

**R
A
F
M
I**



REVUE AFRICAINE DE MEDECINE INTERNE

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

ISSN : 2337-2516

ANNEE 2024, JUIN - VOLUME 11 (1)

Correspondance

Secrétariat

E-mail : revueafricainemi@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 Adama BERTHE (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 Pauline DIOUSSE (Sénégal)
Pr Ag. Demba DIEDHIOU (Sénégal)

SECRETAIRES SCIENTIFIQUES
Pr Madoky Magatte DIOP (Sénégal)
Pr Papa Souleymane TOURE (Sénégal)

SECRETAIRE 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.A.F.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 :

1. l'article n'a pas été publié ou n'est pas soumis pour publication dans une autre revue ;
2. copyright est donné à la Revue Africaine de Médecine Interne (R.A.F.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 :

1. 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.
2. Bieleli E, Kandjigu K, Kasiam L. Pour une diététique du diabète sucré au Zaïre. Méd. Afr. Noire 1989 ; 36 : 509-512.
3. 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

- 1. Place de la biopsie des glandes salivaires accessoires dans le diagnostic étiologique du syndrome sec : étude descriptive transversale** 7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S
- 2. Maladie de Basedow et grossesse : à propos de 189 cas colligés au Centre Hospitalier Abass Ndao** 14-21
Ndour MA, Gadjji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M
- 3. Aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des cardiothyreoses en milieu hospitalier dakarois : étude bicentrique rétrospective** 22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A
- 4. Aspects diagnostique et thérapeutique du mal de Pott de l'enfant et de l'adolescent en hospitalisation de rhumatologie au CHU de Cocody** 28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
- 5. Profil épidémio-clinique et thérapeutique de l'hypertension artérielle chez le sujet âgé de 60 ans et plus au service de Médecine Interne du CHU de Conakry** 34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY
- 6. Prévalence de la maladie rénale chronique chez le sujet diabétique au centre de protection maternelle et infantile de Sokoura à Bouake en 2021** 39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, TIA Weu Mélanie, Ouattara B
- 7. Comas non traumatiques du sujet âgé dans un service de médecine interne** 49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

CAS CLINIQUES

- 8. Angio-oedème héréditaire à propos d'une famille au Niger** 56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E
- 9. Atteinte cutanée et ophtalmologique d'une hépatite B chronique associées à des ANCA de type MPO : est-ce une vascularite ?** 65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E
- 10. Atteintes neurologiques centrales et périphériques associées à une infection virale à la dengue : à propos d'un cas au Service de Neurologie du Centre Hospitalier National De Pikine** 72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H
- 11. La péricardite aiguë, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte** 77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngono C, Mbena T, Elanga V
- 12. Syndrome douloureux abdominal révélateur d'une thrombose insolite à localisation portale : à propos de 2 cas** 80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK
- 13. Syndrome malin des neuroleptiques révélateur d'une hyperthyroïdie primaire chez une femme de 54 ans : à propos d'un cas** 84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA
- 14. Tuberculose compliquant l'évolution d'une leucémie myéloïde chronique. A propos de deux cas dans le service d'hématologie du CHU de Cocody** 88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G

SOMMAIRE

ORIGINAL ARTICLES

- 1. Role of accessory salivary gland biopsy in the etiological diagnosis of dry syndrome: a descriptive Crosssectional study** 7-13
Seck K, Kane M, Niasse M, Diatta M, Gassama BC, Ba A, Dial Mm, Tamba B, Dia Tine S
- 2. Basedow's disease and pregnancy: 189 cases from the Abass Ndao Hospital Center** 14-21
Ndour MA, Gadji FK, Sow D, Dieng M, Diallo IM, Diouf OBK, Ndiaye M, Sylla KA, Diembou M, Ndiaye F, Thioye EIHM, Halim C, Diédhiou D, Sarr A, Ndour Mbaye M
- 3. Epidemiological, clinical and therapeutic aspects of cardiothyreosis in the hospital of Dakar: a two-center retrospective study** 22-27
Sall SAB, Guissé PM, Ndiaye N, Diack ND, Lèye YM, Samb K, Lèye A, Mbaye A
- 4. Diagnostic and therapeutic aspects of Pott's disease in children and adolescents in rheumatology hospitalization at Cocody University Hospital** 28-33
Coulibaly AK, Kpami YCN, Goua J-J, Niaré M, Bamba A, Coulibaly Y, Djaha J-MK, Diomandé M, Gbané M, Ouattara B, Eti E
- 5. Epidemiological-clinical and therapeutic profile of arterial hypertension in subjects aged 60 and over in the Internal Medicine department of Conakry University Hospital** 34-38
Sylla D, Wann TA, Kake A, Bah MM, Diakhaby M, Bah MLY
- 6. Prevalence of chronic kidney disease in diabetic subjects at the Sokoura Maternal and Child Protection Center in Bouake in 2021** 39-48
Acho JK, Kpan KJ, Koffi RM, Kouamé JE, Wognin Manzan EA, Gonan Y, Tia Weu M, Ouattara B
- 7. Non-traumatic comas in the elderly subject in an internal medicine department** 49-55
Kouassi L, Koné S, Acko UV, Touré KH, Kouamé GR, Yapa GSK, Gboko KKL, Sako K, Ouattara B

