

# SOMMAIRE

## ARTICLES ORIGINAUX

**Etude de la candidurie chez les patients diabétiques hospitalisés au département de médecine de l'Hôpital Principal de Dakar** 7-14

Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F

**Déterminants de l'anémie chez les personnes âgées diabétiques du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville de juin 2017 à décembre 2018** 15-21

Konan NM, Acko V, Bita D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO

**Profil cardio-vasculaire des patients présentant un syndrome d'apnée du sommeil : à propos de 100 cas consécutifs sur 12 mois** 22-27

Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M

**Facteurs de non compliançe au sondage vésical intermittent propre** 28-32

Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG

**Pronostic fonctionnel des polyradiculoneuropathies aiguës, en milieu de rééducation** 33-37

Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG

**Profil des ascites en Médecine interne au centre hospitalier universitaire Abass Ndao : aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques** 38-45

Diédhiou D, Ndour MA, Gadjji FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M

**Covid-19 au Sénégal : expérience du centre de traitement des épidémies (CTE) de l'hôpital Abass Ndao** 46-53

Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjji FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M

**Diabète sucré chez les sujets atteints de l'hépatite virale C à Cotonou : prévalence et facteurs associés** 54-60

Finangnon AW, Aboudou RK, Kouessi AA, Corinne FKK, Rodolphe V, Martin S, Jules G, Angèle A-K, Jean S, Daniel A-G, Djimon MZ

**Le dépistage tardif de l'infection à VIH à l'ère du Tester et traiter : un frein pour l'optimisation du traitement antirétroviral** 61-68

Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S

**Parcours diagnostique de la maladie de Behçet en milieu tropical : expérience dans un service de médecine interne (à propos de 6 cas)** 69-76

Berthé A, Diack M, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM

## CAS CLINIQUES

**Maladie de Still de l'adulte se dissimulant sous les traits d'une crise vaso-occlusive chez un patient drépanocytaire SS** 77-81

Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD

**Gangrène périphérique symétrique au cours de l'Infection par le SARS-CoV2 : cas rapporté et revue de la littérature** 82-86

Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM

**Le lymphome B primitif de la thyroïde : à propos d'une observation et revue de la littérature** 87-91

Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

## CONTENTS

### **ORIGINAL ARTICLES**

- Study of the candiduria among in-patients with diabetes mellitus at the internal medicine department of Dakar Principal Hospital* 7-14  
Diop M, Dione ANR, Daffe SMM, Ba PS, Fall AN, Sarr MN, Ndiaye M, Diouf PM, Youbong T, Fall AK, Niang A, Gning SB, Fall F
- Determinants of anemia in elderly people with diabetes in the University Hospital Center of Treichville from June 2017 to December 2018* 15-21  
Konan NM, Acko V, Bitá D, Ouattara R, Djami K, Kouassi AV, Kouamé S, Abbe F, Koffi GS, Koffi M, Binan YO
- Cardiovascular profile on 12 months consecutive of 100 patients known for a sleep apnea syndrome* 22-27  
Mboup WN, Bèye SM, Mingou JS, Dièye O, Aw F, Sarr SA, Balde DW, Diop MT, Diouf Y, Bodian M, Ndiaye MB, Kane Ad, Diao M
- Factors of non-compliance with clean intermittent catheterization* 28-32  
Ngassaki SR, Diagne NS, Lo PN, Sy NAM, Ba S, Tall I, Faye AB, Sounga Banzouzi PEG
- Functional prognosis of acute polyradiculoneuropathy, in rehabilitation environment* 33-37  
Diagne NS, Sy NAM, Gaye A, Sy A, Lo PN, Faye AB, Ba S, Diop AG
- Profile of ascites in the internal medicine department of Abass Ndao university hospital center: epidemiological, clinical and etiological aspects* 38-45  
Diédhiou D, Ndour MA, Gadjí FK, Diallo IM, Sow D, Niang M F S, Borges J, Dieng M, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Covid-19 in Senegal: experience of the outbreak treatment center (OTC) of Abass Ndao hospital* 46-53  
Diédhiou D, Ndour MA, Dieng M, Sow D, Gadjí FK, Diallo IM, Thioye EMM, Bassène J, Ndiaye NFM, Sarr A, Ndour Mbaye M
- Diabetes mellitus in subjects with viral hepatitis C in Cotonou: prevalence and associated factors* 54-60  
Finangnon AW, Aboudou RK, Kouessi AA, Corinne FKK, Rodolphe V, Martin S, Jules G, Angèle A-K, Jean S, Daniel A-G, Djimon MZ
- HIV Late diagnosis in “Test and Treat“ era: a brake on ART Optimization* 61-68  
Ba S, Ba ND, Ndiaye R, Coulibaly M, Dia NM, Ndour CT, Thiam S
- Diagnosis of Behçet’s disease in tropical environments: experience in an internal medicine department (about 6 cases)* 69-76  
Berthé A, Diack M, Gueye AD, Marone Z, Ndiaye Y, Faye FA, Sidibe PO, Nelson N, Elame H, Sow K, Ndour JND, Diop MM, Diop BM, Ka MM

