musculaire aux membres thoraciques (3/5) et pelviens (4/5).

L'examen de l'appareil locomoteur montrait une douleur polyarticulaire à la palpation sans tuméfaction.

Le bilan para-clinique a objectivé :

- Hémogramme : une hyperleucocytose à 14200/mm³ avec prédominance neutrophile, une anémie microcytaire hypochrome avec un taux d'hémoglobine à 10,6 g/dl, le volume globulaire moyen (VGM) à 78,1fl ; une CCMH à 26 g/dl
- Bilan inflammatoire : un syndrome inflammatoire : CRP : 24,4mg/l, VS : 1^e heure 31 mm, 2^e heure 47 mm avec une fibrinogénémie normale, à l'électrophorèse des protéines sériques : une hypo-

- protidémie : 53g/l, une hypoalbuminémie : 21,3g/l, β 2microglobuline >4mg/l, les gammaglobulines : normales ; une hyperferritinémie à 3563,52ng/ml avec la fraction glycosylée non calculable \leq 20%, le fer sérique : 34,8 μ g/dl, le coefficient de saturation de la transferrine : 15,9%
- Bilan infectieux : la pro-calcitonine à 4,09 ng/ml, le frottis mince et la goutte épaisse sont négatifs, le TPHA et VDRL négatifs, la sérologie brucellose Wright négative, l'ASLO négatif <200 UI/l, l'AgHbs négatif, l'Ac-antiHbc totaux positif aux IgG, Ac-antiHbs à 22,80, la charge virale VHB indétectable, la sérologie VIH négative, la sérologie VHC négative, la sérologie CMV négative, la recherche de fièvre hémorragique (Dengue, Ebola, Chikungunya, Zika, Vallée du Rift, Leptospirose, West Nile virus, Crimée Congo) est négative, le PCR SARS-CoV2 négatif ; plusieurs séries d'hémocultures sont négatives, l'ECBU avec culture bactériologique négatif, l'uroculture avec recherche de BAAR, la coproculture : absence de germes pathologiques.
 - Bilan immunologique : Ac-anti-nucléaires négatifs à 0,7UE, Ac-anti-Ag solubles : négatifs, Ac-anti-peptide citrulline CCP négatif à 1UI/ml, AC-anti-DNA natifs négatifs, Ac-anti-U1RNP négatif, le facteur Rhumatoïde négatif.
 - Marqueurs tumoraux : α -foetoprotéine normal : 2,21ng/ml, la lactico-déshydrogénase élevée : 1034UI/l, l'ACE : 11,61 ng/ml, l'antigène spécifique de la prostate libre normale à 0,23ng/ml, le CA125 : 41,2UI/ml, le CA19,9 : < 2UI/ml/.
 - Bilan de retentissement: une cytolysé hépatique avec ASAT : 117UI, ALAT : 109UI ; une amylasémie élevée : 131UI/l, la lipasémie: 111UI/l ; la PAL, le gamma GT et la Bilirubine totale et conjuguée : normaux, l'ionogramme sanguin complet normal, une créatinémie élevée : 135,8 μ mol/l, avec clairance de la créatininémie : 54 ml/mn/1,73 m², l'urée : 4,5mmol/l, la protéinurie de 24h à 2,76g/24h, La ponction biopsie rénale avec examen histologique a objectivé une hyalinose segmentaire et focale, l'acide urique normal : 309 μ mol/l, une glycémie : 0,80g/l, un taux de prothrombine (TP) : 70%, un TCA : 30 sec, le temps de Quick : 17,6 sec, TSH normale à 1,8642 mUI, FT4 normale à 15,55 pmol/l, la

cortisolémie de 8heure normale à 386, 3 nmol/l.

- Bilan morphologique :
 - **L'échographie abdomino-pelvienne** a mis en évidence un foie stéatosique avec un calcul calicel du rein gauche mesurant 9mm.
 - **L'échodoppler cardiaque trans-thoracique** a objectivé une cardiopathie hypertensive à FE conservée à 70%, péricarde sec, pas de signe en faveur d'une endocardite, absence d'hypertension artérielle pulmonaire.
 - **A l'électrocardiogramme**, l'on notait un rythme sinusal régulier,
 - L'échodoppler des vaisseaux des reins était normale ;
 - **L'échodoppler des membres inférieurs** a révélé la présence de plaques punctiformes de parois des artères proximales (artérite modérée).
 - **La radiographie du thorax** était normale,
 - **Le scanner thoraco-abdomino-pelvien** a objectivé une lithiase rénale gauche infra-centimétrique et l'absence d'autre anomalie.
 - **La TDM cérébrale** est revenue normale.
 - La colonoscopie totale était normale.
 - **La fibroscopie oesogastro-duodénale** a objectivé une gastropathie congestive.