CASES REPORTED

- 8. Hereditary angioedema in a family from Niger** 56-64
Brah S, Hamidou T, Daou M, Andia A, Garba AA, Ousseini F, Abarchi Boube D, Illé S, Salissou L, Adehossi E
- 9. Cutaneous and ophthalmological symptoms of chronic hepatitis b associated with MPO ANCA: is it vasculitis?** 65-71
Brah S, Daou M, Diori A, Andia A, Agbatan P, Garba AA, Salissou L, Adehossi E
- 10. Central and peripheral neurological disorders associated with dengue viral infection: a case report from the Neurology Department of the Pikine National Hospital Center** 72-76
Ngoule MO, Fall M, Atchom ACM, Guène A, Kahwagi J, Diop AM, Boukoulou MJ, Dia MD, Ayoub MS, Dieng H
- 11. An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease** 77-79
Eloundou P, Lekpa FK, Same F, Minko G, Manga S, Fouda E, Tcheumagam K, Ezangono M, Ngonon C, Mbena T, Elanga V
- 12. Cases of acute abdominal pain highlighting 2 unexpected portal thrombosis** 80-83
Nacanabo WM, Seghda TAA, Dah C, Zerbo N, Ouedraogo AS, Samadoulougou AK
- 13. A case of hyperthyroidism diagnosed during a neuroleptic malignant syndrome in a 54 year-old woman** 84-87
Tieno H, Bognounou R, Nacanabo WM, Seghda TAA, Samadoulougou KA
- 14. Occurrence of tuberculosis during the follow-up of leukemias. Illustration in a hematology department** 88-93
Dohoma SA, Wouakam Matchim D, Boidy K, Keita M, Aya N'dri C, Danho CN, Koffi G



La péricardite aigue, un mode exceptionnel de présentation de la maladie de Still de l'adulte

An acute and outstanding pericarditis as revelation of adult-onset Still's disease

Eloundou P¹, Lekpa FK², Same F¹, Minko G³, Manga S³, Fouda E³, Tcheumagam K³, Ezangono M³, Ngonu C³, Mbena T⁴, Elanga V⁵

1. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun

2. Faculté de médecine, Université de Dschang, Cameroun

3. Hôpital de District Efoulan, Yaoundé, Cameroun

4. Hôpital de l'Est francilien, Meaux, France

5. Institut des sciences et technologies médicales, Yaoundé, Cameroun

Auteur Correspondant : Dr Paul ELOUNDOU

Résumé

La maladie de Still de l'adulte est une pathologie inflammatoire rare, de cause inconnue. La fièvre, les arthrites et le rash cutané sont les manifestations cliniques classiques. La péricardite est rarement le mode de révélation. Lorsqu'elle est présente, cette forme est souvent associée à la gravité de la pathologie. Nous rapportons un cas de maladie de Still de l'adulte diagnostiqué dans un hôpital en Afrique au sud du Sahara avec comme circonstance de découverte une péricardite aigue non constrictive. Le traitement par le tocilizumab (anti IL-6) a permis une régression spectaculaire des manifestations cliniques et des différents marqueurs biologiques après échec de la corticothérapie associée au Méthotrexate.

Mots clés : Maladie de Still de l'adulte - péricardite - tocilizumab - Cameroun.

Summary

Adult onset still disease is a rare inflammatory disease of unknown origin. Fever, arthritis and skin rash are the classic clinical manifestations. Pericarditis is rarely the presenting feature. When it is present, it is often associated with the severity of the disease. We report a case of adult onset still disease diagnosed in a hospital in sub-Saharan Africa, with acute non-constrictive pericarditis as the presenting circumstance. Treatment with tocilizumab (anti IL-6) led to a spectacular regression of clinical manifestations and various biological markers after failure of corticosteroid therapy combined with methotrexate.

Key words: Adult onset Still disease - pericarditis - tocilizumab - Cameroon.