### **CASES REPORT**

- Adult Still’s disease disguising itself under a vaso-occlusive crisis in an SS sickle cell patient* 77-81  
Tall CT, Fall S, Camara ML, Niang ED, Seck M, Ndiaye FSD
- Symmetrical peripheral gangrene during SARS-CoV2 infection: reported case and literature review* 82-86  
Gueye AD, Berthé A, Faye FA, Marone Z, Ndiaye Y, Diop MM, Diop BM, Ka MM
- Primary thyroid lymphomas: about an observation and review of the literature* 87-91  
Niang EIHD, Fall S, Niang CD, Sarr K, Ndiaye C, Dial CMM, Ciss M, Thiam, Ndiaye FSD

# Maladie de Still de l'adulte se dissimulant sous les traits d'une crise vaso-occlusive chez un patient drépanocytaire SS

*Adult Still's disease mimicking a vaso-occlusive flare: case report among an SS sickle cell patient*

Tall CT<sup>1,2</sup>, Fall S<sup>3</sup>, Camara ML<sup>3</sup>, Niang ED<sup>3</sup>, Seck M<sup>4</sup>, Ndiaye FSD<sup>3</sup>

1. Polyclinique universitaire de Dakar, Sénégal

2. Ecole de Médecine-Pharmacie-Dentaire Saint Christopher Iba Mar Diop, Dakar, Sénégal

3. Service Hématologie clinique- Hôpital Dalal Jamm, Guédiawaye, Sénégal

4. Centre National de Transfusion Sanguine, Dakar, Sénégal

Auteur correspondant : Dr TALL Cheikh Tidiane

## Résumé

**Introduction :** La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une pathologie auto-inflammatoire systémique caractérisée par des poussées dont l'évolution des symptômes simule parfois ceux des crises drépanocytaires ; ce qui est à l'origine d'une possible errance diagnostique chez ces patients.

**Observation :** Un patient de 22 ans drépanocytaire SS, aux antécédents d'hospitalisation pour des crises vaso-occlusives récurrentes est reçu pour une polyarthralgie de type inflammatoire associée à des douleurs pharyngées et à un syndrome de réponse inflammatoire systémique. Ces symptômes persistaient depuis quelques semaines, malgré le traitement antalgique habituel d'une crise drépanocytaire. L'examen retrouvait une hyperthermie, une polyarthrite sèche aux poignets et chevilles et une éruption cutanée maculo-érythémateuse siégeant au niveau de la face antérieure des avant-bras. Ailleurs l'examen clinique ne retrouvait pas de foyer infectieux. Aussi, les explorations pour confirmer une origine infectieuse ou immunologique étaient négatives. La ferritinémie était élevée, associée à un effondrement de la fraction glycosylée. La MSA était retenue selon les critères de Yamaguchi et/ou de Fautrel, L'évolution était favorable sous corticothérapie.

**Conclusion :** Les manifestations osseuses et systémiques de la drépanocytose peuvent simuler celles de pathologies auto-inflammatoires. Une telle subtilité peut entraîner des difficultés pour une prise en charge optimale.

**Mots-clés :** maladie de Still - drépanocytose - ferritinémie.

## Summary

**Introduction:** Adult Still's disease (ASD) is a systemic auto inflammatory pathology characterized by flares which could mimic those of sickle cell in times of crisis. A delay diagnosis of this so misleading kind of disease could happen in these patients.

