International Journal for Multidisciplinary Research (IJFMR)
E-ISSN: 2582-2160 ● Website: www.ijfmr.com ● Email: editor@ijfmr.com

Pancreatite Rougeoleuse A Propos De 3 Cas "Experience Du Service Des Maladies Infectieuses Au Chu Mohamed Vi, Universite Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc"

J. Bedi kiv[1], M. Idalene[2], W. Ait Driss[3], R. ElFargani[4], N. Tassi[5]

[1]Médecin En Specialization, Maladies Infectieuses, Université Caddi Ayyad

Abstrait :
Contexte et objectifs :la rougeole est une infection virale hautement contagieuse, causée par le virus de la rougeole, appartenant au genre Morbillivirus. Bien que ses manifestations cliniques soient principalement respiratoires et cutanées, des complications systémiques, notamment digestives peuvent survenir. Parmi celles-ci, la pancréatite rougeoleuse représente une forme rare mais potentiellement grave. Cette étude vise à évaluer la prévalence, les caractéristiques cliniques, biologiques et évolutives de la pancréatite chez les patients hospitalisés pour rougeole grave**.**
Matériel et méthodes : Etude rétrospective incluant 56 patients hospitalisés pour rougeole grave au service des maladies infectieuses du CHU Mohamed VI Marrakech de janvier 2024 à mai 2025, les dossiers médicaux ont été analysés pour identifier les cas de pancréatite. Les données démographiques, Clinico biologiques, radiologiques, la prise en charge et l'évolution a été recueillies.
Résultats : la pancréatite rougeoleuse a été diagnostiqué chez **5.35 %** des patients étudiés. **Conclusion :** compte tenu de la recrudescence de la rougeole dans certaines régions, une vigilance accrue s'impose pour détecter ces formes atypiques .la pancréatite rougeoleuse ne doit pas être sous-estimée en tant que complication, même si, selon les résultats de notre étude, elle n'était pas associée à une issue fatale ou à une gravité de la maladie, car son évolution peut-être fréquemment rapide et mortelle.

Mots-clés : Rougeole, Pancréatite rougeoleuse, complication

I. Introduction

La Rougeole est une maladie virale hautement contagieuse, caractérisée par des prodromes fais de toux, de coryza, de la conjonctivite et des taches de koplick puis d'une éruption maculo-papuleuse et érythémateuse.
Elle est généralement bénigne mais peut entrainer des complications graves notamment la pancréatite aigüe **[1]** Cette complication, bien que rare, a été documentée dans quelques études et des séries épidémiologiques.
L'objectif de ce travail est d'analyser l'incidence et les différents aspects cliniques, para cliniques, thérapeutiques et évolutifs de la pancréatite rougeoleuse qui est une atteinte rare.

Notre article porte sur les patients rougeoleux hospitalisés au service des Maladies infectieuses du CHU Mohamed VI du janvier **2024** au mai **2025,** soit **56** patients, et **3** d'entre eux présentent une pancréatite rougeoleuse, soit **5,35%**

Les données de notre article sont recueillies à partir du registre du service et des données contenues dans les dossiers médicaux des patients.

- L'enquête Anamnestique est basée sur l'identification du patient (sexe, âge, Provenance, ATCDS, début de la symptomatologie, les signes associés)
- L'enquête clinique est basée sur l'identification des différents symptômes fonctionnels révélateurs de l'affection, sur les données de l'examen clinique en se basant sur l'évaluation de l'Etat général, les signes digestifs ainsi qu'à la recherche d'autres signes orientant le diagnostic étiologique.
- L'enquête Paraclinique est basée essentiellement sur les données des examens biologiques et de l'imagerie.
- L'enquête Thérapeutique est basée sur la Prise en charge thérapeutique.

II Observations médicales des patients

- **Observation 1**

Patiente âgée de **16** ans suivie pour anémie ferriprive, ayant reçu une seule dose du vaccin Rougeole-Rubéole selon le programme national d'Immunisation. L'interrogatoire retrouve la présence des cas similaires de rougeole dans la famille.

La patiente a consulté aux urgences pour un exanthème fébrile, des douleurs épigastriques accompagnées des vomissements, des diarrhées évoluant depuis **5** jours et qui s'est aggravée avec l'installation d'une toux dyspneisante au **7**^{e} jours.