Introduction

La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une pathologie auto-inflammatoire systémique, rare caractérisée par les arthrites, une fièvre, des adénopathies, des éruptions cutanées, des douleurs pharyngées, une perturbation du bilan hépatique, une hyperleucocytose et une ferritinémie élevée avec chute de la fraction beta glycosylée. Cette affection a été définie pour la première fois en 1971 par Bywater [1]. La MSA reste un diagnostic d'exclusion et peut mimer à la perfection une infection malgré plusieurs critères diagnostiques utilisés. L'étiologie de la MSA est inconnue mais comme tous les autres rhumatismes inflammatoires, il existe probablement une intrication génétique et des facteurs environnementaux affectant la réponse immunitaire et mettant à contribution l'inflammasome, les interleukines 1 et 6 [2].

La péricardite est une manifestation peu fréquente de la MSA. Elle est rarement inaugurale comme le cas que nous rapportons ici et qui a concerné un adulte dans un hôpital d'Afrique de l'Ouest.

Cas clinique

Il s'agissait d'un patient de 45 ans, sans assuétude éthylo-tabagique, sans notion d'hypertension artérielle ou de diabète, ingénieur et sportif. Il consultait pour une dyspnée aiguë, à l'effort ensuite au décubitus, calmée par l'antéflexion et aggravée par l'inspiration profonde. Elle était associée à une douleur thoracique et une fièvre intermittente non chiffrée avec une toux récente, quinteuse non hémoptoïque. Le patient décrivait un amaigrissement non chiffré et l'interrogatoire ne retrouvait pas d'autres plaintes, en particulier digestive ou urinaire. L'examen clinique montrait un état général moyen sans signe de dénutrition ou de déshydratation. La température était à 39°C. Les paramètres hémodynamiques étaient stables. Le patient présentait une anémie clinique sans saignement extériorisé, un frottement péricardique et un syndrome d'épanchement pleural liquidien à gauche dont l'analyse était en faveur d'un liquide exsudatif lymphocytaire sans germe retrouvé. Le reste de l'examen clinique était sans particularité. La biologie mettait en évidence un syndrome inflammatoire non spécifique (CRP à 96 mg/L, VS à 90mm/H, hypergammaglobulinémie polyclonale à l'électrophorèse des protéines sériques). Le taux de procalcitonine était également normal. L'hémogramme objectivait une anémie modérée hypochrome microcytaire à 9g/dl, une hyperleucocytose à 14.000 globules blancs/mm³, à prédominance lymphocytaire. Les taux sériques de troponines, D-dimères, amylase et lipase étaient

normaux. Les sérologies virales étaient négatives (VHB, VHC, VIH), Les hémocultures et l'examen microbiologique des urines étaient stériles. L'examen des crachats n'avait pas retrouvé de bacille alcoolo acido- résistant (BAAR) et le test du Quantiféron était négatif. L'électrocardiogramme était normal, la radiographie du thorax confirmait un épanchement pleural basal gauche de faible abondance. L'échographie cardiaque montrait un épanchement péricardique de 28 cc dont la ponction montrait un liquide exsudatif, lymphocytaire sans germe ni cellules atypiques, avec une PCR tuberculose négative. Le traitement administré associait : acide acétyl-salicylique (3g/24H), paracétamol (3g/24H), et la colchicine (1 mg par jour). Après dix jours de traitement l'évolution était défavorable le patient restait fébrile les températures plafonnant à 41°C. Il s'y ajoutait une bi arthrite des genoux avec un épanchement synovial inflammatoire sans germe et sans cristaux d'urate monosodique. Une éruption cutanée ainsi qu'une odyndophagie mixte étaient présentes. La CRP était alors à 146 mg /L, les enzymes hépatiques s'élevaient avec les phosphatases alcalines à 3 fois les valeurs normales et les transaminases à 2 fois les valeurs normales. Le facteur rhumatoïde, les facteurs antinucléaires, les anti DNA-natifs, les anti-CCP et les ANCA étaient négatifs, ainsi que les marqueurs tumoraux (ACE, CA125-5, PSA). Par contre, la ferritinémie était à 45700 µg/L avec la fraction beta glycosylée qui chutait de plus de 20%. Le diagnostic de maladie de Still de l'adulte était alors posé. Le patient avait reçu un traitement par méthylprednisolone (1mg/kg de poids) associé à du méthotrexate 25mg/semaine et de l'acide folique à raison de 20 mg par semaine. L'absence de réponse thérapeutique et l'indisponibilité de l'Anakinra dans nos conditions de travail a mené à prescrire des perfusions mensuelles de tocilizumab (8 mg/kg). L'efficacité était rapide avec une amélioration considérable de l'état du patient, caractérisée par une franche régression des signes cliniques (en particulier la péricardite) et biologiques. Aucune poussée de la MSA n'a été observée chez ce patient 6 mois après ce traitement.