**Observation:** A 22-year-old patient was known for sickle cell disease and so to a recurrent past of hospitalization for vaso-occlusive crises. He began, with this usual disease, to present inflammatory polyarthralgia associated to pharyngeal pain in a context of systemic inflammatory response syndrome. These symptoms had persisted for several weeks, despite the usual analgesic treatment of a sickle cell crisis. The examination revealed hyperthermia, dry polyarthritis of the wrists and ankles and a maculoerythematous skin rash on the anterior aspect of the forearms. Elsewhere, the clinical examination did not reveal any infectious focus. Furthermore, tests made in order to highlight infectious and or immunological origin were found normal. The blood level of ferritinemia was high, while a decrease of its glycosylated fraction was noted at the same time. The criteria of Yamaguchi and/or Fautrel were used as tools for the confirmation of diagnostic of ASD. Treatment made by corticosteroids has led to favorable evolution.

**Conclusion:** In a context of Sickle cell disease, bone and systemic expressions could mimic those of auto-inflammatory pathologies. Such a subtlety may involve difficulties for optimal care

**Key words:** Still's disease - sickle cell disease - ferritinemia.

## Introduction

La Maladie de Still de l'Adulte (MSA) est une affection inflammatoire systémique rare, touchant préférentiellement les jeunes adultes. Elle se manifeste typiquement par la survenue aiguë d'arthralgies ou d'arthrites, accompagnées d'une fièvre hectique, d'une éruption cutanée évanescence, associées à une hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, un syndrome inflammatoire marqué, une cytolysse et une hyperferritinémie [1]. La drépanocytose est une maladie génétique, caractérisée par une anémie chronique associée à des crises douloureuses vaso-occlusives (CVO) de sévérité variable. La fréquence des crises est variable. Des facteurs favorisants peuvent être retrouvés, telle une hypoxémie, une inflammation, entre autres. Elle peut parfois s'associer à des maladies systémiques [2]. La présence concomitante des deux pathologies avec des manifestations cliniques semblables telles que la douleur et la fièvre peut retarder le diagnostic de la maladie systémique associée. En Afrique subsaharienne, peu de travaux rapportent l'association entre pathologies rhumatismales et drépanocytose, malgré l'endémicité des hémoglobinopathies. A notre connaissance, cette observation est une première.

## Observation

Il s'agissait d'un patient âgé de 22 ans drépanocytaire SS connu depuis l'âge de 02ans, régulièrement suivi. Il faisait en moyenne 2 à 3 épisodes de CVO dans l'année. Depuis 03 mois, les crises devenaient de plus en plus rapprochées avec un nombre moyen de 03 par mois. On ne notait pas d'antécédent de transfusion récente. Le patient consultait pour une polyarthralgie symétrique d'allure inflammatoire, prédominant au niveau des grosses articulations (genoux, poignets, chevilles, coudes) associées à des douleurs siégeant au niveau des os longs, une douleur pharyngée spontanée et à une fièvre avec frissons et sueurs. Ces symptômes persistaient depuis quelques semaines, malgré le traitement habituel de la CVO en unité de soins. Le traitement associait une hydratation par voie veineuse avec du sérum physiologique (volume quotidien d'environ 2 litres) et un analgésique à base de paracétamol (dose maximale soit 4 g par 24 heures) et de néfopam chlorhydrate (20 mg 4 fois par jour) par voie intraveineuse discontinuée.

A l'admission, l'examen clinique objectivait une fièvre à 39.3 °C, une tachycardie, une pâleur des muqueuses et un subictère conjonctival. La

pression artérielle (122/68 mm Hg) et la SaO<sub>2</sub> (98%) étaient normales. L'examen physique retrouvait une arthrite des poignets et des chevilles avec synovite associée à des douleurs osseuses (Echelle visuelle analogique à 7/10). Il avait une éruption cutanée maculo-érythémateuse prurigineuse, fugace, et siégeant au niveau de la face antérieure des avant-bras. Était aussi notée une discrète hépatomégalie indolore, sans splénomégalie ni adénopathies. Ailleurs, le reste de l'examen clinique ne retrouvait pas de foyer infectieux.

