



Effets indésirables des vaccins *faits cliniques et mythes*

O. Epaulard

Infectiologie, CHU de Grenoble

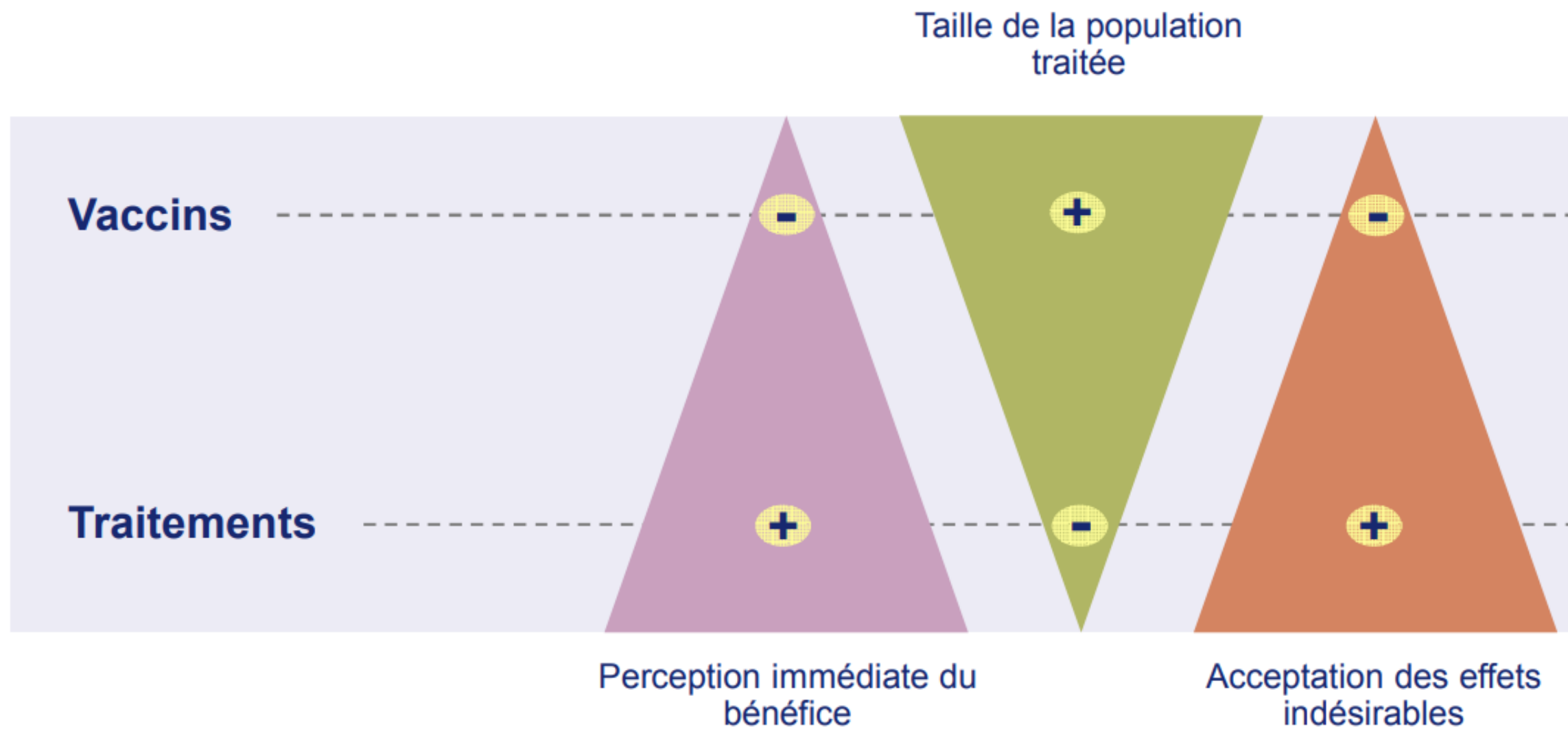
Journées inter-DES sur la vaccination, 16 octobre 2025

Sujets abordés

- Évènements inflammatoires / immunologiques
 - Réactogénicité locale et générale
 - SGB, cytopénies, encéphalites bénignes et sévères, myocardites
- Les infections par la souche vaccinale
 - Rougeole, varicelle, fièvre jaune ... chikungunya ...(BCG)
- (*L'antibody-dependant enhancement*)
- Mythes divers

Une perception parfois faussée par 3 facteurs

- Les maladies ont parfois presque disparu
 - Diphtérie, poliomyélite, infections invasives à *H. influenzae* b ...
 - Dans la « balance bénéfice-risque », le bénéfice peut être oublié
- Les vaccins sont faits à de vastes populations
 - Ce qui favorise des liens temporels quoique non causaux : il y a parmi les vaccinés des gens qui allaient développer telle ou telle maladie, vaccination ou non
 - « *j'ai fait telle maladie après tel vaccin* »
- Les vaccins sont souvent faits à des sujets en bonne santé
 - En particulier des très jeunes enfants
 - C'est le cœur de la démarche préventive : faire qq chose pour que rien n'arrive
 - « *Je ne veux pas prendre de médicament toxique alors que je vais bien* »



Deux tentations contradictoires

- Excès de « *Ce qui vous arrive n'est sûrement pas lié au vaccin* »
 - Ex : nombreux signalement de femmes décrivant des modifications de leur cycle menstruel après vaccination SARS-CoV-2 ...
 - ... souvent balayés de la main ...
 - ... et la pharmacovigilance considèrera finalement cela comme probable
- Excès de « *Ce qui vous arrive est sûrement lié au vaccin* »

Effets à médiation immunologique

Réactogénicité simple

Thrombopénies

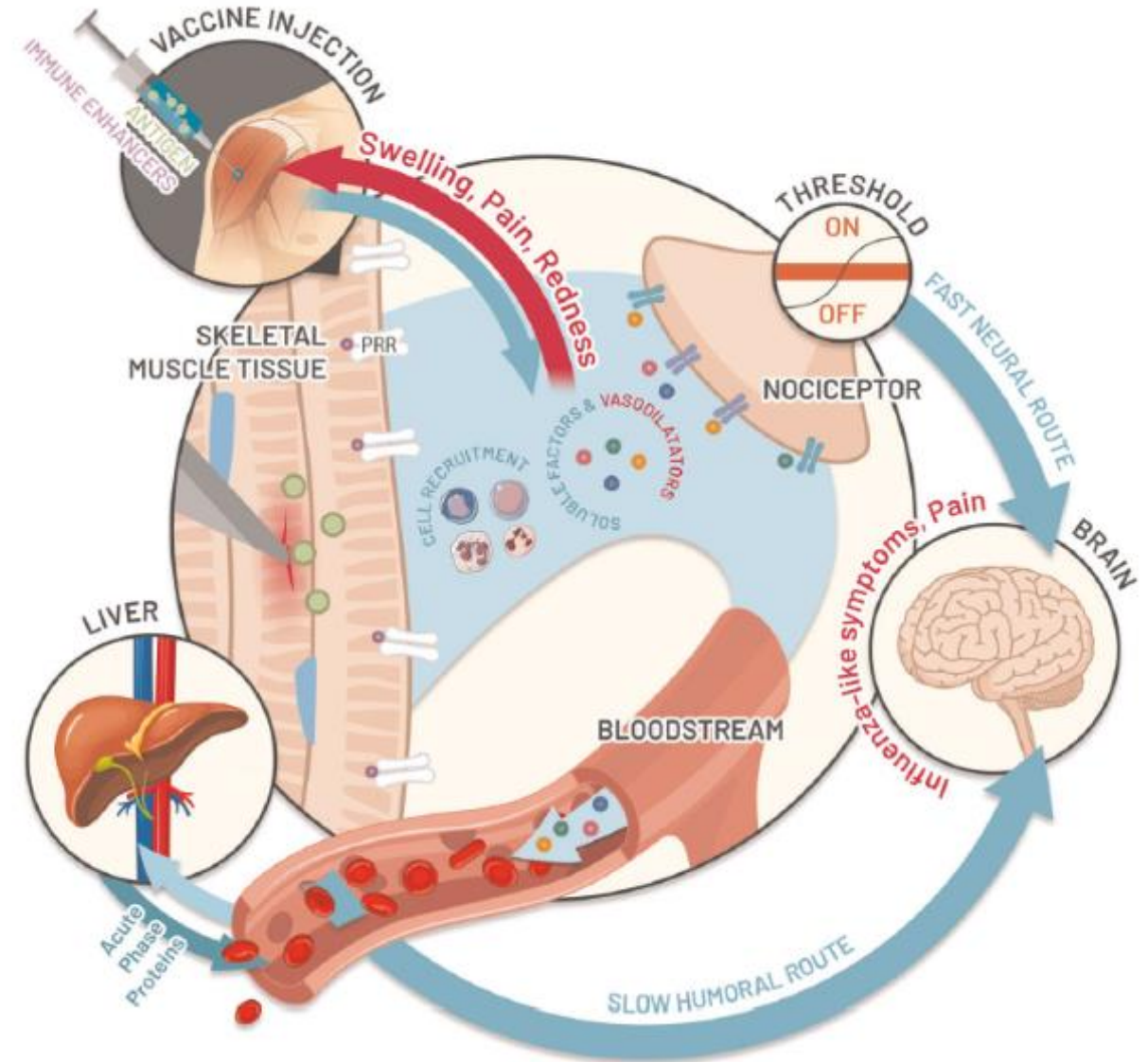
Myocardite

Syndrome de Guillain-Barré

The how's and what's of vaccine reactivity

Caroline Hervé ¹, Béatrice Laupèze¹, Giuseppe Del Giudice², Arnaud M. Didierlaurent¹ and Fernanda Tavares Da Silva ¹

La réactogénicité locale et générale est le reflet de la réaction inflammatoire *a minima* volontairement déclenchée par le vaccin localement



The how's and what's of vaccine reactogenicity

Caroline Hervé ¹, Béatrice Laupèze¹, Giuseppe Del Giudice², Arnaud M. Didierlaurent¹ and Fernanda Tavares Da Silva ¹

La prévention de la réactogénicité peut avoir des effet sur la réponse immune

Table 1. Impact of paracetamol versus ibuprofen on reactogenicity and immunogenicity

	Impact on reactogenicity	Impact on antibody response
<i>Oral paracetamol^a</i>		
Administered prophylactically at the time of vaccination and within the following 24 h	↓ Tenderness ↓ Fever ↓ Swelling ↓ Pain	↓ 5/13 pneumococcal serotypes, hepatitis, diphtheria, tetanus. Lower impact after dose 2.
Administered therapeutically	↓ Fever ↓ Pain	No impact.
<i>Oral ibuprofen^b</i>		
Administered prophylactically at the time of vaccination and within the following 24 h	Limited impact	↓ pertussis toxin, tetanus. No impact after the second dose.
Administered therapeutically	↓ Fever ↓ Pain	No impact.

Thrombocytopenic Purpura after Measles-Mumps-Rubella Vaccination: A Systematic Review of the Literature and Guidance for Management

Thrombopénie

Elpis Mantadakis, MD, Evangelia Farmaki, MD, and George R. Buchanan, MD

- Risk of developing ITP after MMR vaccination: 2.6/100 000 vaccine doses
(range 0.087 to 4/100 000)
- Risk of thrombocytopenia after natural measles or rubella: 6 to 1200 / 100 000 cases.
- Approximately 100 cases of ITP per year can be attributed to the MMR vaccine in USA.
- 2.3% to 3.1% of the 3,200 to 4,240 annual cases of childhood ITP in the United States are MMR-associated.

Le vaccin ROR est une cause rare mais bien connue de PTI

Thrombocytopenic Purpura after Measles-Mumps-Rubella Vaccination: A Systematic Review of the Literature and Guidance for Management

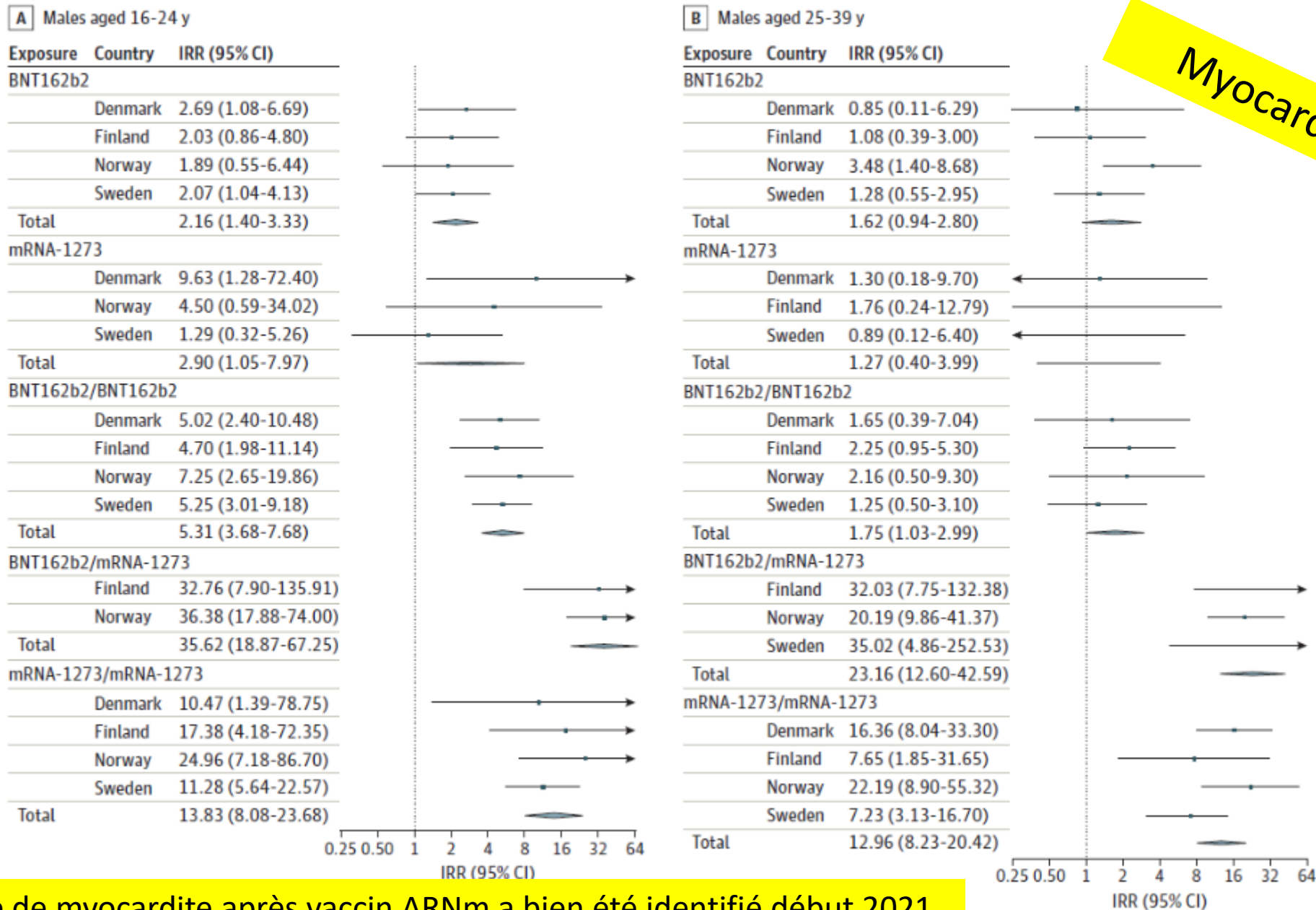
Elpis Mantadakis, MD, Evangelia Farmaki, MD, and George R. Buchanan, MD

- 6 publications reported the risk of recurrence of ITP after MMR vaccination in children with ITP, either non-vaccine– or MMR-associated ITP
- Among 131 children with a history of ITP (non-vaccine–associated in 94, MMR-associated in 26, and other-vaccine associated in 11 children), none had a recurrence of ITP within 6 weeks after the first or second dose of MMR.