Au vu de l'ensemble des éléments cliniques et para-cliniques, le diagnostic de maladie de Still de l'adulte a été retenu devant la négativité du bilan infectieux, immunologique, morphologique, néoplasique, ainsi que la présence des critères suivants de Fautrel et al. :

- **3 critères majeurs** : fièvre hectique supérieure à 39°C, arthralgies, ferritine glycosylée non calculable inférieure à 20% ;
- **2 critères mineurs** : rash maculo-papuleux, leucocytose supérieure à 10 000 éléments par mm³.

Un traitement par Prednisone fut alors instauré, à la dose de 1 mg/kg/j associé à un traitement adjuvant fait de calcium-vitamine D, de potassium, de Lanzoprazole, et d'Albendazole.

L'évolution a été marquée par une apyrexie, un amendement des douleurs articulaires, une disparition des éruptions cutanées au bout de quinze jours de traitement.

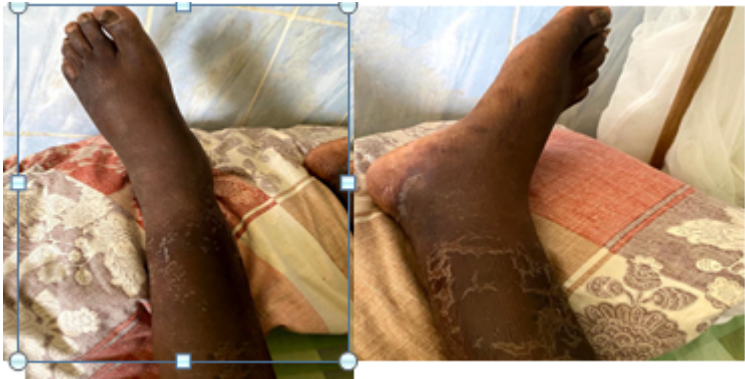


Image 1 : Photographie de la face antérieure des deux jambes montrant des squames sur placard érythémateux aux dos des pieds, un aspect scléreux des jambes, une cicatrice fibreuse entre le petit orteil du pied gauche et le 4^e orteil.



Image 2 : Photographie de la face antérieure du bras et de l'épaule gauche montrant des macules hypochromiques finement squameuses localisées sur les zones séborrhéiques



Image 3 : Photographie de la face postérieure du coude gauche

Discussion

L'origine de la maladie de Still demeure inconnue. Il est établi qu'elle résulte de l'interaction de facteurs génétiques et environnementaux qui sont à l'origine d'une activation inappropriée du système immunitaire [4]. Il s'agit d'une maladie rare avec une incidence se situant aux environs de 0,16 cas pour 100.000 par an [4]. Nous avons rapporté un cas de maladie de Still de l'adulte inaugurée par une fièvre prolongée inexplicée chez un homme de 46 ans. Le diagnostic, posé à partir des critères de Fautrel et al., reposait sur la présence d'une fièvre prolongée évoluant depuis 12 mois, une éruption cutanée évanescence, des poly-arthralgies, une

hyperferritinémie à 3563,52ng/ml, une ferritine glycosylée non calculable inférieure à 20% et une hyperleucocytose à 14200 /mm³.

Bien que des cas aient été rapportés chez des patients âgés de plus de 70 ans [5], la MSA affecterait généralement les sujets jeunes avec un pic bimodal entre 15-25 ans et 36-46 ans [5]. L'âge de notre patient, 45 ans, est compris dans cet intervalle. Il s'agirait également d'une maladie classiquement féminine, le sex-ratio F/H serait de 7/3 [6].

Signe quasi constant, la fièvre est volontiers vespérale ou hectique, précédée de frissons au cours de la MSA. Elle dépasse classiquement 39°C, et peut

atteindre 41°C. Prolongée, elle doit faire évoquer la maladie [7].

Classiquement, l'éruption cutanée est faite de macules ou de maculo-papules rosées (couleur «rose saumon»), évanescentes, non prurigineuses, affectant le tronc et les racines des membres mais aussi le visage, la paume des mains et la plante des pieds [7].