Au plan biologique, l'hémogramme objectivait une anémie microcytaire (Hb à 10,4g/dl, VGM= 79 fl), une hyperleucocytose à 23G/L à prédominance polynucléaires neutrophiles, un taux de plaquettes normal et la présence de drépanocytes. Le syndrome inflammatoire biologique était fait d'une élévation de la C Réactive protéine à 94 mg/L, d'une accélération de la vitesse de sédimentation globulaire à 100 mm à la première heure, d'une hyperferritinémie exagérée à 2650 µg/L contrastant avec une baisse de la fraction glycosylée (375 µg/L soit 14%). On notait une cytolysse modérée (ALAT à 3,7 N et ASAT à 3 N) et une discrète cholestase hépatique (Phosphatase alcaline= 1,8 N ; Gamma-GT= 1,5 N). La fonction rénale était conservée. Les hémocultures et l'examen cyto bactériologique des urines étaient stériles. La goutte épaisse éliminait un paludisme. La procalcitonine était inférieure à 0,05 ng/mL.

Les sérologies de l'hépatite B, de l'hépatite C et rétrovirale étaient négatives. Le bilan immunologique (facteurs rhumatoïdes, ANCA, Ac anti-DNA natifs, Ac Anti-ECT) était négatif. La radiographie des poumons était normale. L'échographie abdominale mettait en évidence une discrète hépatomégalie homogène, sans anomalies des voies biliaires, ni signes d'hypertension portale. L'échographie cardiaque par voie thoracique et transœsophagienne ne montrait pas de végétation valvulaire. La MSA était retenue selon les critères de Yamaguchi et/ou de Fautrel.

Une corticothérapie à base de prednisone était administrée initialement à la dose de 1 mg/kg par jour, associée aux adjuvants et à une surveillance clinique guettant notamment la survenue d'un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible. L'évolution était favorable sous corticothérapie. Une apyrexie stable était obtenue au bout de trois jours avec disparition des

arthralgies. On notait une correction des anomalies biologiques au bout de 10 jours. La posologie était maintenue à pleine dose pour quatre semaines puis diminuée progressivement.

### Discussion

La MSA est rare et son diagnostic est difficile, d'où sa fréquence probablement sous-estimée. La maladie est rarement rapportée en Afrique subsaharienne. Au Sénégal, 20 cas ont été rapportés entre 2000 et 2017 [3, 4]. La difficulté d'accès aux moyens diagnostiques nécessaires pour éliminer une pathologie infectieuse, néoplasique ou inflammatoire rend difficile l'affirmation du diagnostic, expliquant en partie la rareté des cas rapportés dans les pays en développement.

En Afrique subsaharienne, peu de travaux décrivent l'association entre pathologies rhumatismales et drépanocytose, malgré l'endémicité de ces hémoglobinopathies. Une étude burkinabé portant sur les associations entre les hémoglobinopathies et les maladies rhumatismales révélait cent quarante-deux (142) patients atteints d'hémoglobinopathies dont quarante-cinq (45) cas de drépanocytose. La pathologie inflammatoire associée était dominée essentiellement par la polyarthrite rhumatoïde, la spondylarthrite et le lupus érythémateux systémique [5].

La MSA peut survenir à tout âge, mais sa fréquence est plus grande entre 16 et 35 ans avec une légère prédominance féminine [6, 7]. Le tableau clinique est hétérogène. Les patients se présentent classiquement avec une triade comprenant un état hautement fébrile, une éruption cutanée et des manifestations articulaires (arthralgies ou arthrites) [8, 9]. La fièvre est d'installation brutale, hectique, et dépasse 39°C. Elle s'accompagne fréquemment de frissons et d'une altération de l'état général. L'atteinte articulaire prend le plus souvent la forme d'une polyarthrite bilatérale et symétrique touchant préférentiellement les genoux, les poignets et les chevilles. En cas de passage à la chronicité, elle peut s'accompagner d'ankyloses et de destructions articulaires. Chez notre patient, on notait la récurrence des poussées douloureuses articulaires et osseuses malgré une bonne éducation. En effet, les poussées inflammatoires sont à l'origine de production de cytokines qui sont des facteurs déclenchant des CVO. Cela rend compte des crises répétées décrites dans notre observation [10].