SARS-CoV-2 Vaccination and Myocarditis in a Nordic Cohort Study of 23 Million Residents

Øystein Karlstad, MScPharm, PhD; Petteri Hovi, MD, PhD; Anders Husby, MD, PhD; Tommi Härkänen, PhD; Randi Marie Selmer, MSc, PhD; Nicklas Pihlström, MSc; Jørgen Vinsløv Hansen, MSc, PhD; Hanna Nohynek, MD, PhD; Nina Gunnes, MSc, PhD; Anders Sundström, BA, PhD; Jan Wohlfahrt, MSc, DMSc; Tuomo A. Nieminen, MScSc; Maria Grunewald, MSc, PhD; Hanne Løvdaal Gulseth, MD, PhD; Anders Hviid, MSc, DMSc; Rickard Ljung, MD, PhD, MPH

Figure 2. Myocarditis Within 28 Days After SARS-CoV-2 Vaccination in 4 Nordic Countries Among Males Aged 16 to 39 Years, With Pooled Estimates

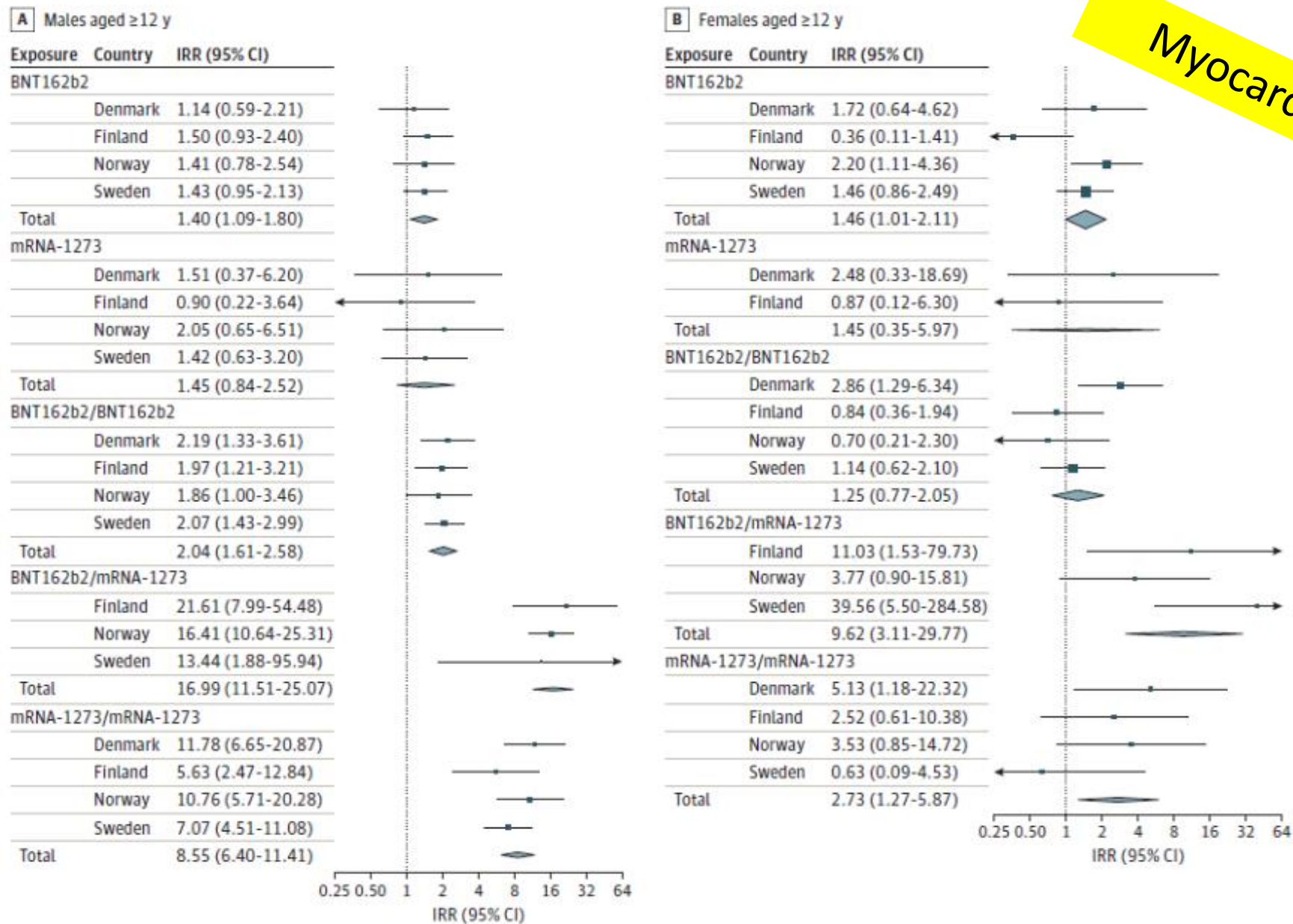


Le risque de myocardite après vaccin ARNm a bien été identifié début 2021

SARS-CoV-2 Vaccination and Myocarditis in a Nordic Cohort Study of 23 Million Residents

Øystein Karlstad, MScPharm, PhD; Petteri Hovi, MD, PhD; Anders Husby, MD, PhD; Tommi Härkänen, PhD; Randi Marie Selmer, MSc, PhD; Nicklas Pihlström, MSc; Jørgen Vinslev Hansen, MSc, PhD; Hanna Nohynek, MD, PhD; Nina Gunnes, MSc, PhD; Anders Sundström, BA, PhD; Jan Wohlfahrt, MSc, DMSc; Tuomo A. Nieminen, MScSc; Maria Grunewald, MSc, PhD; Hanne Løvdaal Gulseth, MD, PhD; Anders Hviid, MSc, DMSc; Rickard Ljung, MD, PhD, MPH

Figure 3. Myocarditis Within 28 Days After SARS-CoV-2 Vaccination in 4 Nordic Countries Among Males and Females Aged 12 Years or Older, With Pooled Estimates



SARS-CoV-2 Vaccination and Myocarditis in a Nordic Cohort Study of 23 Million Residents

Øystein Karlstad, MScPharm, PhD; Petter Hovi, MD, PhD; Anders Husby, MD, PhD; Tommi Härkänen, PhD; Randi Marie Selmer, MSc, PhD; Nicklas Pihlström, MSc; Jørgen Vinsløv Hansen, MSc, PhD; Hanna Nohynek, MD, PhD; Nina Gunnes, MSc, PhD; Anders Sundström, BA, PhD; Jan Wohlfahrt, MSc, DMSc; Tuomo A. Nieminen, MSocSc; Maria Grunewald, MSc, PhD; Hanne Løvdaal Gulseth, MD, PhD; Anders Hviid, MSc, DMSc; Rickard Ljung, MD, PhD, MPH

Myocardite

Among 23 122 522 Nordic residents:

- 1077 incident myocarditis events and 1149 incident pericarditis events were identified
- 5.55 (95%CI, 3.70-7.39) events per 100 000 vaccinees after the second dose of BNT162b2
- 18.39 (9.05-27.72) events per 100 000 vaccinees after the second dose of mRNA-1273.

Association between myocarditis and exposure to mRNA vaccines within 7 days, according to sex and age group

Myocardite

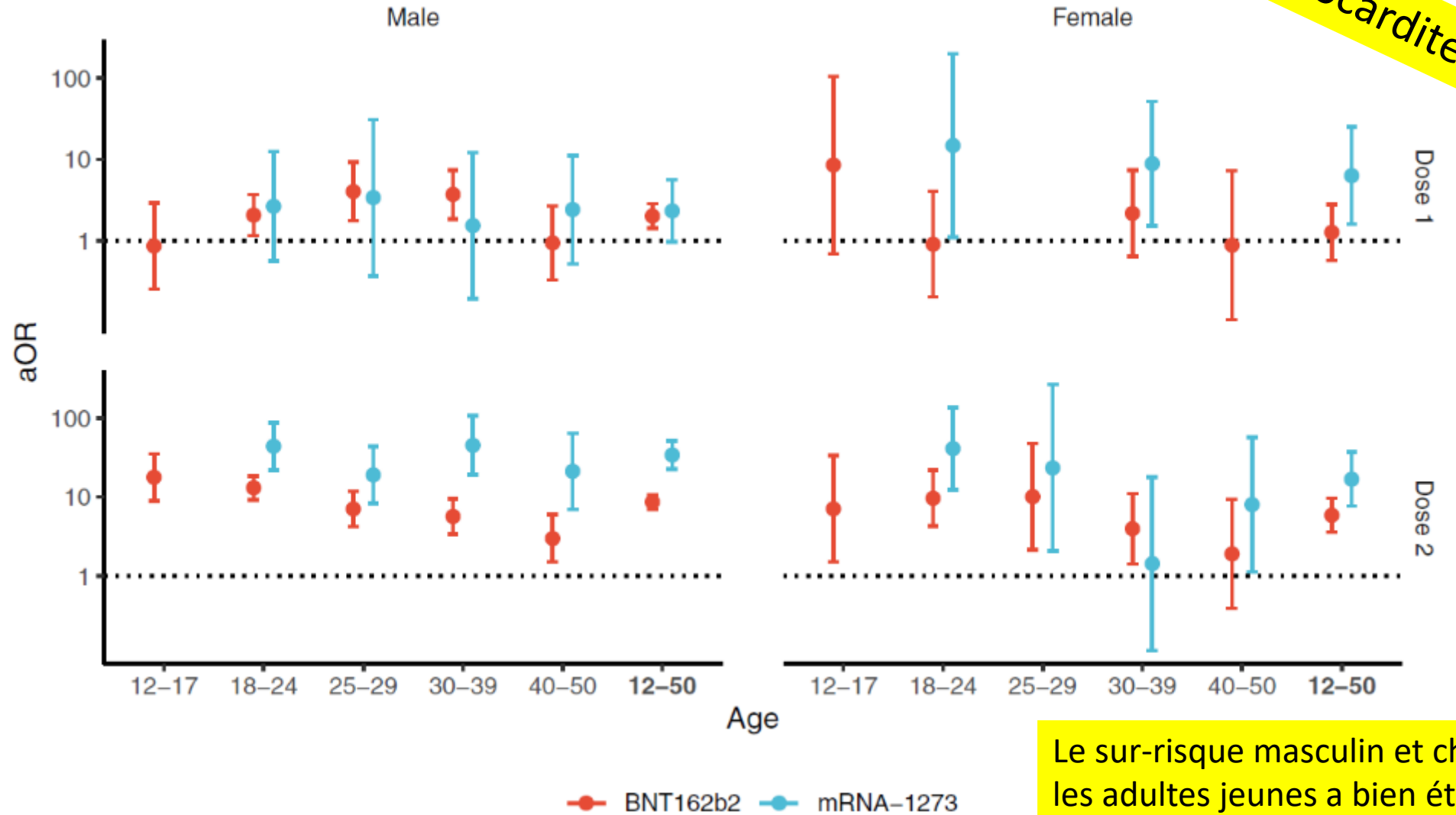


ARTICLE

<https://doi.org/10.1038/s41467-022-31401-5> OPEN

Age and sex-specific risks of myocarditis and pericarditis following Covid-19 messenger RNA vaccines

Stéphane Le Vu¹, Marion Bertrand¹, Marie-Joelle Jabagi¹, Jérémie Botton^{1,2}, Jérôme Drouin¹, Bérangère Baricault¹, Alain Weill¹, Rosemary Dray-Spira¹ & Mahmoud Zureik^{1,3}

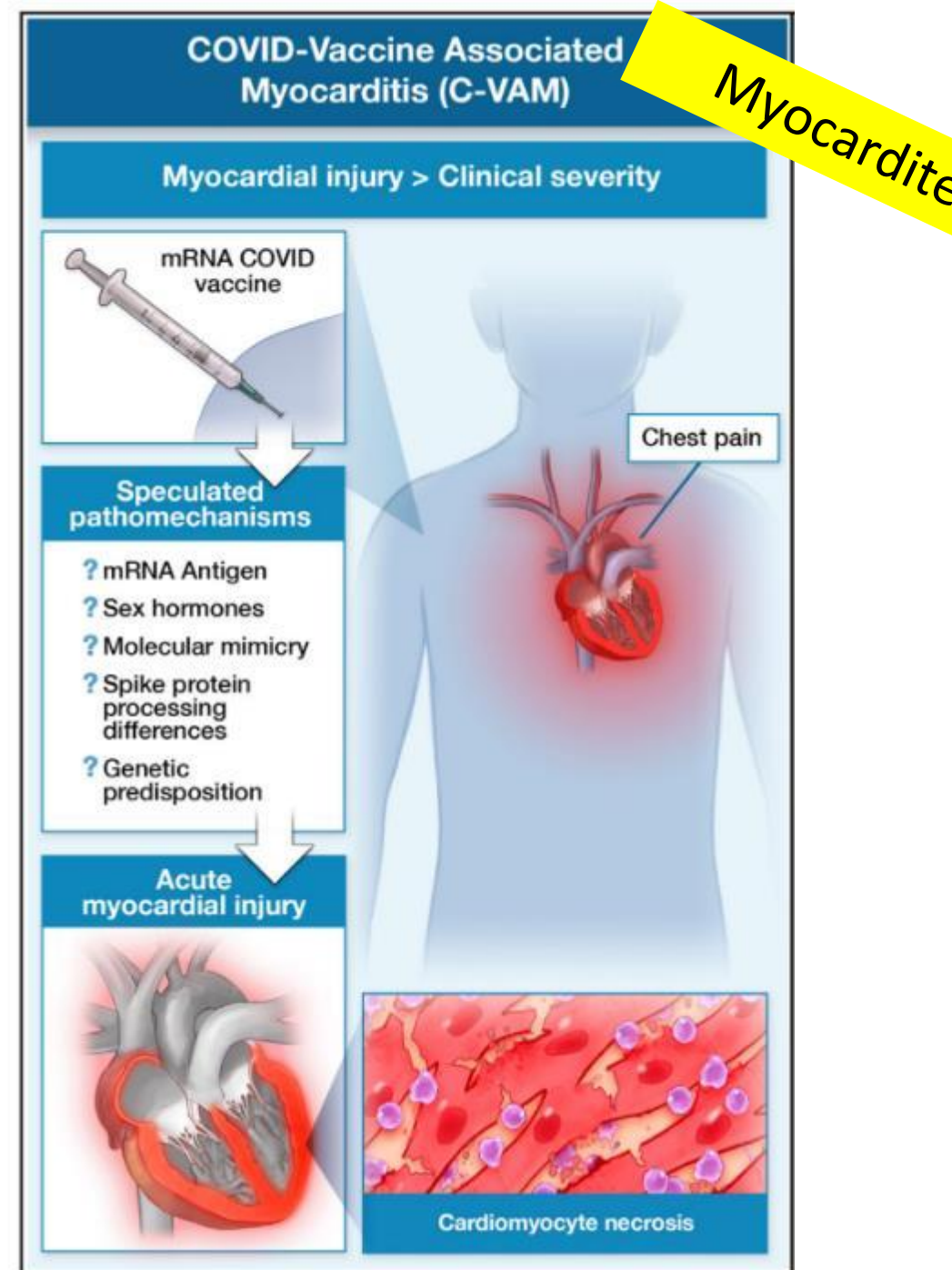


Le sur-risque masculin et chez les adultes jeunes a bien été identifié

Cardiac manifestations and outcomes of COVID-19 vaccine-associated myocarditis in the young in the USA: longitudinal results from the Myocarditis After COVID Vaccination (MACiV) multicenter study

Supriya S. Jain,^{a,*} Steven A. Anderson,^b Jeremy M. Steele,^c Hunter C. Wilson,^d Juan Carlos Muniz,^e Jonathan H. Soslow,^f Rebecca S. Beroukhi,^g Victoria Maksymiuk,^a Xander Jacquemyn,^h Olivia H. Frosch,ⁱ Brian Fonseca,^j Ashraf S. Harahsheh,^k Sujatha Buddhé,^l Ravi C. Ashwath,^m Deepika Thacker,ⁿ Shiraz A. Maskatia,^o Nilanjana Misra,^p Jennifer A. Su,^q Saira Siddiqui,^r Danish Vaiyani,^s Aswathy K. Vaikom-House,^t M. Jay Campbell,^u Jared Klein,^v Sihong Huang,^w Christopher Mathis,^x Matthew D. Cornicelli,^y Madhu Sharma,^z Lakshmi Nagaraju,^{aa} Jocelyn Y. Ang,^{ab} Santosh C. Uppu,^{ac} Preeti Ramachandran,^{ad} Jyoti K. Patel,^{ae} Frank Han,^{af} Jason G. Mandell,^{ag} Jyothsna Akam-Venkata,^{ah} Michael P. DiLorenzo,^{ai} Michael Brumund,^{aj} Puneet Bhatla,^{ak} Parham Eshtehardi,^{al} Karina Mehta,^{am} Katherine Glover,^c Matthew L. Dove,^d Khalifah A. Aldawsari,^e Anupam Kumar,^f Spencer B. Barfuss,^g Adam L. Dorfman,ⁱ Prashant K. Minocha,^j Alexandra B. Yonts,^k Jenna Schauer,^l Andrew L. Cheng,^q Joshua D. Robinson,^y Zachary Powell,^t Shubhika Srivastava,ⁿ Anjali Chelliah,^r Yamuna Sanil,^{ab} Lazaro E. Hernandez,^v Lasya Gaur,^h Michael Antonchak,^{ak} Marla Johnston,^{aj} Jonathan D. Reich,^b Narayan Nair,^b Elizabeth D. Drugge,^a and Lars Grosse-Wortmann^{am}

Les pistes physiopathologiques sont encore floues



Syndrome de Guillain-Barré

Guillain-Barré

- 2,8/100 000 cas par an en France
 - Cause la plus fréquente de paralysie flasque
 - 0,4 à 1,5 dans l'enfance, et 4 /100 000 après 75 ans
- Guérison habituelle mais 5% de mortalité
 - Et 10-20% de séquelles
- Probable origine immunitaire après stimulation antigénique
 - Précédé dans 2/3 des cas par une infection
 - voies respiratoires supérieures
 - gastro-entérite (*C. jejuni*)
 - Pathologie virale documentée dont la grippe et le CMV
 - cause inconnue > 60%
- Evènement rare et encore plus rare après vaccination
 - Rend la mise en évidence d'une cause à effet très difficile

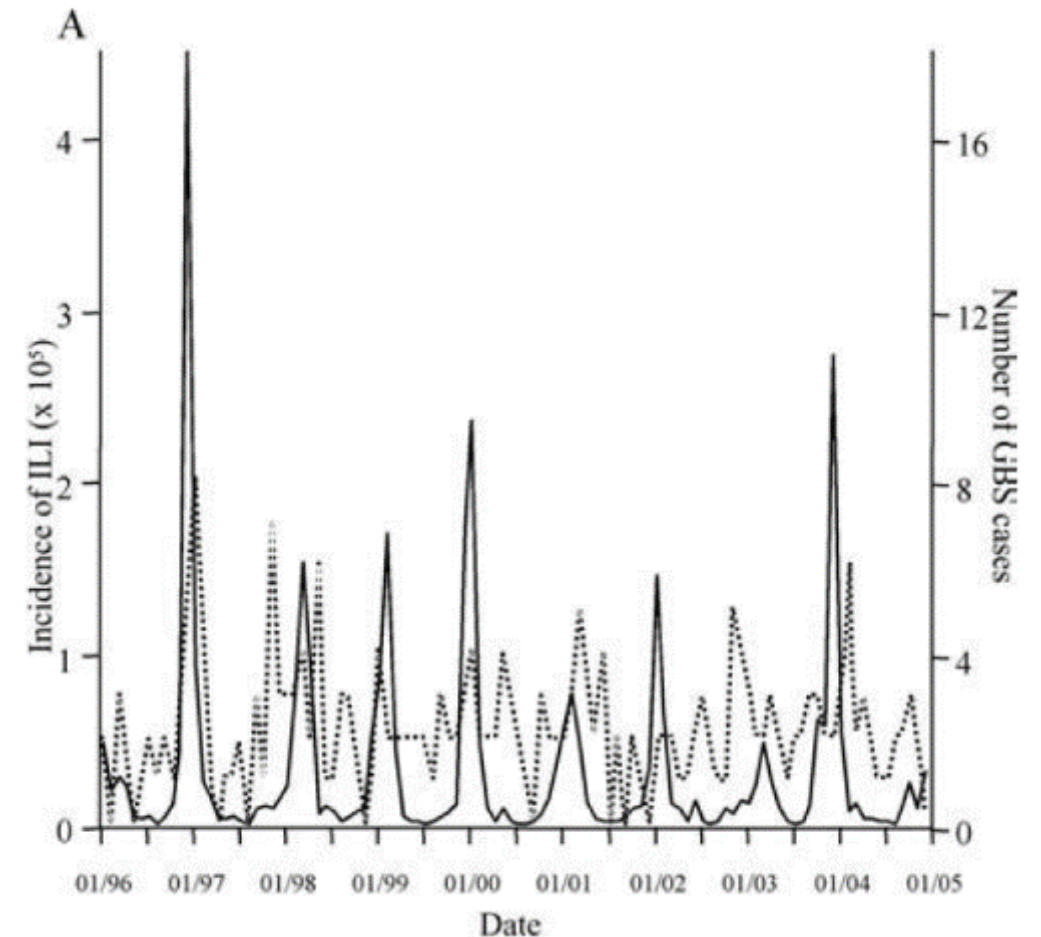
Guillain-Barré Syndrome and Influenza Virus Infection