A l'admission, l'examen clinique retrouvait une patiente fébrile à **38,7**, désature à **80** % à l'air ambiant, conjonctivite bilatérale, éruption cutanée morbillliforme maculo-papuleuse au niveau de la face et du tronc avec signe de koplick positif.

L'auscultation pulmonaire a retrouvé des râles sous- crépitants basithoraciques.

La palpation abdominale a révélé une sensibilité épigastrique sans contracture ni ictère ni hépato-splénomégalie.

Le reste de l'examen somatique était sans particularité.

Les examens biologiques révélaient : une NFS normale, un TP à 92 % une CRP positive à **84** mg/l, la fonction rénale était conservée avec une hyponatrémie à **128** mmol/l, une bilirubinémie normale à 9mg/l, la lipasémie était à **5** fois la normale, une cytolyse hépatique modérée à deux fois la normale et les sérologies virales (hépatite B et C, VIH) étaient négatives.

Une TDM Abdominale a révélé un aspect scanographique en faveur d'une pancréatite stade A de Balthazar.

La patiente a bénéficié d'une oxygénothérapie, d'une réhydratation, d'une antibiothérapie, de la vitamine A à raison de 200 000 UI à J1 et J2 ainsi que des antis émétiques.

L'évolution a noté une nette amélioration clinico-biologique avec apyrexie, saturation normale à J3, amélioration de l'état général avec régression des vomissements et de la douleur abdominale ainsi que la normalisation de la cytolyse à J3 et de la lipasémie à J5. Au J7d'hospitalisation, la patiente a pu quitter l'hôpital.

- **Observation 2**

C'est une femme de **47** ans résidant à Marrakech, Obèse avec un IMC à 35 kg/m² et sous corticothérapie au long cours pour Rhumatisme articulaire, non vacciné contre la rougeole et sans notion de contage ; qui s'est présenté aux urgences pour dyspnée, toux avec expectoration jaunâtres, éruption cutanée et ballonnement abdominal évoluant depuis **4** jours.

A l'admission, l'examen clinique trouve une patiente fébrile à 38,2, polypneique à **31** cycle par minute, un tirage sus sternal, désaturait à **70%,** hyperhémie conjonctivale, éruption cutanée morbilliforme d'évolution descendante avec signe de koplik positif.

L'auscultation pulmonaire a montré des râles ronflants.

A la palpation abdominale on a retrouvé un ballonnement abdominal diffus, une matité déclive aux deux flancs avec une sensibilité épigastrique en barre sans ictère mais avec hépatosplénomégalie.

Le reste de l'examen clinique était sans particularité.

Les examens biologiques révélaient : une hyperleucocytose à **17870/mm3**, CRP positive à **305mg/l**, la fonction rénale et l'ionogramme étaient normaux, il y avait une cytolyse et une cholestase modérée à 3 fois la normale, une lipasémie à **2** fois la normale. La bilirubinémie était normale et les sérologies virales (hépatite B et C, VIH) négatives.

Une TDM thoracique était sans anomalie.

La TDM Abdominale plaidait en faveur d'une pancréatite stade A de Balthazar associée à une splénomégalie homogène.

La patiente a bénéficié d'une oxygénothérapie, une réhydratation, et de la vitamine **A** et l'antibiothérapie. Mais devant le syndrome de détresse respiratoire aigüe, la patiente a été transféré en réanimation.

Apres un séjour de **4** jours en réanimation, elle a retourné au service pour sortir au **J10** d'hospitalisation après une bonne évolution Clinico- biologique (apyrexie, CRP négative, nette régression des douleurs abdominales et normalisation de la lipasémie à **J4**, absence de cholestase et de la cytolyse au **J5).**

- **Observation 3**

Un homme de **48** ans, plombier, n'ayant reçu aucune dose du vaccin Rougeole et qui se présente aux urgences pour une éruption cutanée fébrile, des douleurs épigastriques associées à des vomissements évoluant depuis **3** jours et qui se sont aggravés au **6**e jour par une toux dyspneisante avec des expectorations jaunâtres.

A l'admission, l'examen clinique retrouvait un patient fébrile à **38,5**C, polypneique à **32** cycles/minute, désaturait à **82%** à l'air ambiant, une conjonctivite bilatérale, une éruption cutanée morbilliforme maculo-papuleuse au niveau de la face et du tronc avec signe un Koplick positif.