Discussion

La maladie de Still de l'adulte est rare. Une étude japonaise estimait sa prévalence à 1.7 pour 100.000 habitants avec une incidence annuelle de 0.27 à 0.32 cas pour 100.000 habitants. Il existerait un premier pic entre 15 et 26 ans et un second pic entre 36 et 46 ans [3, 4].

La fièvre au long cours, les arthrites, les arthralgies et le rash cutané sont présents dans 75-90% des



cas. Dans une moindre mesure, il est souvent retrouvé une pharyngite, des myalgies et des adénopathies. La péricardite et la pleurésie ne sont pas usuelles. Leur présence tout comme le syndrome d'activation macrophagique augurent de forme grave avec engagement fréquent du pronostic vital [4]. Chez notre patient, en dehors de la fièvre, les symptômes habituels n'étaient pas au premier plan. Le tableau était trompeur ; la péricardite, initialement présumée d'origine virale, avait comme particularité de résister au traitement classique. Les symptômes courant de la MSA ne sont apparus que secondairement. Dans cette affection inflammatoire les arthrites sont transitoires, au début, oligo- articulaire pendant des mois avant d'être polyarticulaire et même érosives [5]. Chez notre patient cette manifestation n'a pas été au premier plan.

La péricardite dans la MSA est rare, retrouvée dans 3% des cas. Elle est rarement au premier plan. Un cas de péricardite compliquée de tamponnade a déjà été rapporté comme circonstance de découverte de la MSA chez un patient caucasien [6]. Pour un autre cas survenu chez un jeune adulte japonais de 27 ans, le mode de révélation de cette affection inflammatoire était une péricardite constrictive associée à une pleurésie. Pour ce dernier, le traitement utilisé était la méthylprednisolone, des perfusions de tocilizumab et de la cyclosporine A, avec une rémission rapide [7].

L'anakinra qui est un inhibiteur du récepteur de l'IL-1 est également utilisé en monothérapie pour le traitement de la MSA. Cette molécule permet d'éviter les effets indésirables de la corticothérapie ; d'autant plus qu'elle n'est pas associée à la réactivation de la tuberculose. Elle revêt ainsi une importance particulière pour les cas où une infection occulte n'est pas encore totalement exclue mais pour lesquels la prise en charge diagnostique et thérapeutique de la MSA s'avère urgente [8, 9].

Chez notre patient, la méthylprednisolone quotidienne avait été associée aux perfusions mensuelles de Tocilizumab avec bonne évolution clinique et biologique faisant disparaître les arthrites, la fièvre la dyspnée et ramenant la ferritinémie de 45700 µg/L à 4500 µg/L à l'issue de la première perfusion et la normalisant à l'issue de la seconde. La CRP passait de 146 mg/L à la normale à l'issue de la seconde perfusion. Ce résultat n'ayant pas pu être atteint avec l'administration du méthotrexate à 25 mg/ semaine.

Conclusion

La péricardite peut-être la manifestation majeure inaugurale de la MSA. Il convient, toutefois, d'éliminer les autres étiologies, inflammatoire et infectieuse, par une analyse sémiologique minutieuse.

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. Church LD, Cook GP, McDermott MF. Prime et al. Inflammasomes and interleukin 1beta in inflammatory disorders. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2008; 4: 34-42
3. Wakai K, Ohta A, Tamakoshi A et al. Estimated prevalence and incidence of adult Still's disease: findings by a nationwide epidemiological survey in Japan. *J Epidemiol* 1997; 7: 221
4. Géraud-Valentin M, Jamilloux Y, Iwaz J et al. Adult-onset Still's disease. *Autoimmun Rev* 2014; 13: 708
5. Elkon KB, Hughes GR, Bywaters EG et al. Adult-onset Still's disease. Twenty-year follow-up and further studies of patients with active disease. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 647
6. Drouot MH, Hachulla E, Houvenagel E et al. Complications cardiaques de la maladie de Still de l'adulte : de la péricardite à la tamponnade parfois révélatrice. *Rev Med Int* 1994 ; 15(11) : 740-3
7. Kawaguchi H, Tsuboi H, Yagishita M et al. Severe Adult-onset Still Disease with Constrictive Pericarditis and Pleuritis That Was Successfully Treated with Tocilizumab in Addition to Corticosteroids and Cyclosporin A. *Intern Med.* 2018-1; 57(7): 1033-1038
8. Fisher CJ Jr, Dhainaut JF, Opal SM et al. Recombinant human interleukin 1 receptor antagonist in the treatment of patients with sepsis syndrome. Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Phase III rhIL-1ra Sepsis Syndrome Study Group. *JAMA* 1994; 271: 1836
9. Vastert SJ, Jamilloux Y, Quartier P et al. Anakinra in children and adults with Still's disease. *Rheumatology (Oxford)* 2019; 58: vi9