Valérie Sivadon-Tardy,^{1,2} David Orlikowski,^{2,3} Raphaël Porcher,^{5,6} Tarek Sharshar,^{2,3} Marie-Christine Durand,^{2,4} Vincent Enouf,^{7,8} Flore Rozenberg,^{9,10} Christiane Caudie,¹¹ Djillali Annane,^{2,3} Sylvie van der Werf,^{7,8} Pierre Lebon,^{9,10} Jean-Claude Raphaël,^{2,3} Jean-Louis Gaillard,^{1,2} and Elyanne Gault^{1,2,7,8}

18,2% des SGB seraient liés à une infection par le virus *Influenza*

Il existe une corrélation entre pic de grippe et pic de SGB

Guillain-Barré



Rôle de la grippe dans la survenue d'un SGB

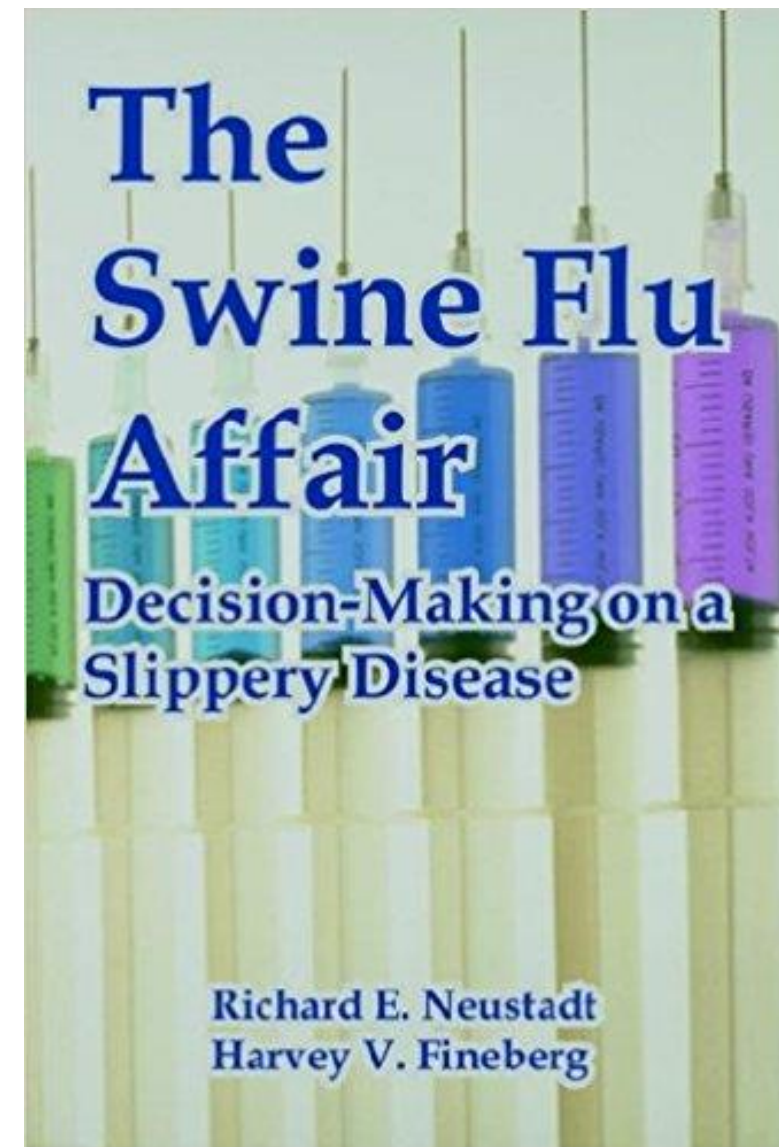
Guillain-Barré

- OR : 18.6 (95% CI, 7.5– 46.4) dans les 60 jours suivant la grippe (Tam et al PLoS One 2007)
- RR : 7.35 (95% CI, 4.36–12.38) dans les 90 jours suivant la grippe (Stowe et al Am J Epidemiol 2009)

Vaccin et SGB

Guillain-Barré

- 1976 : *The swine Flu affair*
 - Menace de pandémie virale d'origine porcine
 - Finalement non survenue
 - vaccination de masse aux USA : 45 millions de vaccinés
 - **SGB : risque relatif = 8 chez les vaccinés**
 - 1 cas supplémentaire pour 100 000 doses
 - Pic : 2-3 semaines après la vaccination
 - Rapide interruption de la campagne de vaccination
- Niveau de risque jamais reproduit ensuite

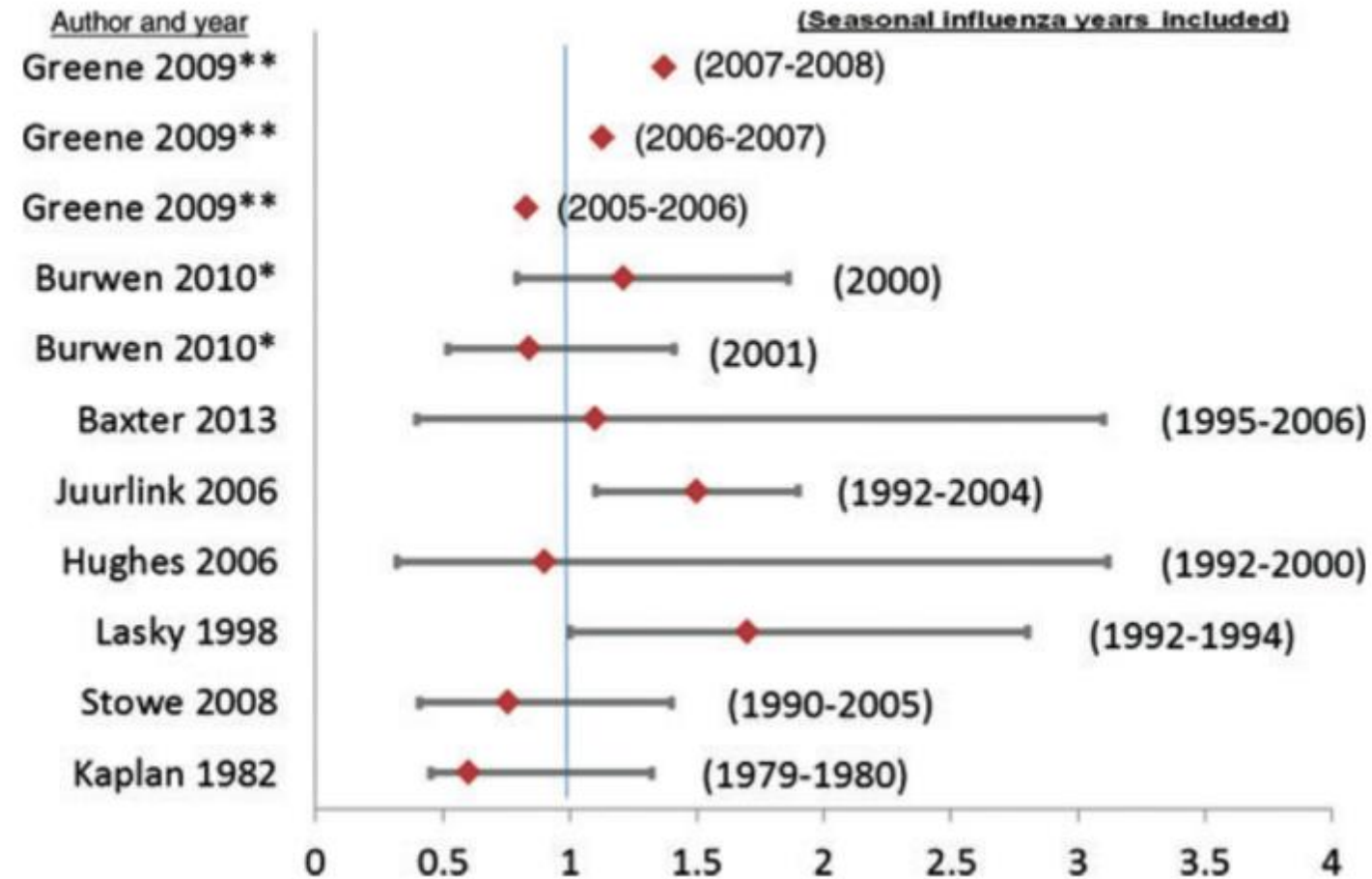


Guillain-Barré Syndrome, Influenza, and Influenza Vaccination: The Epidemiologic Evidence

Claudia Vellozzi, Shahed Iqbal, and Karen Broder

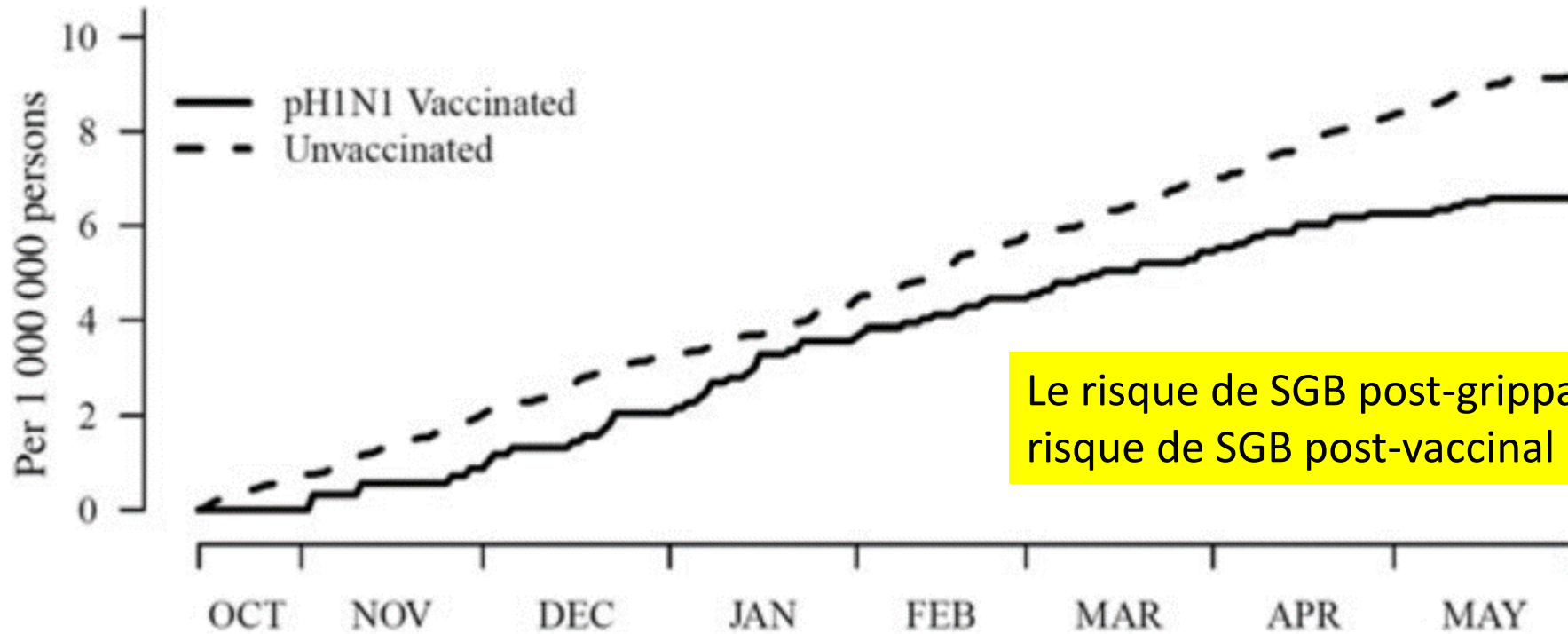
Etudes recherchant une relation entre SGB et vaccination grippale

Guillain-Barré



Risque cumulé de SGB chez les vaccinés versus non vaccinés pH1N1

Guillain-Barré



Le risque de SGB post-grippal l'emporte sur le risque de SGB post-vaccinal (s'il existe)

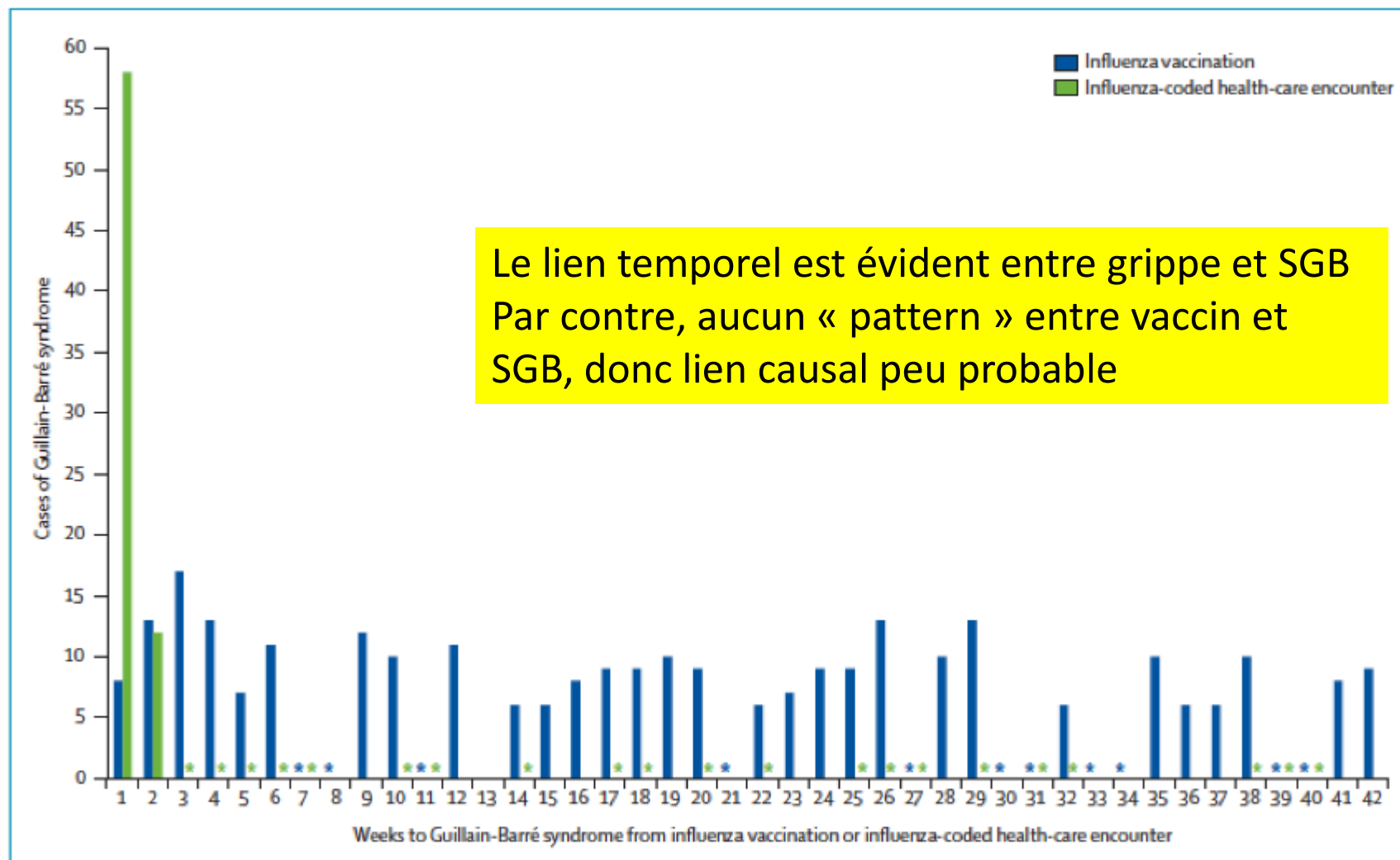
RR: 1.5 (95% CI, .6–4.0) vaccinés versus RR: 7.8 (95% CI, 3.6–16.6) après maladie

Risk of Guillain-Barré syndrome after seasonal influenza vaccination and influenza health-care encounters: a self-controlled study

Jeffrey C Kwong, Priya P Vasa, Michael A Compitelli, Steven Hawken, Kumanan Wilson, Laura C Rosella, Therese A Stukel, Natasha S Crowcroft, Allison J McGeer, Lorne Zinman, Shelley L Deeks

SGB après grippe ou vaccin

Guillain-Barré



Le lien temporel est évident entre grippe et SGB
Par contre, aucun « pattern » entre vaccin et SGB, donc lien causal peu probable

Figure: Number of cases of Guillain-Barré syndrome by week after receipt of influenza vaccine and after an influenza-coded health-care encounter
*Five or fewer admissions for Guillain-Barré syndrome; because of a contractual agreement with the data provider, numbers of five or fewer cannot be reported.