Les lésions cutanées sont faites d'éruption maculo-papuleuse de couleur rose saumon, indolore, parfois prurigineuse, siégeant préférentiellement à la racine des membres et au tronc. D'autres manifestations cliniques peuvent être rencontrées, telles que les douleurs pharyngées, et les myalgies. Le syndrome tumoral décrit est la polyadénopathie, l'hépatomégalie et la splénomégalie [11]. Cette dernière est absente chez notre malade ; ce qui constitue une particularité liée à la drépanocytose.

Les atteintes cardio-pulmonaires ou médullaires sont exceptionnelles [12].

Les anomalies biologiques ne sont pas spécifiques, dominées par l'hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles, le syndrome inflammatoire et l'hyperferritinémie avec baisse de la fraction glycosylée [9]. Parmi les marqueurs biologiques, seul l'effondrement de la fraction glycosylée de la ferritine (inférieure à 20 %) semble avoir un réel intérêt diagnostique [13]. La ferritinémie pourrait constituer un marqueur d'activité de la maladie [7]. L'interprétation de la ferritinémie est délicate chez les patients atteints de drépanocytose. Ces derniers sont susceptibles d'être transfusés au cours de leur parcours médical. Les transfusions répétées pouvant occasionner une surcharge ferrique [14]. Le dosage de la ferritine glycosylée était d'un apport important chez notre patient. Sur le plan diagnostique et pronostique de nouveaux marqueurs ont été proposés au cours de ces dernières années. Les taux sériques de l'interleukine 18 et de la protéine S100, sont particulièrement augmentés au cours de la MSA [15].

La maladie de Still est caractérisée par l'absence de test diagnostique et de marqueur spécifique. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination de pathologies infectieuses d'expression systémique, néoplasiques, de maladies inflammatoires ou auto-immunes [4], tel que nous avons procédé chez notre malade. Du fait du polymorphisme clinique, plusieurs classifications ont été proposées. La plus utilisée au plan international est la classification de Yamaguchi avec une sensibilité évaluée à 93,5% [16]. La classification de Fautrel, incluant de nouveaux critères comme la ferritine glycosylée, a été proposée [17]. Notre patient répondait bien aux critères diagnostiques.



Le traitement de la MSA, n'est pas consensuel du fait de sa rareté. Les corticoïdes ont été les molécules les plus utilisées même si leur efficacité est variable, avec 67% de rémission [18]. En cas de corticodépendance (45%), le méthotrexate est utilisé à visée d'épargne cortisonique [19]. Il convient, toutefois, de tenir compte du risque infectieux et d'aggravation des manifestations drépanocytaires en cas de traitement par corticoïdes, immunomodulateurs ou immunosuppresseurs. Notre malade a reçu une corticothérapie seule, requérant également une surveillance. Les biothérapies sont réservées aux formes réfractaires de la MSA, elles semblent être bien tolérées et pourraient à l'avenir être considérées comme une aide majeure à l'épargne cortisonique voire une alternative thérapeutique dans ces cas très particuliers [20].

### Conclusion

La MSA comme les autres pathologies systémiques, pose des problèmes diagnostiques mais aussi thérapeutiques, chez les patients drépanocytaires présentant des manifestations osseuses et systémiques d'évolution similaire. La récurrence des poussées chez le drépanocytaire, malgré une bonne éducation thérapeutique, impose la recherche de pathologies systémiques.

**Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.**

### REFERENCES

1. Bywaters EG. Still's disease in the adult. *Ann Rheum Dis* 1971; 30: 121-33
2. Michel M, Habibi A, Godeau B et al. Characteristics and outcome of connective tissue diseases in patients with sickle-cell disease: report of 30 cases. *Semin Arthritis Rheum* 2008; 38: 228-40
3. Diallo S, Niassé M, Diouf C. La maladie de Still de l'enfant et de l'adulte. Etude de 16 observations. *Rev CAMES SANTE* 2014 ; 2 : 29-34
4. Mbaye NM, Diallo I, Fall C A et al. La maladie de Still de l'adulte. A propos de quatre observations à l'Hôpital Principal de Dakar. *Revue Africaine de Médecine Interne* 2017 ; 4(1-2) : 37-40
5. Ouédraogo DD, Nacoulma EWC, Kafando E et al. Pathologies rhumatologiques et hémoglobi-nopathies à Ouagadougou. *Bulletin de la Société de pathologie exotique* 2010, 103 : 80-83

