



CASE REPORT

Still's disease in a 73-year-old adult, revealed by prolonged fever: a case report.

Abdelhak ABABSA MOUAKI¹, Ouassila ABBASSI², Athmane CHINAR³, Hocine GACEM⁴, Mohammed Ridha GUEDJATI⁵

ABSTRACT

Adult-onset Still's disease is a multisystem autoinflammatory disorder characterized by fever, arthritis, and an evanescent skin rash. Its diagnosis is primarily clinical and relies on characteristic symptoms, physical findings, and laboratory investigations after excluding infectious, autoimmune, rheumatologic, and malignant conditions. We report the case of a 73-year-old man who presented with a one-year history of fever, arthralgia, and a skin rash. Following extensive investigations, he fulfilled the Yamaguchi classification criteria, leading to the diagnosis of adult-onset Still's disease. Treatment with tapering corticosteroids was initiated, resulting in a favorable clinical response. Biologic therapy was planned; however, the patient unfortunately died of cardiac arrest during a dialysis session before it could be initiated.

Keywords: Adult-onset Still's disease, Fever, Inflammatory syndrome, Yamaguchi criteria, Glucocorticoids.

1. Service de médecine interne EPH Salah Haous Batna. 2. Service de médecine interne EHS Athamnia Mahmoud Batna. 3. Service de néphrologie C.H.U Batna. 4. Département pharmacie, faculté de médecine, université Batna 2. 5. Service de Physiologie Clinique, Explorations Fonctionnelles Métabolique et Nutrition. C.H.U Benfelis Touhami – Batna – Algérie.

Received: 30 Mar 2026

Accepted: 01 Jul 2026

Correspondence to: Abdelhak ABABSA MOUAKI
E-mail: hhakou2002@gmail.com

1. INTRODUCTION

La maladie de Still de l'adulte (MSA) est une affection inflammatoire non infectieuse rare, caractérisée par des épisodes de fièvre quotidiens, une arthrite et une éruption cutanée fugace. Elle touche généralement les jeunes adultes de 16 à 35 ans, bien que des cas tardifs, au-delà de 80 ans, aient été décrits. Le diagnostic est clinique et repose sur les critères de Yamaguchi, largement utilisés : Critères majeurs : fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ($102,2^{\circ}\text{F}$) durant ≥ 1 semaine, arthralgies ou arthrite durant ≥ 2 semaines, éruption cutanée lors des épisodes fébriles et hyperleucocytose $\geq 10\,000/\mu\text{L}$ avec $\geq 80\%$ de granulocytes ; critères mineurs : maux de gorge, adénopathies, hépatomégalie ou splénomégalie, anomalies des tests de la fonction hépatique et négativité des tests d'anticorps antinucléaires et du facteur rhumatoïde. Le diagnostic requiert un minimum de cinq critères, dont au moins deux sont des critères majeurs. Dans cette observation nous rapportons le cas d'un adulte de 73 ans, dont la maladie de Still a été révélée par une fièvre prolongée.

2. OBSERVATION

Un homme de 73 ans a été ramené en consultation par sa fille, médecin généraliste, pour la prise en charge d'une fièvre hectique évoluant depuis un an sans diagnostic étiologique précis. Il présentait des antécédents d'hypertension artérielle, de diabète de type 2 insulinisé et d'insuffisance rénale terminale sous dialyse.

Après avoir écarté d'autres diagnostics différentiels (infectieux, néoplasiques, médicamenteux, connectivite, vascularite, etc.), nos investigations ont permis de retenir le diagnostic de maladie de Still, selon les critères de Yamaguchi, compte tenu de la fièvre prolongée (pics quotidiens à 39°C), de l'éruption cutanée fugace, d'un épisode de pharyngite avec dysphagie, de polyarthralgies

inflammatoires bilatérales et symétriques, d'adénopathies superficielles (l'examen histologique suggérant une lymphadénite réactionnelle) et d'une splénomégalie modérée. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire a été observé (VS accélérée à trois chiffres, CRP positive, hyperferritinémie) ainsi qu'une anémie inflammatoire et un taux élevé de LDH. Les valeurs suivantes ont été relevées : AST 170 U/L (norme : 17–59 U/L), ALT 135 U/L (norme : 0–57 U/L), albumine 3,2 g/dL (norme : 3,5–5,0 g/dL), numération leucocytaire 23,2 K/ μ L (norme : 4,5–11 K/ μ L) avec 96 % de polynucléaires neutrophiles (PNN), vitesse de sédimentation (VS) 37 mm/h (norme : 0–15 mm/h), protéine C-réactive (CRP) 328,2 mg/L (norme : < 10 mg/L). Le taux de ferritine était particulièrement élevé, à 20 853,3 ng/mL (norme : 3,8–10,6 ng/mL).

Le bilan infectieux était négatif (sérologies virales : VIH, hépatites B et C, CMV, EBV, HSV, syphilis, etc. ; hémocultures et procalcitonine négatives). L'examen d'urine a révélé une protéinurie modérée sans leucocyturie, hématurie ni bactériurie. Les tests de la fonction rénale étaient anormaux. L'ionogramme sanguin montrait une hyperkaliémie modérée. La formule leucocytaire indiquait une hyperleucocytose avec anémie microcytaire hypochrome. Le bilan immunologique (FAN, ANCA, FR, anti-CCP, etc.) était négatif. Un traitement par glucocorticoïdes a été instauré, avec une réponse initiale très favorable. Un traitement par biothérapie était prévu, mais le patient est malheureusement décédé d'un arrêt cardiaque lors d'une séance de dialyse.