World Health
Organization

Organisation mondiale de la Santé

Weekly epidemiological record Relevé épidémiologique hebdomadaire

23 NOVEMBER 2012, 87th YEAR / 23 NOVEMBRE 2012, 87^e ANNÉE

No. 47, 2012, 87, 461–476

<http://www.who.int/wer>

Guillain-Barré

- Note de synthèse de l’OMS, 2012
- Vaccin grippal : 1 cas supplémentaire par million de doses
- Proposition de l’OMS : précautions quant à la vaccination pour les sujets chez qui un SGB était antérieurement survenu dans les 6 semaines suivant une vaccination grippale



Guillain-Barré syndrome and influenza vaccines: A meta-analysis

L.H. Martín Arias, R. Sanz, M. Sáinz, C. Treceño, A. Carvajal*

Centro de Estudios sobre la Seguridad de los Medicamentos (CESME), Universidad de Valladolid, Spain



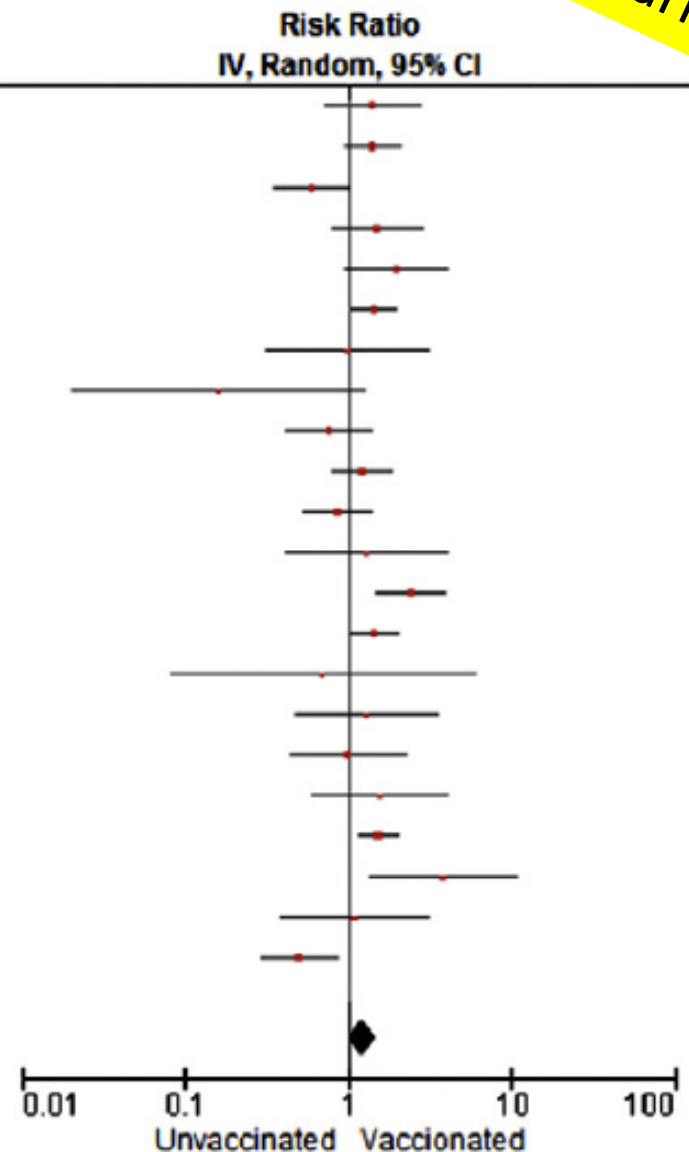
Seasonal vaccines

Study or Subgroup	Risk Ratio IV, Random, 95% CI	Year
Hurwitz 1981	1.40 [0.72, 2.74]	1981
Kaplan 1982b	1.40 [0.95, 2.08]	1982
Kaplan 1982a	0.60 [0.35, 1.02]	1982
Lasky 1998b	1.51 [0.79, 2.88]	1998
Lasky 1998a	1.99 [0.97, 4.12]	1998
Juurink 2006	1.45 [1.06, 1.98]	2006
Hughes 2006	0.99 [0.32, 3.09]	2006
Tam 2007	0.16 [0.02, 1.26]	2007
Stowe 2009	0.76 [0.42, 1.40]	2009
Burwen 2010b	1.21 [0.79, 1.86]	2010
Burwen 2010a	0.86 [0.53, 1.40]	2010
Grimaldi 2011s	1.30 [0.41, 4.12]	2011
Tokars 2012s	2.41 [1.51, 3.86]	2012
Wise 2012s	1.43 [1.01, 2.04]	2012
Crawford 2012s	0.69 [0.08, 5.85]	2012
Greene 2012s	1.30 [0.47, 3.59]	2012
McCarthy 2013b	1.00 [0.45, 2.23]	2013
McCarthy 2013a	1.57 [0.61, 4.02]	2013
Kwong 2013	1.52 [1.16, 2.00]	2013
Galeotti 2013	3.82 [1.35, 10.79]	2013
Baxter 2013	1.11 [0.39, 3.12]	2013
Kawai 2014	0.50 [0.29, 0.87]	2014

Total (95% CI) **1.22 [1.01, 1.48]**

Heterogeneity: $\tau^2 = 0.09$; $\chi^2 = 45.17$, $df = 21$ ($P = 0.002$); $I^2 = 54\%$

Test for overall effect: $Z = 2.09$ ($P = 0.04$)



Guillain-Barré

Vaccins anti-HPV et risque de maladies auto-immunes : étude pharmacoépidémiologique

Rapport final

Septembre 2015

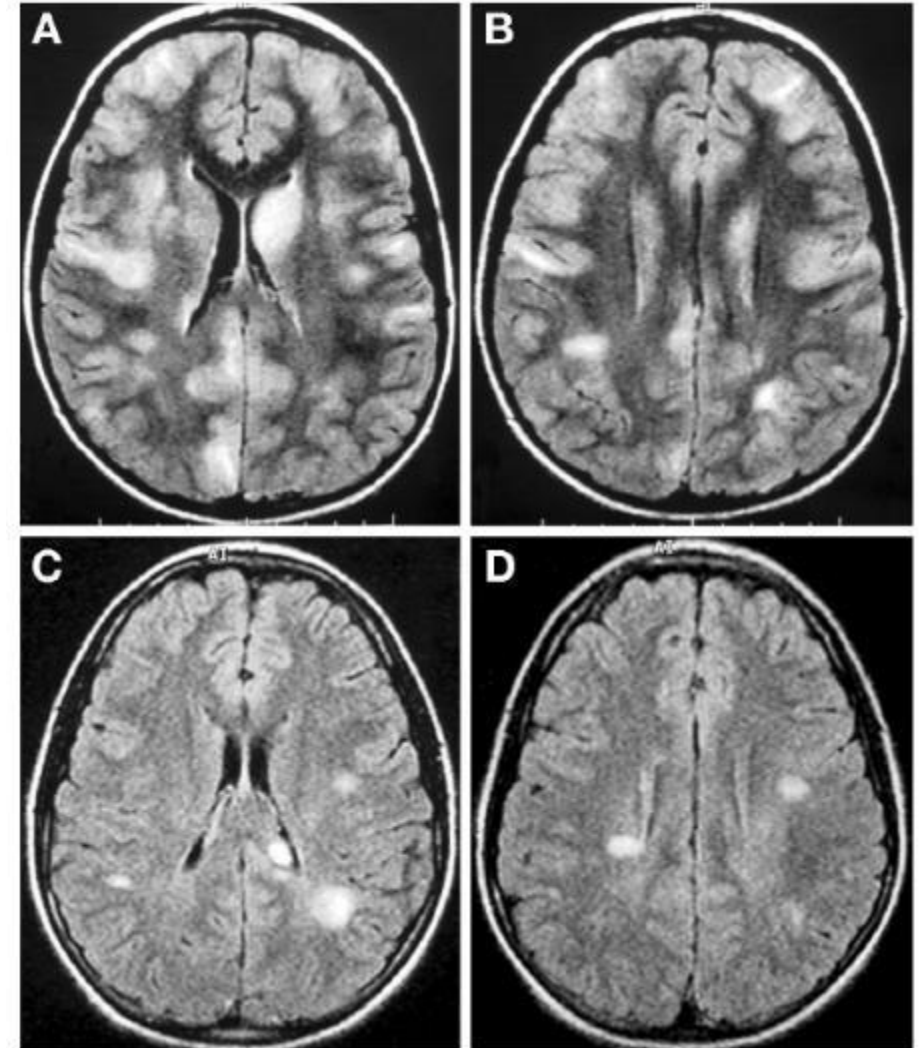
- Pas de sur-risque de maladies auto-immunes
- Un RR à 4 pour le Guillain-Barré
 - soit 1 cas supplémentaire pour 100 000 jeunes filles vaccinées
- Ce sur-risque n'a pas été retrouvé lors d'études ultérieures dans différents pays

Acute Disseminated Encephalomyelitis in Childhood: Epidemiologic, Clinical and Laboratory Features

John A. D. Leake, MD, MPH, Salvatore Albani, MD, PhD,|| Annie S. Kao, MS, MPH,¶
Melvin O. Senac, MD,† Glenn F. Billman, MD,‡ Mark P. Nespeca, MD,§ Amy D. Paulino, BS,||
Eileen R. Quintela, BS,|| Mark H. Sawyer, MD,* and John S. Bradley, MD**

- 1991-2000, comté de San Diego, USA
- 42 enfants avec une ADEM
- 2 avaient eu une vaccination dans les semaines précédant les 1ers symptômes

ADEM



ADEM

Vaccine 36 (2018) 3733–3739



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Vaccine

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vaccine



Vaccines and the risk of acute disseminated encephalomyelitis

Yong Chen^{a,1,*}, Fubao Ma^a, Yuanling Xu^b, Xuhua Chu^c, Jinlin Zhang^a

^a Department of Expanded Program on Immunization, Jiangsu Provincial Center for Disease Control and Prevention, China

^b Department of Neurology, Nanjing Brain Hospital, China

^c Department of Neurology, Jiangsu Provincial People's Hospital, China



Sur-risque post-vaccinal d'ADEM : détecté uniquement chez les <18 ans pendant le 2^{ème} mois après vaccin

ADEM

Table 2

Association between any vaccination and ADEM by age and time since vaccination.

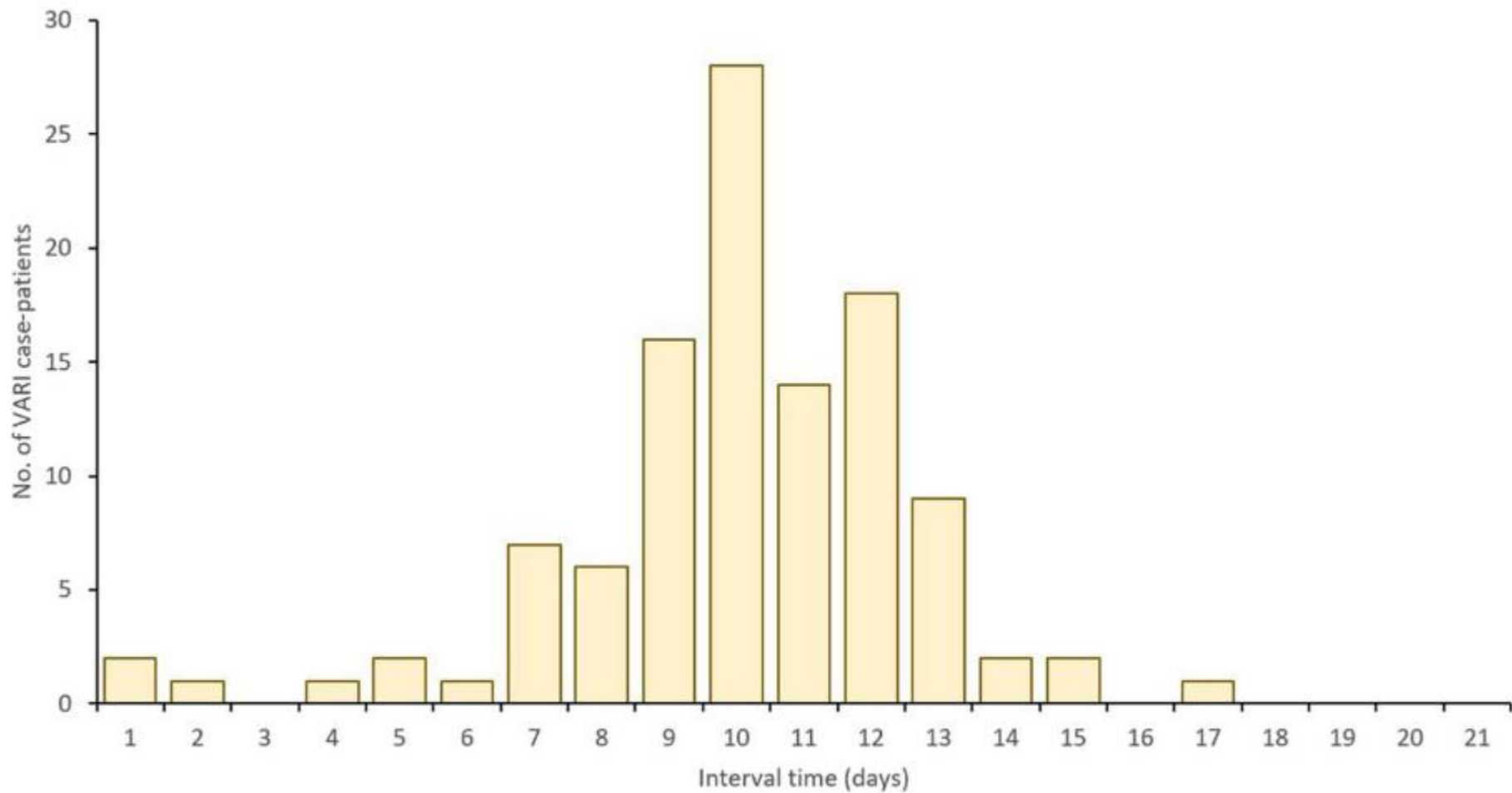
Time of vaccination before index date	Age ≤18 y				Age >18 y			
	No. (%) of cases	No. (%) of controls	OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	No. (%) of cases	No. (%) of controls	OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
a								
14 d	4(2.90)	16(2.88)	1.01(0.33–3.06)	1.03(0.35–3.07)	3(2.24)	9(1.67)	1.35(0.36–5.06)	1.32(0.33–4.95)
30 d	7(5.07)	40(7.19)	0.69(0.30–1.57)	0.68(0.29–1.54)	5(3.73)	22(4.07)	0.91(0.34–2.46)	0.95(0.36–2.49)
60 d	20(14.49)	53(9.53)	1.61(0.93–2.79)	1.59(0.90–2.76)	11(8.21)	38(7.04)	1.18(0.59–2.38)	1.15(0.55–2.30)
90 d	30(21.74)	91(16.37)	1.42(0.89–2.26)	1.40(0.85–2.24)	18(13.43)	59(10.93)	1.27(0.72–2.23)	1.24(0.69–2.20)
180 d	56(40.58)	201(36.15)	1.21(0.82–1.77)	1.19(0.78–1.74)	24(17.91)	106(19.63)	0.89(0.55–1.46)	0.93(0.59–1.55)
b								
0–14 d	4(2.90)	16(2.88)	1.01(0.33–3.06)	1.08(0.39–3.16)	3(2.24)	9(1.67)	1.35(0.36–5.06)	1.24(0.26–6.06)
15–30 d	3(2.17)	24(4.31)	0.49(0.15–1.66)	0.65(0.35–1.86)	2(1.50)	13(2.40)	0.61(0.14–2.72)	0.71(0.23–3.72)
31–60 d	13(9.42)	13(2.34)	4.34(1.97–9.60)	4.04(1.07–12.69)	6(4.48)	16(2.97)	1.52(0.52–3.96)	1.22(0.23–4.76)
61–90 d	10(7.25)	38(6.84)	1.07(0.52–2.19)	1.10(0.32–2.59)	7(5.22)	21(3.89)	1.35(0.56–3.24)	1.25(0.26–4.24)
91–180 d	26(18.84)	110(19.78)	0.94(0.59–1.51)	0.84(0.39–1.41)	6(4.48)	47(8.70)	0.49(0.20–1.16)	0.56(0.25–3.19)

Odds ratio (95% confidence interval) from conditional logistic regression models adjusted for occupation, familial diseases, comorbid chronic diseases, and history of infectious diseases.

Infections par la souche
vaccinale

Measles vaccine-associated rash illness amidst measles elimination: National surveillance data, South Korea

Soo-Yeon Jeong¹ | Young-June Choe² | Dong-Han Lee¹ | Eun-Young Kim¹ |
Mi-Na Kim¹ | Su-Jin Kim¹ | Gye-Hee Lee¹ | Hae-Ji Kang¹ | Myung-Guk Han¹



841 cas sur 11 an
Soit <1/4000 vaccinations

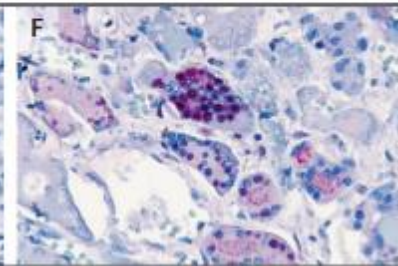
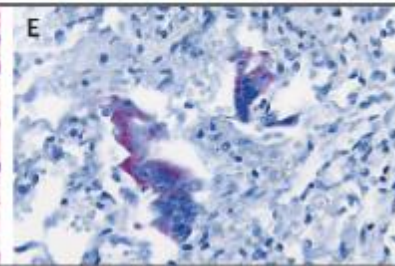
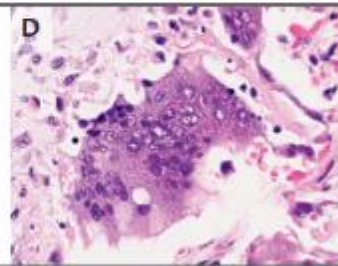
Rougeole

MMR Vaccine–Associated Disseminated Measles in an Immunocompromised Adolescent

Rougeole

Un cas de rougeole mortel lié à un vaccin fait
juste avant un diagnostic de Hodgkin et son
traitement