L'auscultation pulmonaire trouvait des râles sous crépitants basithoraciques dans les deux champs pulmonaires. Il y avait un pli de déshydratation pâteux et une sensibilité épigastrique, sans contracture ni ictère ni organomégalie. Le reste de l'examen était sans particularité.

Les examens biologiques objectivent : une lymphopénie de **980/mm3** à la NFS, une CRP positive à **86.4g/l,** un taux de prothrombine correct, une fonction rénale conservée, une cytolyse hépatique modérée à **3** fois la normale, une amylasémie et une lipasémie à **3** fois la normale. Les sérologies virales (hépatite B, C et VIH) étaient négatives.

Une TDM abdominale a révélé un aspect scanographique en faveur d'une pancréatite stade **C** de Balthazar avec score de CTSI (computed tomography severity index) modifié à **2**.

L'IRM abdominale parle d'aspect globuleux du pancréas sans infiltration de la graisse péri-pancréatite, ni coulées de nécrose.

Le patient a bénéficié d'une oxygénation, une réhydratation intraveineuse à raison de 3 l/jr, un anti-émétique, une antibiothérapie parentérale faite d'amoxicilline-acide clavulanique 1grx3/jr durant 5jrs, de l'arrêt de l'alimentation ainsi que la vitamine A à raison de 200 000UI/jr au J1et J2.

L'évolution a été marquée par une bonne évolution clinico-biologique (apyrexie, amélioration de l'état général avec régression des vomissements et des épigastralgies, disparition de l'éruption et normalisation de la lipasémie et de l'amylasémie ainsi que bilan hépatique au 7^{e} jour d'hospitalisation.

Tableau 1 : Résumé des données cliniques des trois observations

Paramètres		Observation 1	Observation 2	Observation 3
Age		16 ans	47 ans	48 ans
Sexe		Féminin	Féminin	Masculin
Statut vaccinal		1 dose	1 dose	Aucune
Contage		Present	Absent	Absent
Terrain		Anémie ferriprive	Obésité+ corticothérapie au long cours	Plombier (exposition à la poussière)
Signes Digestifs	Vomissements	Présent	Absent	Présent
	Douleurs abdominales	Présentes	Absentes	Absentes
	Epigastralgies	Présentes	Présentes	Présentes
	Ballonnement abdominal	Absent	Présent	Absent
	Diarrhées	Présentes	Absentes	Absentes
GB : /mm3		8500	17870	6730
Lymphocytes : /mm3		1305	1250	980
CRP mg/l		84	305	86,4
Lipasémie : U/l		5N	2N	2N
Amylase mie : U/l		-	-	2N
Cytolyse hépatique		Modérée	Modérée	Modérée
Cholestase hépatique		Négative	Modérée	Négative
Signe de Koplick		Présent	Présent	Présent
Sur infection bactérienne		Oui	Oui	Oui
Stade de la pancréatite		Stade A	Stade A	Stade C
PRISE EN CHARGE	Vitamine A	Oui	Oui	Oui
	Réhydrations	Oui	Oui	Oui
	Anti émétique	Oui	Non	Oui
	Oxygénothérapie	Oui	Oui	Oui
	Antibiothérapie	Oui	Oui	Oui
Amélioration clinico -biologique		Oui en J5	Oui en J5	Oui en J7
Evolution		Bonne	Bonne	Bonne

DISCUSSION

La rougeole est une maladie infectieuse très contagieuse, représentant toujours un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. **En 2022,** l'OMS estimait à **107500** le nombre de décès annuels dus à la rougeole, pour environ **10,3** millions de cas dans le monde **[2].** En Afrique, **768** décès et plus de **30000** cas ont été rapportés, tandis qu'au Maroc,**20086** cas ont été notifiés, dont **3391** confirmés et **37** décès jusqu'en mars 2025**[3].**

Parmi les complications associées à la rougeole, les atteintes digestives sont fréquentes, notamment la diarrhée, l'hépatite, la lymphadénite mésentérique et, plus rarement, la pancréatite. Cette dernière reste peu décrite dans la littérature, principalement à travers des cas cliniques isolés **[4].** A ce jour, la seule cohorte publiée est celle menée en Serbie lors de l'épidémie de **2017-2018**, au cours de laquelle **14%** des **207** adultes hospitalisés pour la rougeole sévère ont développé une pancréatite aigüe, avec une évolution globalement favorable [**5]**.