Plusieurs courtes séries et cas rapportés ont décrit les différentes variétés d'éruptions cutanées non typiques au cours de la MSA, qui peuvent être à type de papules, squames, urticaire, angio-oedème, voire purpura vasculaire [8]. Les lésions de notre patient

(des squames sur placard érythémateux, un aspect scléreux des jambes et des mains) pourraient donc être classées dans le groupe de ces lésions atypiques. Dans une étude rétrospective, Nagai et al. ont suivi 18 patients présentant une MSA sur une période de 3 à 22 ans ; dans cette série, 5 patients soit 28% des cas, présentaient des lésions cutanées atypiques [8]. Les arthralgies sont quasi constantes dans la MSA. Leur fréquence varie de 64 à 100% selon les séries. Il s'agit de simples douleurs articulaires ou le plus souvent de polyarthrite bilatérale et symétrique n'épargnant pas les inter-phalangiennes distales (IPD) [9].

Tableau I. Critères de classification de la maladie de Still de l'adulte : critères de Yamaguchi (d'après Yamaguchi *et al.*, J Rheumatol, 1992) et critères de Fautrel (d'après Fautrel *et al.*, Medicine, 2002) [14].

Yamaguchi	Fautrel
Critères majeurs	
1. Fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$, depuis 1 semaine ou plus 2. Arthralgies depuis 2 semaines ou plus 3. Rash cutané typique : maculo-papuleux, non prurigineux, rose saumon, concomitant des pics fébriles 4. Hyperleucocytose $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$ avec polynucléaires neutrophiles $\geq 80\%$	1. Pics fébriles $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 2. Arthralgis ou arthrites 3. Erythème transitoire ou fugace 4. Pharyngite 5. Polynucléaires neutrophiles $\geq 80\%$ 6. Fraction glycosylée de la ferritine sérique (ferritine glycosylée) $\leq 20\%$
Critères mineurs	
1. Pharyngite ou mal de gorge 2. Lymphadénopathie ou splénomégalie 3. Perturbation du bilan hépatique (élévation des transaminases) 4. Absence de facteur rhumatoïde ou d'anticorps antinucléaires	1. Rash typique 2. Hyperleucocytose $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$
Critères d'exclusion	
1. Absence d'infection, notamment sepsis profond et infection liée à l'EBV 2. Absence de néoplasie, notamment de lymphome 3. Absence de maladie inflammatoire, notamment de périartérite noueuse	Aucun
Au moins 5 critères dont 2 critères majeurs et pas de critère d'exclusion	4 critères majeurs ou 3 critères majeurs et 2 critères mineurs

Une douleur à la déglutition ou odynophagie, absente chez notre patient, de sévérité variable est décrite dans environ deux tiers des cas de MSA. Elle inaugure volontiers la maladie [10].

Par contre, notre patient présentait des douleurs abdominales diffuses, associées à des nausées et des vomissements, qui selon les données de la littérature, accompagnent quelque fois une MSA dans environ 20% des cas [11].

Une glomérulopathie est souvent décrite associée à la MSA, sous la forme de «collapsing glomerulopathy» (hyalinose segmentaire et focale avec collapsus glomérulaire). La ponction biopsie rénale objective une hyalinose segmentaire et focale chez notre patient [12].

Les signes biologiques de la MSA ne sont pas spécifiques. Il est classiquement décrit chez tous les

patients, une élévation de la CRP (souvent supérieure à 100mg/L) et des alpha 2 globulines [2]. De même, la maladie de Still est associée à une élévation souvent importante de la ferritinémie chez 70% des patients (pouvant dépasser 3000 ng/ml). La fraction glycosylée de la ferritinémie (inférieure ou égale à 20%), est plus basse que dans d'autres pathologies inflammatoires. La combinaison hyperferritinémie au-delà de 5 fois la norme et l'effondrement de la fraction glycosylée de la ferritinémie à moins de 20% de la norme, aurait une spécificité de 93% et une sensibilité de 40% pour le diagnostic de la maladie de Still [2].