A	Post Vaccination	Day 7	Day 14	Day 17: Hospital Stay 1	Day 40: Hospital Stay 2	Lymphoma Response	Day 62: Final Hospital Stay	Day 90
Event		Diagnosis of Hodgkin's lymphoma	Transferred to California hospital	ABVE-PC cycle 1 started owing to airway compromise	ABVE-PC cycle 2	Rapid early response on PET	ABVE-PC cycle 3	Patient died
Complications				Febrile neutropenia Actinomyces bacteremia	Febrile neutropenia Abdominal pain Vesicular rash (VZV viremia)		Febrile neutropenia Abdominal pain Urticarial rash Pharyngeal erythema Daily fevers Urticarial rash improving New crusted papules	Respiratory failure
Testing					CT: pulmonary nodules, presumed fungal pneumonia		CT: pulmonary nodules (worsening), new splenic and hepatic nodules BAL: unremarkable Skin biopsy: positive for VZV	Autopsy: disseminated measles infection as cause of death
Treatment								
Actinomyces				Penicillin G (IV)	Amoxicillin prophylaxis		Broad-spectrum febrile neutropenia coverage to day 90	
VZV					Acyclovir (IV)	Acyclovir (oral) prophylaxis	Acyclovir (IV) to day 90	
Fungal (presumed)					Amphotericin B (IV) Posaconazole (IV)	Posaconazole (oral) followed by voriconazole (oral)	Amphotericin B (IV) to day 90	



lungs

liver

pituitary gland

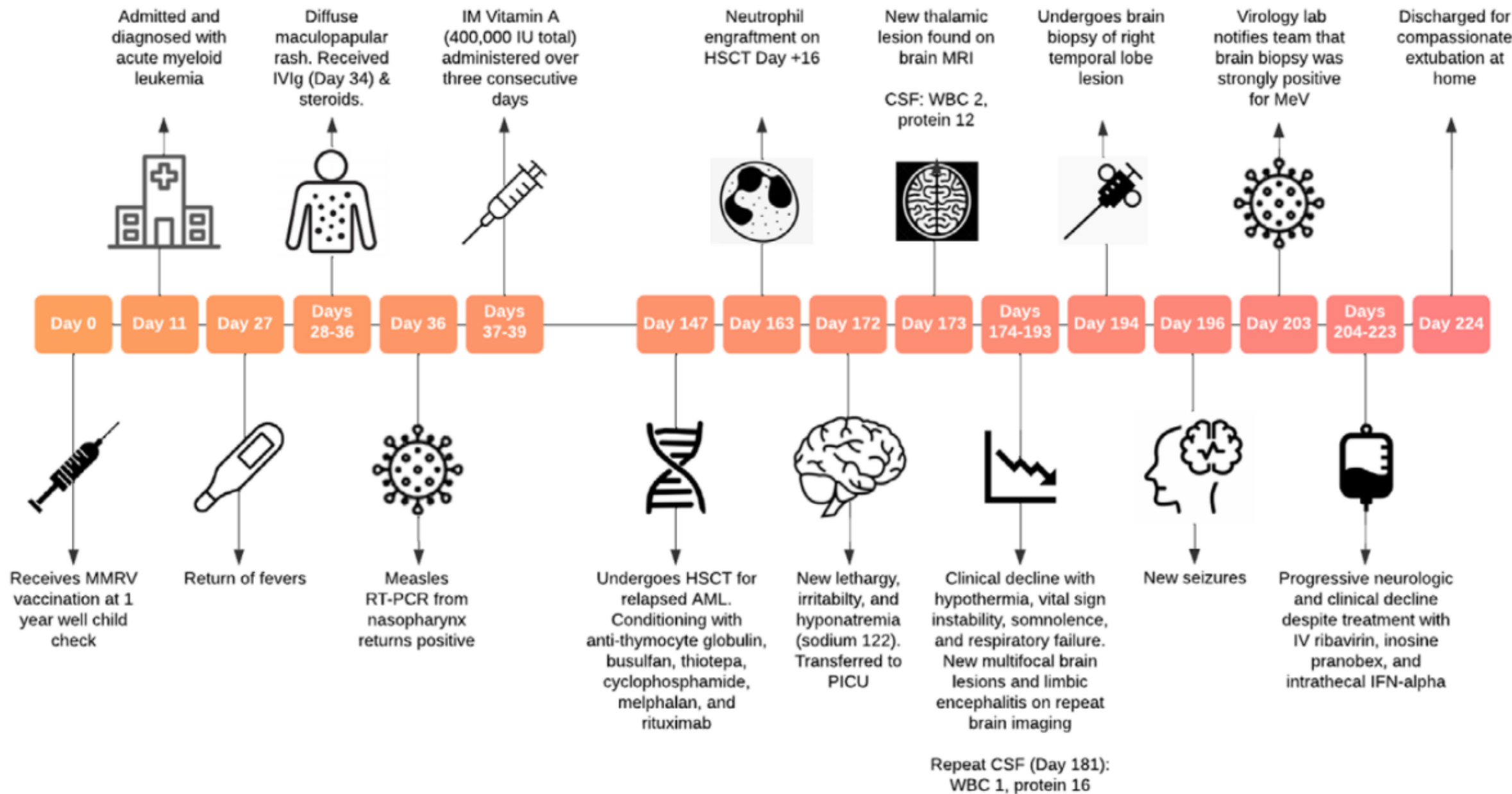
VACCINE REPORTS

Vaccine Associated Measles Complicated by Suspected Measles Inclusion Body Encephalitis in a Pediatric Leukemia Patient and Stem Cell Transplant Recipient

A Focus on Clinical Evolution and Management

Lauren E. Kushner¹MD, Jennifer Kamens, MD,† Alice Bertaina, MD, PhD,† David Shyr, MD,† and Hayley A. Gans, MD**

Un cas de rougeole mortelle lié à un vaccin fait juste avant un diagnostic de leucémie aiguë et son traitement par allogreffe



Transmission of Vaccine-Strain Varicella-Zoster Virus: A Systematic Review

Mona Marin, MD,^a Jessica Leung, MPH,^a Anne A. Gershon, MD^b

Varicelle

- We identified 13 patients with vOka varicella after transmission from 11 immunocompetent varicella vaccine recipients.
- In all instances, the vaccine recipient had a rash
- Transmission occurred mostly to household contacts.
- Transmission from vaccinated immunocompromised children also occurred only if the vaccine recipient developed a rash
- Secondary cases of varicella caused by vOka were mild

Vaccin contre la fièvre jaune : YEL-AND et YEL-AVD

- YEL-AND : maladie **neurologique** liée au vaccin anti-YF
- YEL-AVD : maladie **viscérale** liée au vaccin anti-YF
- Rare (<1/100 000)

Original Article

Enhanced safety surveillance of STAMARIL® yellow fever vaccine provided under the expanded access investigational new drug program in the USA

Andrey Rojas, MD, MSc¹, Wayne Hachey, DO, MPH², Gurpreet Kaur, MD², Joanna Korejwo, MD³ and Riyadh Muhammad, MD, MPH^{2,*}

¹Global Pharmacovigilance Department, Sanofi, Bogotá, Colombia, ²Department of Scientific & Medical Affairs, Sanofi, Swiftwater, PA, USA and ³Global Pharmacovigilance Department, Sanofi, Lyon, France

*To whom correspondence should be addressed. E-mail: riyadh.muhammad@sanofi.com

Submitted 20 December 2022; Revised 10 March 2023; Editorial Decision 16 March 2023; Accepted 16 March 2023

YEL-AND et YEL-AVD sont rares, mais plus fréquent chez les seniors (et chez eux les YEL-AND ne sont pas si rares ...)

Table 2. Estimated frequency of adverse events per age group

Age group	Population	Total AEs (N)	AE per 100 000	Total SAE (N)	SAE per 100 000	YEL-AND cases	YEL-AND per 100 000	YEL-AVD cases	YEL-AVD per 100 000
<20 years	114 440	197	172.14	20	17.5	0	0	0	0
20–60 years	412 622	883	214.00	62	15.0	1	0.2	1	0.2
>60 years	96 223	227	235.91	40	41.6	6	6.2	2	2.1
Unknown	3794	1	NA	0	NA	0	0	0	0
Total	627 079	1308	208.59	122	19.5	7	1.1	3	0.5

Yellow Fever Vaccine–Associated Viscerotropic Disease among Siblings, São Paulo State, Brazil

Eder Gatti Fernandes, Victor Bertollo Gomes Porto, Patrícia Mouta Nunes de Oliveira,
Amaro Nunes Duarte-Neto, Maria de Lourdes de Sousa Maia, Letícia Kegele Lignani, Juliana Silva Nogueira,
Gabriellen Vitiello Teixeira, Silvia D'Andretta Iglesias, Roberta Morozetti Blanco, Helena Keico Sato

Plusieurs membres d'une fratrie ont fait à plusieurs années de distance un YEL-AVD sans qu'on ait trouvé d'immunodépression (mais un facteur génétique est certain)

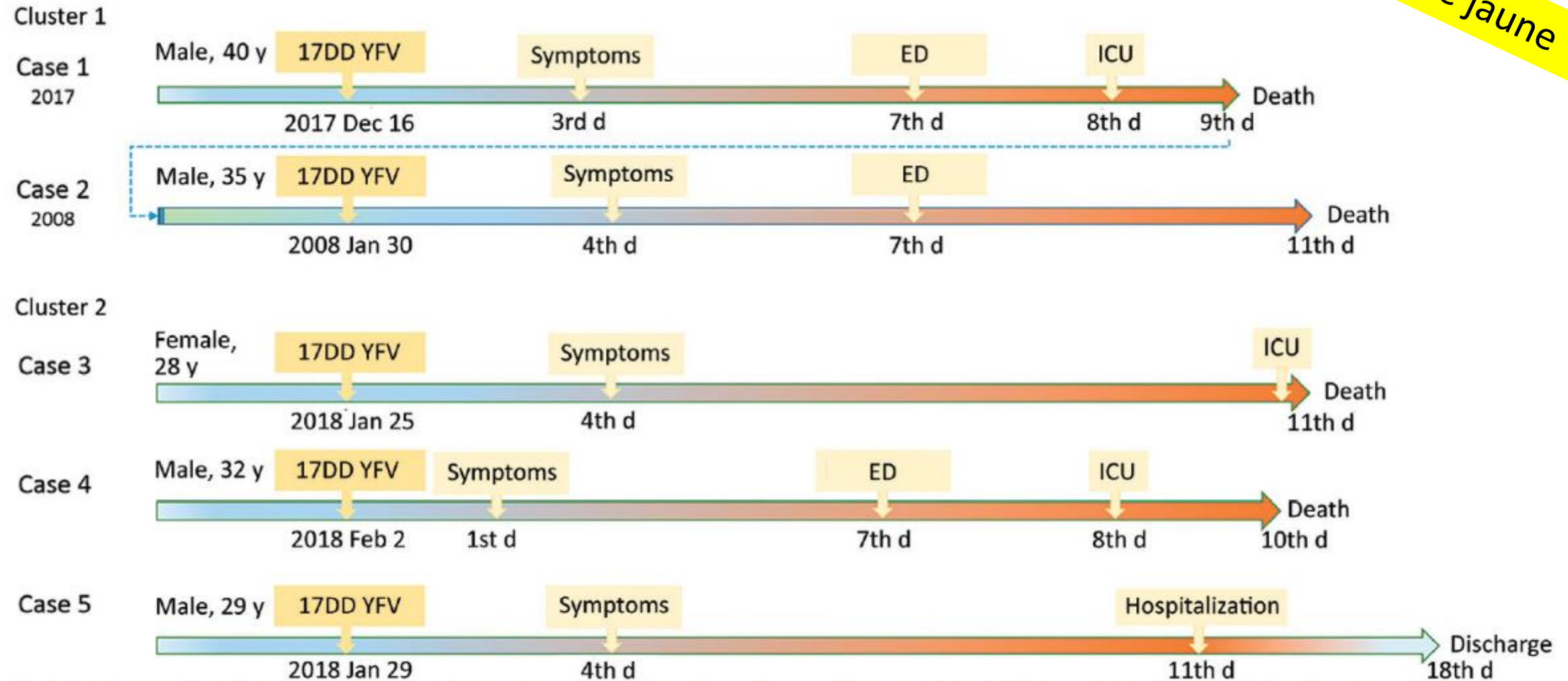


Figure 1. Timelines of reported cases of YFV-associated viscerotropic disease after 17DD vaccination during yellow fever epidemic, São Paulo state, Brazil, 2017–2018. Cases 1–2 were brothers and received standard doses. Cases 3–5 are siblings and received fractionated doses. ED, emergency department; ICU, intensive care unit; YFV, yellow fever vaccine.

Table. Clinical findings of cases of adverse events after YF vaccination in siblings from 2 familial clusters, São Paulo state, Brazil, 2017–2018*

Case information	Cluster 1		Cluster 2		
	Case 1	Case 2	Case 3	Case 4	Case 5
Patient age, y/sex	40/M	35/M	28/F	32/M	29/M
Patient race	White	White	White	White	White
Kind of YF vaccine	Standard	Standard	Fractionated	Fractionated	Fractionated
Days from vaccination to symptom onset	3	4	4	1	4
Symptoms	Fever, headache, vomiting, abdominal pain, jaundice, bleeding	Fever, myalgia, vomiting, diarrhea, jaundice, seizures	Fever, myalgia, abdominal pain, dysuria, vomiting, bleeding	Fever, myalgia, abdominal pain, jaundice, bleeding	Fever, vomiting, myalgia, headache
Platelets, per $\mu\text{L}^\dagger$	38,000	29,000	23,000	29,000	75,000
Aspartate transaminase, U/L [†]	366	2,254	769	1,930	137
Alanine aminotransferase, U/L	166	617	180	503	122
International normalized ratio [†]	1.94	1.8	1.9	2.0	2.0
Total bilirubin, mg/dL [†]	8.5	8.5	6.5	7.6	0.6
Creatinine, mg/dL [†]	6.7	5.9	2.9	5.9	1.4
Creatinine phosphokinase [†]	428	1,061	13,080	2,770	514
Outcome	Died	Died	Died	Died	Recovered
RT-PCR for YF vaccine in blood	Positive, 9 DAV	Positive, 10 DAV	Positive, 11 DAV	Positive, 10 DAV	Positive, 14 DAV
Viral isolation in serum sample >7 DAV	Positive, 9 DAV	ND	ND	ND	ND
YF IgM	Detected, 9 DAV	ND	ND	Detected, 10 DAV	Negative, 14 DAV
Liver histopathological pattern at autopsy	Typical [‡]	ND	ND	Typical [‡]	ND
YF immunohistochemistry in hepatic tissue	Positive	NA	NA	Positive	NA
RT-PCR for YF in liver	ND	ND	ND	Positive	ND

Yellow fever vaccine-associated neurologic and viscerotropic disease: a 10-year case series of the French National Reference Center for Arboviruses with clinical and immunological insights

Anne Le Hir, MD^{1,*}, Guillaume A. Durand, MD, PhD^{2,3}, José Boucraut, MD, PhD^{4,5}, Annabelle Garnier⁶, Marie Mura, MD, PhD^{6,7}, Sylvain Diamantis, MD^{8,9}, Michel Carles, MD, PhD¹⁰, Claire Durand, MD¹⁰, Cyril Schweitzer, MD, PhD^{11,12}, Claire Audouard, MD¹¹, Véronique Decroix, MD¹³, Romain Boyez, MD¹⁴, Anne Van Dendriessche, MD¹⁵, Alexandre Leclancher, MD¹⁶, Elsa Kaphan, MD¹⁷, Luce Barbat du Closel, MD¹⁸, Renaud Verdon, MD, PhD¹⁹, Damien du Cheyron, MD, PhD²⁰, Astrid Vabret, MD, PhD²¹, Delphine Vergnon, MD²², Gilda Grard, MD, PhD^{2,3}, Rémi Charrel, MD, PhD^{2,23,24}, Xavier de Lamballerie, MD, PhD^{2,3} and Carole Eldin, MD, PhD²³

- 10 YEL-AND:
 - 9 central nervous system illness (4 meningo-encephalitis, 3 aseptic meningitis, 1 myelitis and 1 meningo-myeloradiculitis); 1 multiple mononeuropathy
 - Mean time between immunization and onset of symptoms: 11 days (3-24)
 - MRI in 8/10 patients
 - Normal in 5/10
 - Demyelination or/of inflammation 3/10.
 - EEG: encephalitis-evoking pattern in 3 patients
 - YFV detection
 - Blood: 1/10 patients
 - CSF: 0/10
 - IgM against YFV in CSF: 5/10 patients
 - No death; 4 sequelae (1 generalized anxiety, 2 motor or sensitive deficiency, 1 rachialgia)

Le CNR décrit les cas de YEL-AND dont il a eu connaissance

Sofosbuvir as post-exposure prophylaxis for yellow fever–associated viscerotropic disease (YEL-AVD)

Jessica Barrett^{1*}, Ernest Mutengesa², Clare Warrell³, Tommy Rampling³, Jodie Owen³, Dipti Patel⁴,
Sanjay Bhagani ², Rachel Moores² and Antonia Scobie²

¹Department of Infection, North Bristol NHS Trust, Bristol, UK; ²Department of Infectious Diseases, Royal Free London NHS Foundation Trust, London, UK; ³Rare and Imported Pathogens Laboratory, UK Health Security Agency, Porton Down, Salisbury, UK; ⁴National Travel Health Network and Centre (NaTHNaC), UCLH NHS Foundation Trust, London, UK

*Corresponding author. E-mail: jessica.barrett@nbt.nhs.uk

Received 27 September 2024; accepted 27 December 2024

Yellow fever vaccine-associated neurologic and viscerotropic disease: a 10-year case series of the French National Reference Center for Arboviruses with clinical and immunological insights

Anne Le Hir, MD^{1,*}, Guillaume A. Durand, MD, PhD^{2,3}, José Boucraut, MD, PhD^{4,5}, Annabelle Garnier⁶, Marie Mura, MD, PhD^{6,7}, Sylvain Diamantis, MD^{8,9}, Michel Carles, MD, PhD¹⁰, Claire Durand, MD¹⁰, Cyril Schweitzer, MD, PhD^{11,12}, Claire Audouard, MD¹¹, Véronique Decroix, MD¹³, Romain Boyez, MD¹⁴, Anne Van Dendriessche, MD¹⁵, Alexandre Leclancher, MD¹⁶, Elsa Kaphan, MD¹⁷, Luce Barbat du Closel, MD¹⁸, Renaud Verdon, MD, PhD¹⁹, Damien du Cheyron, MD, PhD²⁰, Astrid Vabret, MD, PhD²¹, Delphine Vergnon, MD²², Gilda Grard, MD, PhD^{2,3}, Rémi Charrel, MD, PhD^{2,23,24}, Xavier de Lamballerie, MD, PhD^{2,3} and Carole Eldin, MD, PhD²³