Les considérations éthiques ont été respectées, en particulier l'anonymisation du patient et l'obtention d'un consentement explicite des parents du patient pour participer à l'étude.

3. DISCUSSION

Le diagnostic de la maladie de Still de l'adulte (MSA) peut s'avérer complexe, car sa présentation clinique peut imiter celle de nombreuses autres affections et il n'existe pas de test diagnostique définitif. Les critères de Yamaguchi sont couramment utilisés pour poser le diagnostic ; ils requièrent la satisfaction d'au moins cinq critères, dont au moins deux critères majeurs, tout en excluant toute infection, néoplasie ou affection rhumatologique susceptible de mimer la MSA [1,2].

Critères de Yamaguchi : Critères majeurs : Fièvre d'au moins 39 °C durant au moins une semaine ; Arthralgies ou arthrite durant au moins deux semaines ; Éruption cutanée maculeuse ou maculopapuleuse non prurigineuse sur le tronc ou les extrémités lors des épisodes fébriles ; Leucocytose $\geq 10\,000/\mu\text{L}$ avec au moins 80 % de granulocytes. Critères mineurs : Mal de gorge ; Adénopathies ; Hépatomégalie ou splénomégalie ; Anomalies du bilan hépatique ; Anticorps antinucléaires (AAN) et facteur rhumatoïde (FR) négatifs.

Notre patient présentait au moins 3 critères majeurs et 3 critères mineurs de la maladie. Bien que la présentation typique associe des épisodes fébriles récurrents, des arthralgies et une éruption cutanée, des manifestations moins fréquentes incluent des épisodes de pharyngite avec dysphagie, de polyarthralgies inflammatoires bilatérales et symétriques, d'adénopathies superficielles et d'une splénomégalie modérée. Sur le plan biologique, un syndrome inflammatoire a été observé (VS accélérée à trois chiffres, CRP positive, hyperferritinémie) ainsi qu'une anémie inflammatoire et un taux élevé de LDH. Les valeurs suivantes ont été relevées : AST 170 U/L (norme : 17–59 U/L), ALT 135 U/L (norme : 0–57 U/L), albumine 3,2 g/dL (norme : 3,5–5,0 g/dL), numération leucocytaire 23,2 K/ μ L (norme : 4,5–11 K/ μ L) avec 96 % de polynucléaires neutrophiles (PNN), vitesse de sédimentation (VS) 37 mm/h (norme : 0–15 mm/h), protéine C-réactive (CRP) 328,2 mg/L (norme : < 10 mg/L). Le taux de ferritine était particulièrement élevé, à 20 853,3 ng/mL (norme : 3,8–10,6 ng/mL).

Les options thérapeutiques pour la MSA incluent les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les corticoïdes systémiques et les immunosuppresseurs classiques, le méthotrexate étant le plus couramment utilisé. L'anakinra [1] est le principal agent biologique utilisé dans la MSA, bien que d'autres agents tels que l'infliximab, l'éta nercept, le tocilizumab et le canakinumab aient également été employés. D'autres schémas thérapeutiques font appel au léflunomide, à la ciclosporine, aux immunoglobulines intraveineuses, à l'azathioprine, au cyclophosphamide, au tacrolimus et aux sels d'or. Une évaluation périodique de l'activité de la maladie et des effets indésirables du traitement, ainsi qu'un suivi des marqueurs de la maladie, sont nécessaires.

4. CONCLUSION

La maladie de Still (MS) reste un diagnostic d'exclusion, après avoir écarté les principales causes infectieuses, inflammatoires et néoplasiques. Elle représente un défi diagnostique important en raison de l'absence de signes cliniques et biologiques spécifiques. En présence d'une fièvre prolongée sans facteur déclenchant spécifique, associée à une hyperferritinémie et à un faible taux de ferritine glyquée, le diagnostic de MS est évoqué. Les critères de classification de Yamaguchi et de Fautrel permettent de confirmer le diagnostic. Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) est l'une des complications graves de la maladie, pouvant entraîner le décès du patient. Son dépistage lors de la phase diagnostique, pendant les premières semaines de traitement et lors du suivi est donc

impératif. Des retards de diagnostic peuvent survenir en raison de la présentation particulière de la maladie de Still de l'adulte, susceptible d'imiter des affections plus fréquentes. Il est crucial de bien comprendre les critères cliniques et d'adopter une approche systématique pour écarter d'autres causes possibles. Cet exemple illustre l'intérêt de réévaluer le diagnostic différentiel en présence d'une fièvre chronique et démontre l'efficacité des corticoïdes pour atténuer les symptômes. Un suivi prolongé est nécessaire pour surveiller une éventuelle récurrence et gérer l'activité de la maladie à long terme [3].

Competing interests: The authors declare that they have no competing interest.

Funding: This research received no external funding.

REFERENCES

1. Gopalakrishnan P, Subramaniam S, Thomas A, Manov A. Adult onset still's disease presenting as recurrent fever with ARDS: a case report. J Integr Cardiol. 2016;2(5):358-359. doi:10.15761/JIC.1000175
2. Paul D, Haq Z, Mahmoud A. Adult-onset Still's disease: a case report. Ann Clin Case Rep. 2025;10:2743. Available from: <http://anncaserep.com/>
3. Khan H, Tariq M, Muhammad S, Noman M. Recurrent high-grade fever and joint symptoms in a 19-year-old: a diagnostic challenge of adult-onset Still's disease. J Clin Images Med Case Rep. 2024;5(12):3384. doi:10.52768/2766-7820/3384