Une hyperleucocytose est très fréquente, avec une polynucléose neutrophile supérieure à 10000/mm³ chez 90% des patients [13]. Concernant la sérologie auto-immune, les AAN et les FR sont retrouvés chez

moins de 10% des patients et à un titre faible [2]. L'atteinte hépatique, se manifestant par l'élévation des transaminases SGOT/SGPT et des LDH, s'observe chez plus de 2/3 des patients [2], ce qui était le cas chez notre patient. Le diagnostic de la maladie de Still est un diagnostic d'élimination qui s'appuie sur la présence d'éléments clinico-biologiques compatibles avec une telle hypothèse et l'absence d'autres pathologies susceptibles d'expliquer les signes objectivés. Il peut s'agir d'une rechute d'une forme de l'enfant passée inaperçue ou en rémission.

Le diagnostic différentiel de la maladie de Still inclut un grand nombre de pathologies, notamment les infections, les maladies rhumatismales inflammatoires et systémiques auto-immunes, les affections malignes et les réactions médicamenteuses. En raison de l'absence de test de diagnostic définitif, différents critères de classification ont été proposés. Les critères de Yamaguchi possèdent la meilleure spécificité. Ils imposent la présence de 5 critères dont 2 critères majeurs [14].

Sans traitement la maladie évolue vers une atteinte articulaire chronique, mais également vers une atteinte multi-viscérale. La pierre angulaire du traitement reste la corticothérapie mais également les anti-inflammatoires non stéroïdiens (ou AINS). Le traitement de fond à base d'immunosuppresseur ou de biothérapie occupe aussi une place importante dans la prise en charge de la maladie.

Conclusion

Maladie rare, qui demeure un diagnostic d'exclusion, la MSA devrait être évoquée en présence d'une fièvre prolongée sans point d'appel spécifique, une hyperferritinémie associée à un taux bas de ferritine glycosylée. Les critères de Yamaguchi et al ou de Fautrel et al permettent de retenir le diagnostic de la maladie de Still de l'adulte selon des arguments standardisés.

Les glucocorticoïdes restent encore à ce jour le traitement principal.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Hadeif D, Slimani S. Arthrite juvénile idiopathique. *Avancées et défis. Batna J Med Sci* 2020 ; 7 : 176-81
2. Omar El-M, Fabien R, Valérie H. Maladie de Still de l'adulte : cause rare de fièvre prolongée. *Louvain Med* 2019 ; 138 : 226-232

3. Pagnoux C. Maladie de Still de l'adulte. In : Guillevin L, eds. *Livre de l'interne médecine interne*. Paris : Flammarion ; 2007.p.194-199
4. Gerfaud-Valentin M, Sève P, Hot A, Broussolle C, Jamilloux Y. Données actualisées sur la physiopathologie, les phénotypes et les traitements de la maladie de Still. *Rev Med Interne* 2015 ; 36 : 319-327
5. Jamilloux Y. Maladie de Still de l'adulte. *EMC-AKOS (Traité de Médecine)* 2019 ; 14 : 1-10
6. Wakai K, Ohtaetai A. Prévalence et incidence estimées de la maladie de Still chez l'adulte : résultats d'une enquête épidémiologique nationale au Japon, 1997
7. Yamaguchi M, Ohta A, Tsunematsu T, Kasukawa R, Mizushima Y, Kashiwagi H et al. Critères préliminaires pour la classification de la maladie de still de l'adulte. *J Rheumatol* 1992 ; 19 : 424-430
8. Nagai Y, Hasegawa M, Okada E, Hattori T, Tago O, Ishikawa O. Etude de suivi Clinique de la maladie de Still de l'Adulte. *Journal de Dermatologie* 2012 ; 39 : 898-901
9. Fautrel B. Maladie de Still de l'adulte. *EMC appareil locomoteur*. 2006 ; 10 : 12-224
10. Gerfaud-Valentin M, Jamilloux I, Iwaz J, Sève P. Maladie de Still de l'Adulte. *Revue d'autoimmunité*. 2014 ; 13 : 708-712
11. Fautrel B. Maladie de Still de l'Adulte. *Best PractRes Clin Rheumatol* 2008; 22: 773 92
12. Kumar S, Sheaff M, Yaqoob M. Hyalinose segmentaire et focale avec collapsus glomérulaire. *AmJKidney Dis Off J NatlKidneyFound*. 2004 ; 43 : 4-10
13. Gerfaud-Valentin M, Jamilloux Y, Iwaz J, Sève P. Adult-onset Still's disease. *J Autoimmun Rev*. 2014; 13: 708
14. Zaghdoudi A, El-Ouni S, Toujani C, Abdelkefi S, Hamzaoui T. Maladie de Still de l'adulte : étude de 18 cas. *Rev Méd Int*, June 2019 ; 40 : 103-104