Des anticorps anti-interféron sont fréquemment détectés en cas de YEL-AND

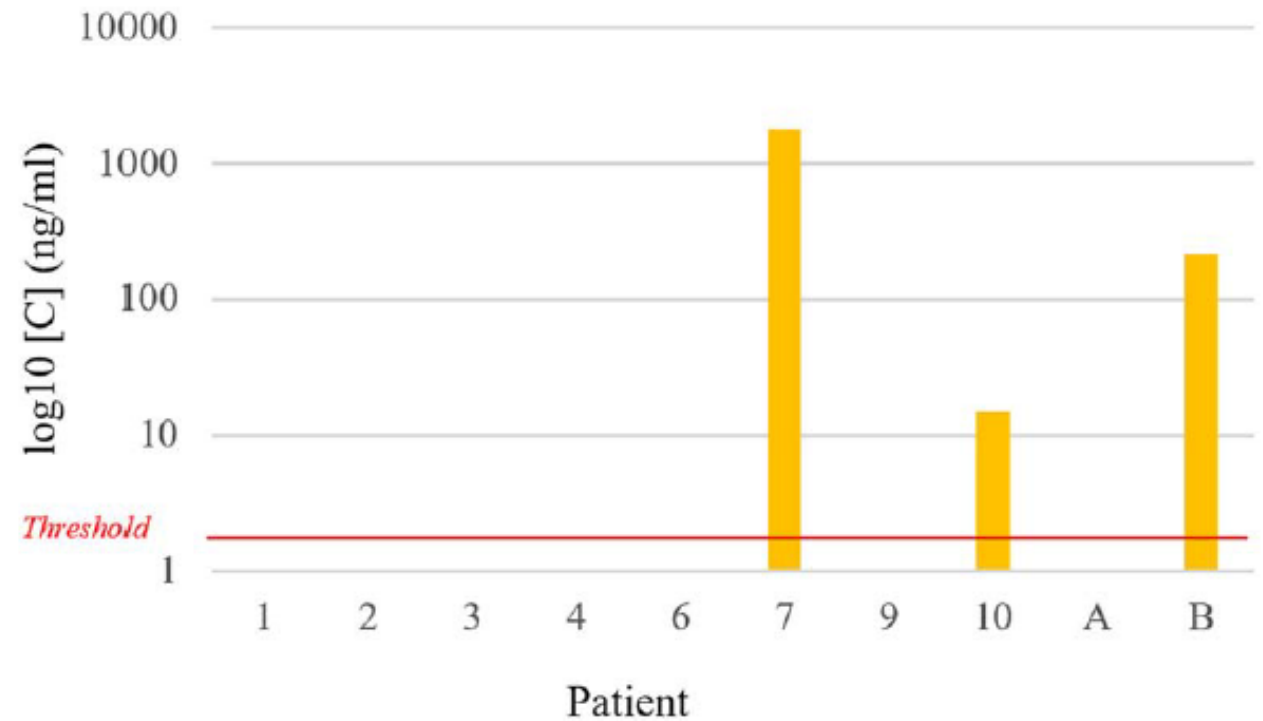


Figure 3 Anti-type-1 alpha IFN antibodies detection on 10 serum samples

BRIEF DEFINITIVE REPORT

Auto-antibodies to type I IFNs can underlie adverse reactions to yellow fever live attenuated vaccine

Paul Bastard^{1,2,3} , Eleftherios Michailidis^{4*} , Hans-Heinrich Hoffmann^{4*} , Marwa Chbihi^{1,2*} , Tom Le Voyer^{1,2} , Jérémie Rosain^{1,2} , Quentin Philippot^{1,2} , Yoann Seeleuthner¹ , Adrian Gervais^{1,2} , Marie Materna^{1,2} , Patricia Mouta Nunes de Oliveira⁵ , Maria de Lourdes S. Maia⁵ , Ana Paula Dinis Ano Bom⁶ , Tamiris Azamor⁶ , Deborah Araújo da Conceição⁵ , Ekaterini Goudouris⁷ , Akira Homma⁵ , Günther Slesak⁸ , Johannes Schäfer⁸ , Bali Pulendran^{9,10} , Joseph D. Miller^{9,11} , Ralph Huits¹² , Rui Yang³ , Lindsey B. Rosen¹³ , Lucy Bizien^{1,2} , Lazaro Lorenzo^{1,2} , Maya Chrabieh^{1,2} , Lucia V. Erazo¹ , Flore Rozenberg¹⁴ , Mohamed Maxime Jeljeli¹⁵ , Vivien Béziat^{1,2,3} , Steven M. Holland¹³ , Aurélie Cobat^{1,3} , Luigi D. Notarangelo¹³ , Helen C. Su¹³ , Rafi Ahmed⁹ , Anne Puel^{1,2,3} , Shen-Ying Zhang^{1,2,3} , Laurent Abel^{1,2,3} , Stephen J. Seligman^{3,16**} , Qian Zhang^{3**} , Margaret R. MacDonald^{4***} , Emmanuelle Jouanguy^{1,2,3***} , Charles M. Rice^{4***} , and Jean-Laurent Casanova^{1,2,3,17***} 

Même chose pour les YEL-AVD

Table 1. Clinical and epidemiological characteristics of the eight patients included in the study with adverse events following YFV-17D vaccination

Case no.	Auto-Abs to type I IFNs	Inborn errors of type I IFNs ^a	Country of origin and residence	Sex	Age (yr)	Family history	YFV-17D disease	Vaccination year and age	Clinical and biological features	YFV-17D isolate	Other severe infectious diseases and age (yr)	Co-morbidities (age of diagnosis)	Patient
1	Negative	AR IFNAR1 deficiency	Brazil	F	16	—	YEL-AVD	2017, 12 yr	Fever, shock, renal and hepatic insufficiency, pleural effusion and atelectasis	Blood	No	None	P2, Hernandez et al., 2019
2	Negative	AR IFNAR2 deficiency	Brazil	F	35	Sister died from YEL-AVD at 19 yr	YEL-AVD	1999, 13 yr	Fever, hypotension, bleeding, hepatitis, thrombopenia	Not tested	No	None	P1, this report
3	Positive	Negative	Germany	M	62	—	YEL-AND/ YEL-AVD	2016, 57 yr	Fever, meningo-encephalitis, hepatitis	Urine	Influenza B pneumonia, 59 yr	None	P2, this report
4	Positive	Negative	Brazil	F	50	—	YEL-AVD	2017, 47 yr	Fever, shock, renal insufficiency, hepatic insufficiency, thrombopenia	Blood	No	SLE (47 yr)	P3, this report
5	Positive	Negative	US	M	80	—	YEL-AVD	2004, 64 yr	Fever, shock, renal insufficiency, thrombopenia, hepatitis	Blood	No	None	P4, this report
6	Negative	Negative	Brazil	M	25	2 siblings (brother, aged 32 yr and sister, aged 32 yr) died from YEL-AVD	YEL-AVD	2018, 28 yr	Fever, nausea, vomiting, headache, hepatitis	Blood	No	None	—
7	Negative	Negative	Brazil	M	25	Father: myasthenia gravis	YEL-AND	2017, 22 yr	Fever, headache, vomiting, dizziness	CSF	No	None	—
8	Negative	Negative	Belgium	M	56	-	YEL-AND	2020, 56 yr	Fever, headache, cognitive problems	CSF	No	None	—

CORONAVIRUS

Autoantibodies neutralizing type I IFNs are present in ~4% of uninfected individuals over 70 years old and account for ~20% of COVID-19 deaths

Paul Bastard^{1,2,3*}, Adrian Gervais^{1,2†}, Tom Le Voyer^{1,2†}, Jérémie Rosain^{1,2†}, Quentin Philippot^{1,2†},
 Jérémy Manry^{1,2†}, Eleftherios Michailidis^{4‡}, Hans-Heinrich Hoffmann^{4‡}, Shohei Eto^{5§},
 Marina Garcia-Prat^{6§}, Lucy Bizien^{1,2§}, Alba Parra-Martínez^{6§}, Rui Yang^{3§}, Liis Haljasmägi^{7§},
 Mélanie Migaud^{1,2§}, Karita Särekannu^{7§}, Julia Maslovskaja^{7§}, Nicolas de Prost^{8,9},
 Yacine Tandjaoui-Lambiotte¹⁰, Charles-Edouard Luyt^{11,12}, Blanca Amador-Borrero¹³,
 Alexandre Gaudet^{14,15,16,17,18}, Julien Poissy^{14,15,16,17,18}, Pascal Morel^{19,20}, Pascale Richard¹⁹,
 Fabrice Cognasse^{21,22}, Jesus Troya²³, Sophie Trouillet-Assant^{24,25,26}, Alexandre Belot^{24,25,27,28},
 Kahina Saker^{24,25}, Pierre Garçon²⁹, Jacques G. Rivière⁶, Jean-Christophe Lagier^{30,31}, Stéphanie Gentile^{32,33},
 Lindsey B. Rosen³⁴, Elana Shaw³⁴, Tomohiro Morio³⁵, Junko Tanaka³⁶, David Dalmau³⁷,
 Pierre-Louis Tharaux³⁸, Damien Sene¹³, Alain Stepanian³⁹, Bruno Megarbane⁴⁰, Vasiliki Triantafyllia⁴¹,
 Arnaud Fekkar^{1,42}, James R. Heath⁴³, José Luis Franco⁴⁴, Juan-Manuel Anaya⁴⁵, Jordi Solé-Violán^{46,47},
 Luisa Imberti⁴⁸, Andrea Biondi⁴⁹, Paolo Bonfanti⁵⁰, Riccardo Castagnoli^{34,51}, Ottavia M. Delmonte³⁴,
 Yu Zhang^{34,52}, Andrew L. Snow⁵³, Steven M. Holland³⁴, Catherine M. Biggs⁵⁴, Marcela Moncada-Vélez³,
 Andrés Augusto Arias^{3,55,56}, Lazaro Lorenzo^{1,2}, Soraya Boucherit^{1,2}, Boubacar Coulibaly^{1,2},
 Dany Anglicheau^{57,58}, Anna M. Planas^{59,60}, Filomeen Haerynck⁶¹, Sotirija Duvlis^{62,63}, Robert L. Nussbaum⁶⁴,
 Tayfun Ozcelik⁶⁵, Sevgi Keles⁶⁶, Ahmed A. Bousfiha⁶⁷, Jalila El Bakkouri⁶⁷, Carolina Ramirez-Santana^{44,45},
 Stéphane Paul⁶⁸, Qiang Pan-Hammarström⁶⁹, Lennart Hammarström⁶⁹, Annabelle Dupont⁷⁰,
 Alina Kurolap⁷¹, Christine N. Metz⁷², Alessandro Aiuti⁷³, Giorgio Casari⁷³, Vito Lampasona⁷⁴,
 Fabio Ciceri⁷⁵, Lucila A. Barreiros⁷⁶, Elena Dominguez-Garrido⁷⁷, Mateus Vidigal⁷⁸,
 Mayana Zatz⁷⁸, Diederik van de Beek⁷⁹, Sabina Sahanic⁸⁰, Ivan Tancevski⁸⁰, Yurii Stepanovskyy⁸¹,
 Oksana Boyarchuk⁸², Yoko Nukui⁸³, Miyuki Tsumura⁵, Loreto Vidaur^{84,85}, Stuart G. Tangye^{86,87}

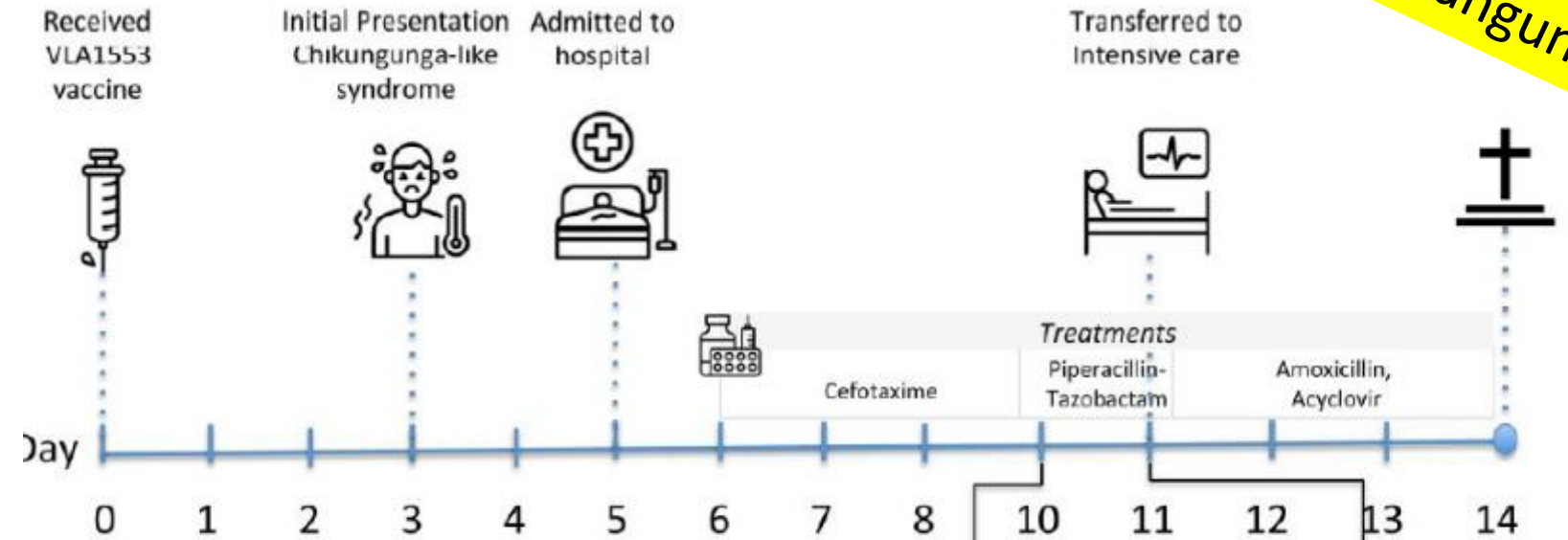
Copyright © 2021
 The Authors, some
 rights reserved;
 exclusive licensee
 American Association
 for the Advancement
 of Science. No claim
 to original U.S.
 Government Works.
 Distributed under a
 Creative Commons
 Attribution License 4.0
 (CC BY).

Ces anticorps anti-interféron ont été impliqué également dans la Covid grave

BRIEF REPORT

Fatal Adverse Event After VLA1553 Chikungunya Vaccination in an Elderly Patient: A Case Report From Reunion Island

Emilie Mosnier,^{1,2} Marie-Christine Jaffar-Bandjee,^{1,3} Radj Cally,⁴ Lotfi Dahmane,¹ Etienne Frumence,³ Liem Binh Luong Nguyen,^{1,5,6} Rodolphe Manaquin,¹ Muriel Vincent,⁷ Marie Pierre Molton,¹ Patrick Gérardin,^{1,6} Xavier de Lamballerie,^{1,8} and Julien Jabot^{1,4}



Laboratory Investigations:

Blood:

Syphilis (TPHA), HIV, HBV, HCV serology: negative
 Dengue, Leptospirosis PCRs: negative
 Urine culture: contaminated
 Blood culture: negative
 Day 8: **CHIKV RT-PCR positive; vaccine strain confirmed by sequencing**
 Day 11: CHIKV Blood serology: IgM 20.8 IU/mL, IgG: negative



First Lumbar puncture (CSF):
 CHIKV RT-PCR positive; sequencing: not performed
 WBC: 18/mm³ (70% lymphocytes), RBC: 21/mm³
 Dengue, Enterovirus, HSV, VZV, Leptospirosis, Meningococcus, Pneumococcus PCRs: negative

Second Lumbar puncture (CSF):
CHIKV RT-PCR positive; sequencing confirmed vaccine strain. CSF WBC: 4/mm³, RBC: 310/mm³, protein: 194.1 mg/dL, glucose: 3.9 mmol/L.



Radiological Investigations:

CT chest/abdomen/pelvis: unremarkable
 Brain MRI: unremarkable

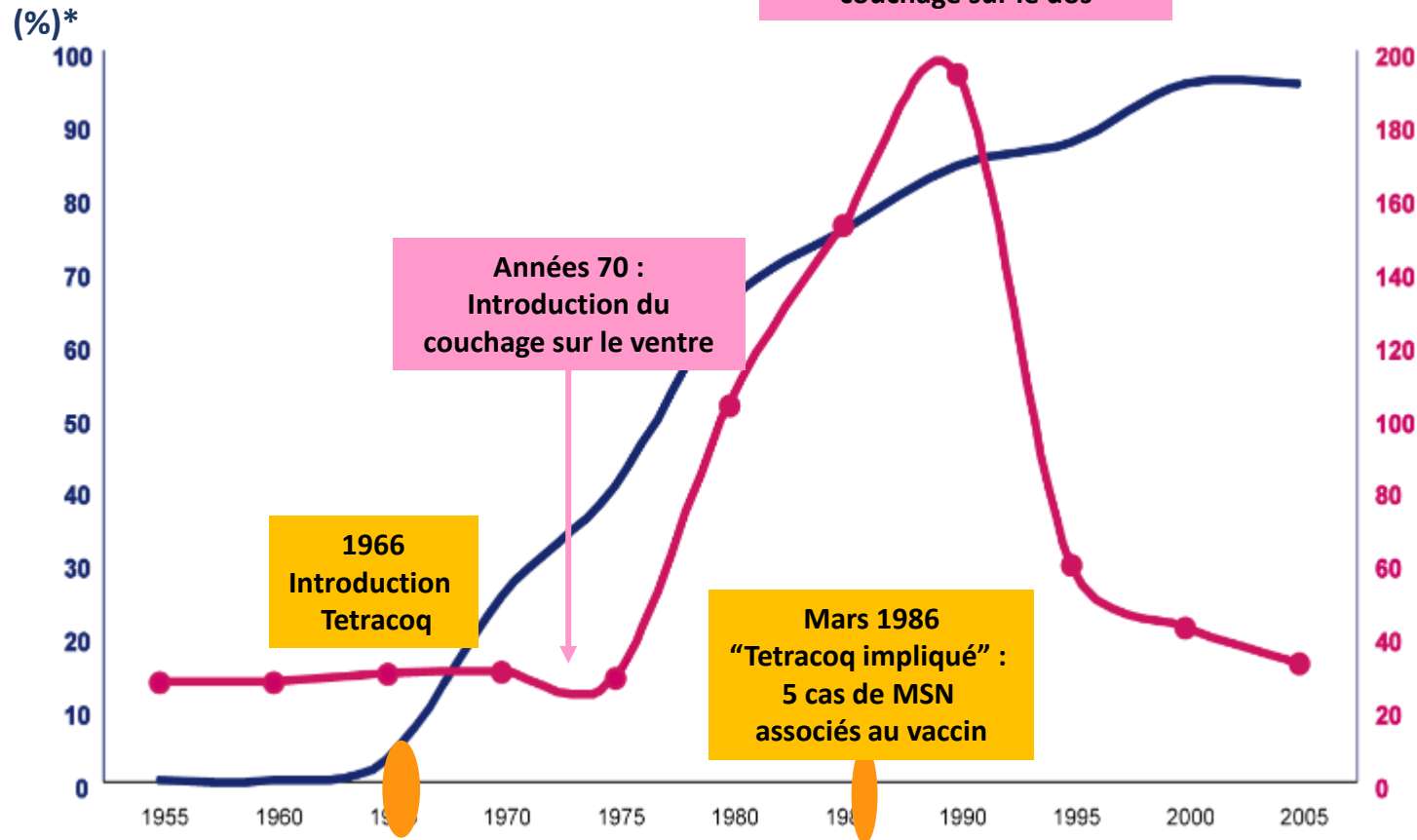
Chikungunya

Un tableau rappelant le YEL-AND : une encéphalite mortelle à virus vaccinal après vaccination anti-chikungunya par le vaccin vivant atténué