6. Efthimiou P, Kontzias A, Ward CM et al. Adult-onset Still's disease: can recent advances in our understanding of its pathogenesis lead to targeted therapy? *Nat Clin Pract Rheumatol* 2007; 3: 328-35
7. Mehrpoor G, Owlia MB, Soleimani H et al. Adult-onset Still's disease: a report of 28 cases and review of the literature. *Mod Rheumatol* 2008; 18: 480-5
8. Efthimiou P, Kontzias A, Ward CM et al. Adult-onset still's disease: can recent advances in our understanding of its pathogenesis lead to targeted therapy? *Nat Clin Pract Rheumatol* 2007; 3: 328-35
9. Kadavath S, Efthimiou P. Adult-onset Still's disease-pathogenesis, clinical manifestations, and new treatment options. *Ann Med.* 2015; 47: 6-14
10. Takaoka K, Cyril AC, Jinesh S et al. Mechanisms of pain in sickle cell disease. *Br J Pain.* 2021, 15(2): 213-220
11. Kim YJ, Koo BS, Kim YG et al. Clinical features and prognosis in 82 patients with adult-onset Still's disease. *Clin Exp Rheumatol* 2014; 32: 28-33
12. Gning SB, Diallo I, Fall CA et al. Maladie de Still de l'adulte: une observation à Dakar (Sénégal). *Med Trop* 2011 ; 71 : 588-590
13. Hamidou MA, Denis M, Barbarot S et al. Usefulness of glycosylated ferritin in atypical presentations of adult-onset Still's disease. *Ann Rheum Dis.* 2000; 59: 347
14. Rondeau-Lutz M, Natarajan-Amé S, Martinez C et al. Prévalence de la surcharge en fer chez 44 patients adultes suivis pour drépanocytose. *Revue de Médecine Interne*, 2015, 36 (S1) : A 41
15. Mitrovic S, Fautrel B. De nouveaux marqueurs pour la maladie de Still de l'adulte. *Revue du Rhumatisme.* 2018, 85 (2) : 121-131
16. Masson C, Le Loet X, Liote F et al. Comparative study of 6 types of criteria in adult Still's disease. *J Rheumatol* 1996; 23: 495-7
17. Fautrel B. Maladie de Still de l'adulte. *EMC, appareil locomoteur* 2006 ; 14-224-A-10

18. Wahb M, Rachidi W, Nassar K et al. Maladie de still de l'adulte : mise au point thérapeutique. Rev Mar Rhum 2015 ; 32 : 32-8
19. E. Krystel, A. Nessrine, T. Harzy et al. Efficacité du méthotrexate dans la maladie de Still de l'adulte. Revue du Rhumatisme. 2020, 87 (S1) : 270-271

20. Guyonvarc'h CB, Gabay C. Les biothérapies dans la prise en charge de la maladie de Still de l'adulte. Revue du Rhumatisme. 2019, 86(2) : 119-121

**Annexe : Critères diagnostiques de maladie de Still de l'adulte.**

Yamaguchi	Fautrel
<b>Critères majeurs</b>	
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 $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$ à PNN	1. Pics fébriles $\geq 39^{\circ}\text{C}$ 2. Arthralgies ou arthrites 3. Erythème transitoire ou fugace 4. Pharyngite 5. Polynucléaires neutrophiles $\geq 80\%$ 6. Fraction glycosylée de la ferritine sérique (ferritine glycosylée) $\leq 20\%$
<b>Critères mineurs</b>	
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 $\geq 10\ 000/\text{mm}^3$
<b>Critères d'exclusion</b>	
1. Absence d'infection 2. Absence de néoplasie 3. Absence de maladie inflammatoire	Aucun
<b>Au moins 5 critères dont 2 critères majeurs et pas de critère d'exclusion</b>	4 critères majeurs ou 3 critères majeurs et 2 critères mineurs