Dans notre étude, trois cas de pancréatite rougeoleuse ont été identifiés parmi **56** patients hospitalisés pour rougeole grave entre janvier **2024** et mai **2025**, soit une prévalence de **5,35%.** La présentation clinique était dominée par des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements, survenant quelques jours après l'éruption cutanée.

Le diagnostic de la pancréatite a été confirmé par une élévation de la lipasémie (≥2 fois la normale) et une tomodensitométrie abdominale objectivant des pancréatites bénignes (stades A et C selon la classification de Balthazar).

Sur le plan physiopathologique, le virus de la rougeole peut infecter les cellules épithéliales et exocrines, y compris les glandes exocrines comme le pancréas via les récepteurs **CD46 et SLAM (Signaling Lymphocytic Activation Molecule)**. Cela peut entrainer soit une atteinte pancréatique directe (destruction cellulaire, inflammation locale aigué, activation des enzymes pancréatiques et autodigestion des tissus), soit une réponse inflammatoire immunitaire indirecte responsable de la pancréatite. Ce tropisme pour les glandes exocrines est bien documenté, mais reste peu étudié dans les séries cliniques.

Nos observations concordent globalement avec les données de la cohorte serbe en termes de présentation clinique et d'évolution. Dans les deux études, les pancréatites étaient modérées, sans recours à une chirurgie ni admission en soins intensifs. Par ailleurs, plusieurs cas cliniques publiées, notamment chez des adolescents ou jeunes adultes, confirment cette tendance à une évolution bénigne **[6].**

Cliniquement, la pancréatite rougeoleuse peut survenir dans les jours suivant l'éruption cutanée et se manifeste par des douleurs abdominales épigastriques irradiant vers le dos, des nausées et des vomissements. Ces symptômes peuvent être confondus avec les manifestations digestives habituelles de la rougeole. Toutefois, l'élévation des enzymes pancréatiques, notamment la lipase, permet de suspecter une atteinte pancréatique, comme ce fut le cas dans notre série. Cependant, ces dosages ne sont pas systématiquement réalisés chez les patients atteints de la rougeole, surtout dans les pays à ressources limitées, ce qui pourrait expliquer la rareté des cas documentés.

L'imagerie abdomino-pelvienne par tomodensitométrie s'est révélée utile pour confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité selon la classification de Balthazar.

Le traitement est essentiellement symptomatique : repos digestif, rééquilibration hydroélectrolytique, et traitement de la rougeole selon les recommandations en vigueur (isolement, administration de la vitamine A, antibiothérapie en cas de surinfection). Aucun de nos patients n'a nécessité une prise en charge chirurgicale spécifique, et tous ont évolué favorablement, avec une durée moyenne d'hospitalisation de **7**

à **11** jours, ce qui est conforme aux données de la littérature **[7].** Toutefois, les formes graves peuvent survenir, notamment chez les patients immunodéprimés ou dénutris ().

CONCLUSION

Bien que rare, la pancréatite au cours de la rougeole doit être évoquée devant toute douleur abdominale chez un patient présentant une rougeole, en particulier en contexte épidémiologique ; Son diagnostic repose sur une approche clinique, biologique (l'augmentation de la lipasémie) et scanographique. L'évolution est le plus souvent favorable sous traitement symptomatique. Des études multicentriques seraient nécessaires pour mieux évaluer sa fréquence réelle, probablement sous-estimée, notamment dans les contextes de ressources limitées.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bacha, F Sadji, K. NASRI, M. DAACHI. : pancréatite rougeoleuse à propos d'un cas mai 2024 en Algérie
2. https://www.oms.int du 14 novembre 2024
3. https://www.mesvaccins.net du 6 mars2025
4. Https:// pmc.ncbi.nlm.nih.gov : The occurrence of acute Pancreatitis in adult Patients during a measles
5. https://www.hug.ch.Pancréatiteaigue
6. Fusilli, Gianfranco MD, De Mitri, Biagio MD : Pancréatite aiguë0 associée au virus de la rougeole, Rapport de cas et Revue de la littérature, p.478, Mai 2009
7. Https:// pmc.ncbi.nlm.nih.gov : The occurrence of acute Pancreatitis in adult Patients during a measles