Effets indésirables non prouvés :
Exploration de quelques constructions

Séquence n'est pas conséquence

Nourrissons vaccinés
contre la coqueluche
(%)*



Cas de mort subite du nourrisson
/ 100 000 nourrissons
viables à la naissance

1. Aouba et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire Jan 2008, 3-4: 19

2. Hatton F et al. Arch Pédiatr 2000;7:489-500

3. Messiah A, Flahault A. BEH 1987;52:205-207.

* Estimation SPMSD – représentation graphique

La vaccination anti-HBV est obligatoire pour certaines professions

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé, pris en application de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique

Professions médicales et pharmaceutiques

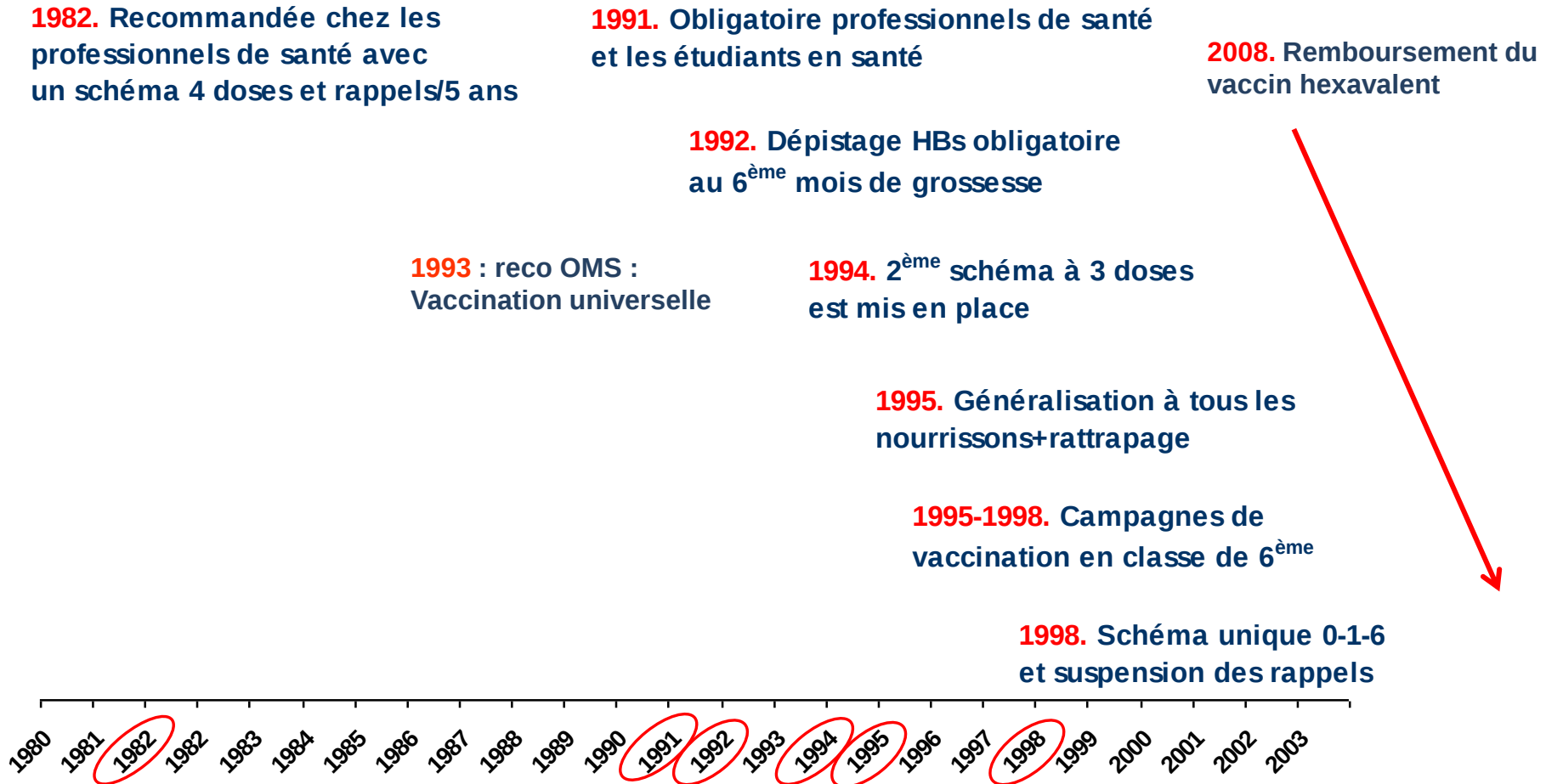
Médecin.
Chirurgien-dentiste.
Pharmacien.
Sage-femme.

Autres professions de santé

Infirmier.
Infirmier spécialisé.
Masseur-kinésithérapeute.
Pédicure podologue.
Manipulateur d'électroradiologie médicale.
Aide-soignant.
Auxiliaire de puériculture.
Ambulancier.
Technicien en analyses biomédicales.

Réactualisé par un avis
HAS (CTV) en 2023

La vaccination hépatite B en France



Vaccin anti-hépatite B et maladies démyélinisantes

Vaccin HBV
et SEP

- Premières notifications en 1995
 - Contemporaine de la classification de la SEP en ALD
 - Centralisation par le comité régional de pharmaco-vigilance de Strasbourg
- Reculade rapide du gouvernement
 - Abandon de la vaccination de l'adolescent en 1998

Vaccin HBV et SEP : que montre la **surveillance en pharmacovigilance** ?

Vaccin HBV
et SEP

- CRPV de Strasbourg
- Juin 1981 – 31 décembre 2010 : 1650 notifications
 - Pour beaucoup rétrospectives
 - Délai vaccin / SEP > 1 an dans 50% des cas, > 5 ans dans 20%
 - Sur 37 millions de personnes vaccinées
 - 3,8 cas pour 100 000 personnes vaccinées
 - 0,48 pour les enfants
 - Épidémiologie française de la SEP :
 - Prévalence 75 pour 100 000
 - Incidence : 4,1 à 8,2 pour 100 000
- 2007-2010 :
 - 11 survenues notifiées
 - 0 à 0,3 pour 100 000 vaccinations

Vaccin HBV et SEP : que montrent les études ?

- Depuis 1999 : plus de 10 études
 - Vaccin et déclenchement de SEP
 - Vaccin et rechute/poussée de SEP
- Toutes négatives (pas d'association) sauf une
 - De méthodologie critiquée

Vaccin HBV
et SEP

Vaccin HBV et SEP : que montrent les études ?

- Étude sur registre d'assurance-maladie aux USA
 - Pas de sur-incidence de SEP chez vaccinés vs non-vaccinés sur l'année suivant la vaccination
- Études cas-témoins
 - Pas plus de vaccinés chez SEP que chez témoins
- Étude avant / après modification de politiques vaccinales
 - Pas plus de SEP après introduction du vaccin
- Études chez des patients atteints de SEP : poussée de SEP en cas de vaccin anti-HBV ?
 - Pas d'association détectée

Vaccin HBV
et SEP

Conclusion de la CNPV, 2011

Vaccin HBV
et SEP

Les données de surveillance en France ne confirment pas les signaux initiaux

La vaccination contre le VHB fait l'objet en France d'une surveillance renforcée depuis 1994. Entre 2007 et 2010, plus de 11 millions de doses ont été distribuées sur le territoire national.

Trois types d'événements indésirables ont été particulièrement surveillés :

- Les affections démyélinisantes du système nerveux dont la sclérose en plaques (SEP) est la plus connue ;
- Les affections auto-immunes (lupus, polyarthrite rhumatoïde, thyroïdite) ;
- Les affections hématologiques (thrombopénie, purpura thrombopénique idiopathique, aplasie médullaire, leucémie).

Le nombre de cas déclarés dans la population vaccinée pour chacune de ces pathologies est inférieur au nombre de cas attendus dans la population générale.

Ainsi pour la sclérose en plaques, il faut rappeler que :

- La SEP n'est pas une maladie rare. 70 000 à 90 000 personnes sont atteintes de SEP en France¹. L'incidence (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas par an) est de 4,1 à 8,2 cas pour 100 000 habitants.
- Ces données sont à mettre en perspective avec les 11 cas de SEP survenus entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2010 qui ont été déclarés au système français de pharmacovigilance dans les suites d'une vaccination contre le VHB.

Les données de pharmacovigilance ne confirment donc pas le signal pour ces trois types d'événements indésirables.

Conclusions de l'AFSSAPS

Vaccin HBV
et SEP

Vaccins contre le virus de l'hépatite B (VHB)

Genhevac B®, Engerix B®, HBVaxPro®, Infanrix Hexa®, Twinrix®

Mis à jour le 10/02/2012

A la suite de signalements de plusieurs cas d'atteintes démyélinisantes centrales (sclérose en plaques) en 1993, l'Agence a initié en juin 1994 une enquête officielle de pharmacovigilance. L'objectif initial de cette enquête était d'assurer le suivi des atteintes neurologiques par le CRPV de Strasbourg, puis de l'étendre en 1999 au suivi des affections auto-immunes par le CRPV de Nancy et à celui des atteintes hématologiques par le CRPV de Brest et, en 2002, au suivi des scléroses latérales amyotrophiques par le CRPV de Strasbourg.

Des points réguliers sur ces suivis, ainsi que les résultats de plusieurs études internationales évaluant ces différents risques postvaccinaux, ont été régulièrement présentés en Commission Nationale de Pharmacovigilance depuis 1994 jusqu'à janvier 2008. L'analyse de l'ensemble de ces données n'a permis ni de confirmer les signaux identifiés depuis 1994, ni d'établir un lien causal entre ces événements indésirables et la vaccination contre le VHB.

Un nouveau bilan des données de pharmacovigilance recueillies pour plus de 36 millions de personnes vaccinées en France, depuis la mise sur le marché des vaccins contre le VHB jusqu'au 31 décembre 2010, a été examiné par la Commission Nationale de Pharmacovigilance du 27 septembre 2011.

Ces données scientifiques, nombreuses et robustes, constantes au cours du temps, confirment l'absence de mise en évidence de lien entre la vaccination contre l'hépatite B et la survenue des effets indésirables mentionnés.

Des décisions de justice maladroites ...

Vaccin HBV
et SEP

[Accueil](#) [Droit français](#) [Droit européen](#) [Droit international](#) **[Bases de données](#)**

Vous êtes dans : [Accueil](#) > [Recherche simple dans la jurisprudence administrative](#) > [Détail d'une jurisprudence administrative](#) > [Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 10/04/2009, 296630](#)

Conseil d'État, 5ème et 4ème sous-sections réunies, 10/04/2009, 296630

[Imprimer](#)

Références

Conseil d'État

N° 296630

Mentionné dans les tables du recueil Lebon

5ème et 4ème sous-sections réunies

M. Daël, président

M. Philippe Ranquet, rapporteur

M. Thiellay Jean-Philippe, rapporteur public

HAAS, avocat

lecture du vendredi 10 avril 2009

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

DECIDE :

Article 1er : L'arrêt du 15 juin 2006 de la cour administrative d'appel de Nancy et le jugement du 15 juin 2004 du tribunal administratif de Strasbourg sont annulés.

Article 2 : L'Etat est condamné à verser à Mme A une indemnité de 45 000 euros.

Article 3 : L'Etat versera à Mme A la somme de 4 900 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à Mme Christiane A, à la Caisse des dépôts et consignations, au centre hospitalier de Mulhouse, à la caisse primaire d'assurance maladie du Haut-Rhin, au groupe Arpège et à la ministre de la santé et des sports.



Recueil de la jurisprudence

Vaccin HBV
et SEP

ARRÊT DE LA COUR (deuxième chambre)

21 juin 2017¹

«Renvoi préjudiciel — Directive 85/374/CEE — Responsabilité du fait des produits défectueux — Article 4 — Laboratoires pharmaceutiques — Vaccin contre l'hépatite B — Sclérose en plaques — Preuves du défaut du vaccin et du lien de causalité entre le défaut et le dommage subi — Charge de la preuve — Modes de preuve — Absence de consensus scientifique — Indices graves, précis et concordants laissés à l'appréciation du juge du fond — Admissibilité — Conditions»

Dans l'affaire C-621/15,

ayant pour objet une demande de décision préjudicielle au titre de l'article 267 TFUE, introduite par la Cour de cassation (France), par décision du 12 novembre 2015, parvenue à la Cour le 23 novembre 2015, dans la procédure

N. W,

L. W,

C. W

contre

Sanofi Pasteur MSD SNC,

Caisse primaire d'assurance maladie des Hauts-de-Seine,

Carpimko,

« lorsque le juge [...] est saisi d'une action visant [...] la responsabilité du [...] vaccin [...] , il peut considérer [...] que, nonobstant la constatation que la recherche médicale n'établit ni n'infirme l'existence d'un lien entre [le] vaccin et la survenance de la maladie dont est atteinte la victime, **certains éléments de fait invoqués par le demandeur constituent des indices graves, précis et concordants permettant de conclure à l'existence [...] d'un lien de causalité** entre ce [vaccin] et ladite maladie. »

Vaccin HBV
et SEP

Early report

Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children

A J Wakefield, S H Murch, A Anthony, J Linnell, D M Casson, M Malik, M Berelowitz, A P Dhillon, M A Thomson, P Harvey, A Valentine, S E Davies, J A Walker-Smith

Décision malheureuse du Lancet qui publie une étude de très mauvaise qualité qui fait un lien sans réel argument entre vaccin ROR, troubles digestifs et autisme, chez un petit nombre (12) d'enfants.

Lancet 1998

Vaccin rougeole
et autisme

Child	Behavioural diagnosis	Exposure identified by parents or doctor	Interval from exposure to first behavioural symptom	Features associated with exposure	Age at onset of first symptom	
					Behaviour	Bowel
1	Autism	MMR	1 week	Fever/delirium	12 months	Not known
2	Autism	MMR	2 weeks	Self injury	13 months	20 months
3	Autism	MMR	48 h	Rash and fever	14 months	Not known
4	Autism? Disintegrative disorder?	MMR	Measles vaccine at 15 months followed by slowing in development. Dramatic deterioration in behaviour immediately after MMR at 4-5 years	Repetitive behaviour, self injury, loss of self-help	4-5 years	18 months
5	Autism	None—MMR at 16 months	Self-injurious behaviour started at 18 months		4 years	
6	Autism	MMR	1 week	Rash & convulsion; gaze avoidance & self injury	15 months	18 months
7	Autism	MMR	24 h	Convulsion, gaze avoidance	21 months	2 years
8	Post-vaccinal encephalitis?	MMR	2 weeks	Fever, convulsion, rash & diarrhoea	19 months	19 months
9	Autistic spectrum disorder	Recurrent otitis media	1 week (MMR 2 months previously)	Disinterest; lack of play	18 months	2 years
10	Post-viral encephalitis?	Measles (previously vaccinated with MMR)	24 h	Fever, rash & vomiting	15 months	Not known
11	Autism	MMR	1 week	Recurrent "viral pneumonia" for 8 weeks following MMR	15 months	Not known
12	Autism	None—MMR at 15 months	Loss of speech development and deterioration in language skills noted at 16 months			Not known

MMR=measles, mumps, and rubella vaccine.

Table 2: Neuropsychiatric diagnosis

- Hypothèses avancée par les auteurs :
 - Le vaccin anti-ROR Hyperplasie lymphoïde digestive (proche des MICI)
 - Responsable du passage sanguin supplémentaire de protéines de la lumière digestive
 - Ayant une activité toxique au niveau cérébral
 - « *autistic enterocolitis* »
- Mais
 - Pas de contrôles vis-à-vis du vaccin anti-ROR
 - Pas de contrôles vis-à-vis des anomalies digestives
 - Les symptômes d'autisme ont précédé les anomalies digestives
 - Pas de tropisme digestif des virus ROR
 - Pas de génome de virus ROR dans les tissus digestifs de patients de l'étude

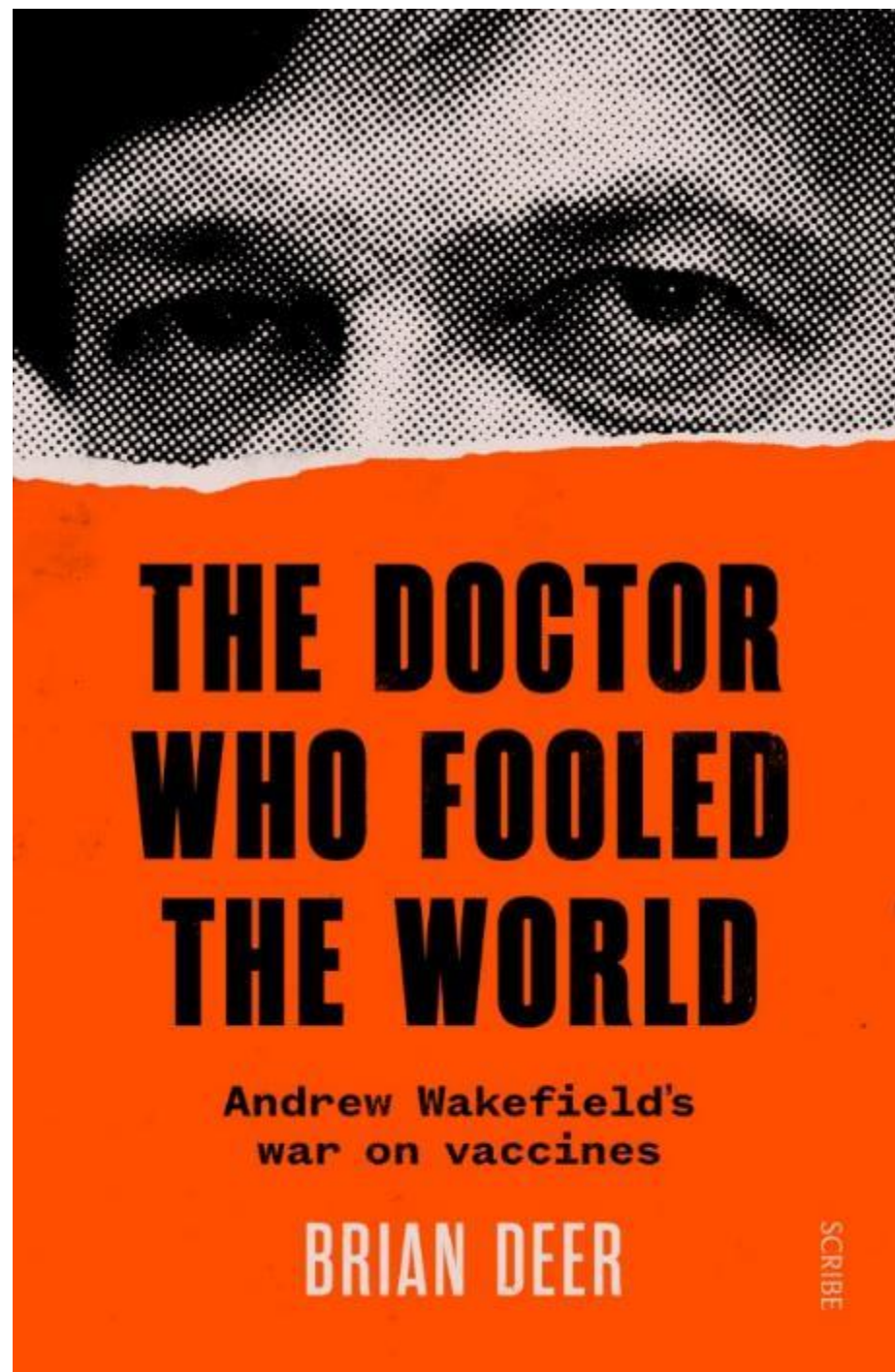
Résultats des études ultérieures

- Pas d'augmentation de l'incidence de l'autisme après l'introduction du vaccin
- Pas de taux de vaccination anti-ROR plus importante chez les enfants autistes
- Pas de corrélation géographique vaccin/autisme
- Pas d'association avec une pathologie digestive
- Pas de modification des symptômes d'autisme après vaccin chez les enfants déjà diagnostiqués
- Pas de délai stable entre une vaccination et un diagnostic d'autisme chez les enfants diagnostiqués autistes
- Prospectif ($1,8 \cdot 10^6$ enfants) / déclaration spontanée : pas de cas suspect d'autisme ou de maladie digestive

On apprendra ensuite ...

- Que personne n'a lu les lames d'histologie
- Que les parents n'ont pas consenti aux explorations chez les enfants
- Que les enfants ont été inclus dans l'étude parce que les parents souhaitent déposer plainte ensuite
 - Et non parce qu'ils présentaient des symptômes particuliers
- Que les délais rapportés dans l'article ne correspondent pas à ce qui était rapporté par les parents
- Que Wakefield avait été financé pour mener l'étude par un cabinet d'avocats qui souhaitait disposer d'argument pour attaquer l'état en *class action*

Vaccin rougeole
et autisme



THE DOCTOR WHO FOOLED THE WORLD

Andrew Wakefield's
war on vaccines

BRIAN DEER

SCRIBE

Vaccin rougeole
et autisme

Child	Behavioural diagnosis	Exposures identified by parents or doctor	Interval from exposure to first behavioural symptom	Features associated with exposure	Age at onset of first symptom	
					Schizoid	Severe
1	Autism	MMR	1 week	Fever/colic	12 months	Not known
2	Autism	MMR	2 weeks	Self injury	13 months	20 months
3	Autism	MMR	48 h	Rash and fever	14 months	Not known
4	Autism? Disintegrative disorder?	MMR	Measles vaccine at 15 months followed by slowing in development. Dramatic deterioration in behaviour immediately after MMR at 4-5 years. Self injurious behaviour started at 18 months	Repetitive behaviour, self injury, loss of self-help	4-5 years	18 months
5	Autism	None—MMR at 16 months	1 week		4 years	
6	Autism	MMR	1 week	Rash & convulsions, gastro-asthenia & self injury	15 months	18 months
7	Autism	MMR	24 h	Convulsion, gastro-asthenia	21 months	2 years
8	Parental concern: encephalitis?	MMR	2 weeks	Fever, convulsion, rash & diarrhoea	19 months	19 months
9	Autistic spectrum disorder	Recent oral illness	1 week (MMR 2 months previously)	Dehydration, lack of play	18 months	18 months
10	Post-viral encephalitis?	Measles (previously vaccinated with MMR)	24 h	Fever, rash & vomiting	15 months	Not known
11	Autism	MMR	1 week	Recurrent "viral pneumonia" for 8 weeks following MMR	15 months	Not known
12	Autism	None—MMR at 15 months	loss of speech development and deterioration in language skills noted at 18 months			Not known

MMR=measles, mumps, and rubella vaccine.

Table 2: Neuropsychiatric diagnosis

were tested, compared with age-matched controls ($p=0.003$; figure 1). Abnormal laboratory tests are shown in table 1.

Endoscopic findings

The caecum was seen in all cases, and the ileum in all but two cases. Endoscopic findings are shown in table 1. Macroscopic colonic appearances were reported as normal in four children. The remaining eight had colonic and rectal mucosal abnormalities including granular mucosa, loss of vascular pattern, patchy erythema, lymphoid nodular hyperplasia, and in two cases deep crypt abscesses. Four cases showed the "red hot" sign around swollen caecal lymphoid follicles, an early endoscopic feature of Crohn's disease.⁸ The most striking and consistent feature was lymphoid nodular hyperplasia of the terminal ileum which was seen in seven children (figure 2), and identified by histology follow-through in one other child in whom the ileum was not reached at endoscopy. The normal endoscopic appearance of the terminal ileum (figure 2) was seen in seven children whose images were available for comparison.

Histological findings

Histological findings are summarised in table 1.

Terminal ileum A reactive lymphoid follicular hyperplasia was present in the ileal biopsies of seven children. In each case, more than three expanded and confluent lymphoid follicles with reactive germinal centres were identified within the tissue section (figure 3). There was no neutrophil infiltrate and granulomas were not present.

Colon The lamina propria was infiltrated by mononuclear cells (mainly lymphocytes and macrophages) in the colonic-biopsy samples. The extent ranged in severity from scattered focal collections of cells beneath the surface epithelium (five cases) to diffuse infiltration of the mucosa (six cases). There was no increase in intraepithelial lymphocytes, except in one case, in which numerous lymphocytes had infiltrated the surface epithelium in the proximal colonic biopsies. Lymphoid follicles in the vicinity of mononuclear-cell infiltrates

showed enlarged germinal centres with reactive changes that included an excess of tingible body macrophages.

There was no clear correlation between the endoscopic appearances and the histological findings; chronic inflammatory changes were apparent histologically in endoscopically normal areas of the colon. In five cases there was focal acute inflammation with infiltration of the lamina propria by neutrophils; in three of these, neutrophils infiltrated the caecal (figure 3) and rectal surface epithelium. There were no crypt abscesses. Occasional bifid crypts were noted but overall crypt architecture was normal. There was no goblet-cell depletion but occasional collections of eosinophils were seen in the mucosa. There were no granulomas. Parasites and organisms were not seen. None of the changes described above were seen in any of the normal biopsy specimens.

Discussion

We describe a pattern of colitis and ileal-lymphoid-nodular hyperplasia in children with developmental disorders. Intestinal and behavioural pathologies may have occurred together by chance, reflecting a selection bias in a self-referred group; however, the uniformity of the intestinal pathological changes and the fact that previous studies have found intestinal dysfunction in children with autistic-spectrum disorders, suggests that the connection is real and reflects a unique disease process.

Asperger first recorded the link between coeliac disease and behavioural psychoses.⁴ Walker-Smith and colleagues⁵ detected low concentrations of alpha-1 antitrypsin in children with typical autism, and D'Eufemia and colleagues⁶ identified abnormal intestinal permeability, a feature of small intestinal enteropathy, in 43% of a group of autistic children with no gastrointestinal symptoms, but not in matched controls. These studies, together with our own, including evidence of anaemia and IgA deficiency in some children, would support the hypothesis that the consequences of an inflamed or dysfunctional intestine may play a part in behavioural changes in some children.

Le Lancet a « *retracted* » l'article devant l'avalanche de preuves montrant qu'il s'agissait d'une étude bidonnée ... mais ce retrait a pris un temps très inapproprié : 12 ans !



LYNDA LEE-POTTER
 Hypocrisy and cant over MMR have done untold harm. Now we need

NEW ALARM ON MMR

MMR safe? Balancing act This is one scare that's getting worse

THE
Melanie Phillips
COLUMN

SINCE Dr Andrew Wakefield first triggered the furor over a possible link between autism, bowel disease and the measles, mumps and rubella triple jab in 1998, the controversy has not died away. Now a study by the respected Cochrane library has said, on the basis of 31 pieces of research into the possible side-effects of MMR, that it found no association between MMR and autism. Cue a frenzy of gloating by Wakefield's enemies, ripe denunciations of those like this newspaper who took his concerns seriously and demands that we apologise for creating a scare that left children unvaccinated and at

FREE BIRD PACK
 INCLUDES: NESTING BOX, GUIDE BOOK & BIRD SEED
 WORTH **£15**
 VALUE 50p

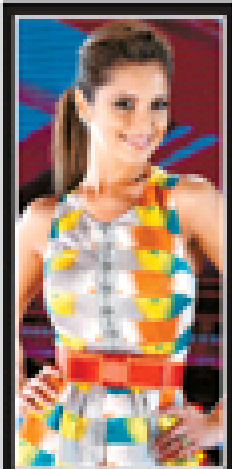
FREE GALAXY CARAMEL
 GET YOURS TODAY!
 AT MARTIN'S, MIDDLE'S & B'S MIDDLE

JAB 'AS DEADLY AS THE CANCER'

Cervical drug expert hits out as new doubts raised over death of teenager

EXCLUSIVE
 By Lucy Anderson
 Health Correspondent

MMR, cervical expert, warning that the vaccine and more drugs for the disease may be dangerous for women, a leading expert, who has warned that the jab could be deadly to women. The expert, who is a leading expert in the field, says that the jab could be deadly to women. The expert, who is a leading expert in the field, says that the jab could be deadly to women. The expert, who is a leading expert in the field, says that the jab could be deadly to women.



EXCLUSIVE
 Pay-per-view plan for top TV shows
 SEE PAGE 9

Vaccin rougeole et autisme

PLUS GET TOMORROW'S DAILY EXPRESS FOR JUST 30p - VOUCHER ON PAGE 42

Compare this with the Cochrane paper, where under the rubric 'potential conflict of interest' Dr Tom Jefferson, who is listed as the

Wakefield paper



A black and white photograph of a newspaper page. A large, bold, red stamp is superimposed diagonally across the page, reading "RETRACTED TOO LATE". The stamp is in a sans-serif font. The background shows the text of a newspaper, with some headlines and columns of text visible. The stamp is positioned over the right side of the page, partially obscuring the text.

Vaccin rougeole et autisme

Measles and MMR statistics.
Library of the House of Commons, UK,
2009.
[http://researchbriefings.files.parliament.
uk/documents/SN02581/SN02581.pdf](http://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN02581/SN02581.pdf)

Vaccin rougeole
et autisme

← → ↻ ⓘ Non sécurisé | vaxxedthemovie.com

Applications E Lancet LID JAC EES-MedMal InVS CID mail-CHU PubMed L'Autofictif NEJM subCID subCMI sub

VAXXED
FROM COVER-UP TO CATASTROPHE

ABOUT ▾

TAKE ACTION! ▾

WATCH THE FILM ▾

UPDATES ▾

FAQ

CONTACT

JOIN!

STORE ▾



Le film « Vaxxed », monument de mauvaise foi et d'antiscience sur le prétendu lien vaccin ROR – autisme, fait parler A. Wakefield



Vaccin rougeole
et autisme

"I think the movie [Vaxxed] is something that people should see"
De Niro told - 2016

TODAY'S MOVIES

TRIBECA FILM FESTIVAL AT 15

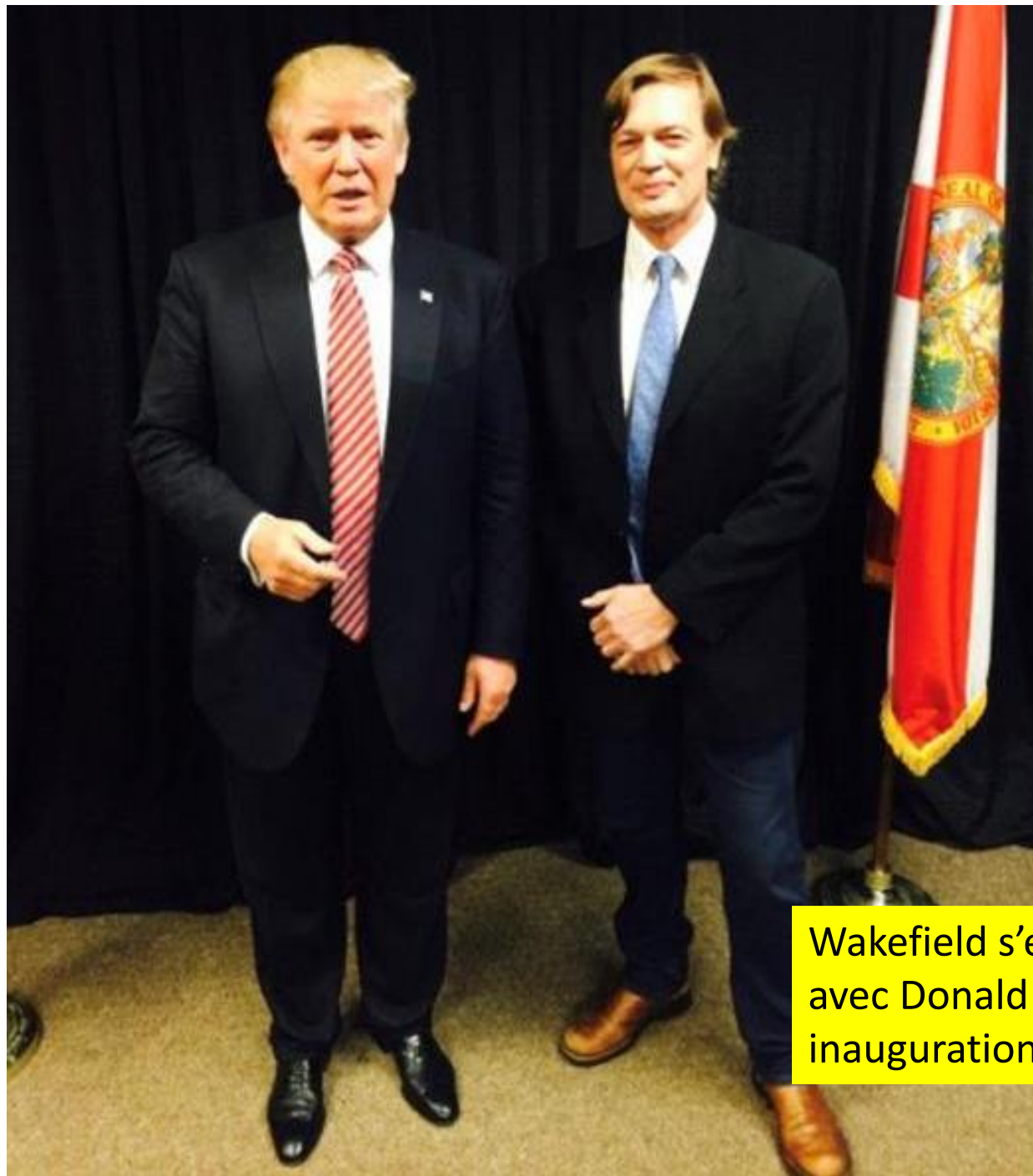
DE NIRO, ROSENTHAL ON MILESTONE & WHAT LIES AHEAD



00:14 / 09:05



Vaccin rougeole
et autisme



Wakefield s'est fait prendre en photo
avec Donald Trump lors de son
inauguration en 2016 ...

2016

A Kennedy's Crusade Against Covid Vaccines Anguishes Family and Friends

Robert F. Kennedy Jr. has risen to become a major figure in the vaccine resistance movement. Those close to him say it's "heartbreaking."

[Share full article](#)

Et D. Trump a nommé en 2025 un « antivax » déclaré au poste de ministre de la santé

Robert F. Kennedy Jr., Soon to Announce White House Run, Sows Doubts About Vaccines

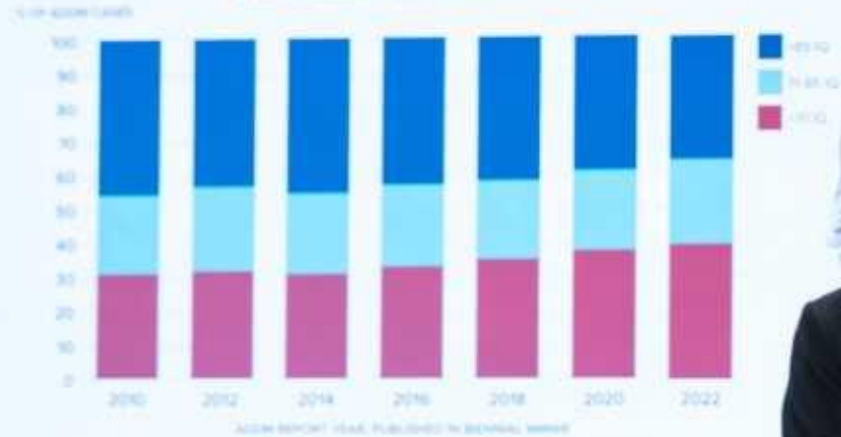
Mr. Kennedy, a Democrat who plans to kick off his campaign this week, says he wants to make vaccines safer, but he is spreading misinformation by twisting facts out of context.

[Share full article](#)

768



Intellectual Disability Among Those with Autism Continues to Rise



Macrophagic myofasciitis: an emerging entity

Myofasciite à
macrophages

R K Gherardi, M Coquet, P Chérin, F-J Authier, P Laforêt, L Bélec, D Figarella-Branger, J-M Mussini, J-F Pellissier, M Fardeau, for the Groupe d'Études et Recherche sur les Maladies Musculaires Acquises et Dysimmunitaires (GERMMAD) de l'Association Française contre les Myopathies (AFM)

Case number	Sex/age (yr)	Duration of symptoms (mo)	Musculoskeletal symptoms	Other symptoms	EMG findings	CK	ESR (mm/h)	Outcome
1	F/55	6	Myalgias, arthralgias, weakness, tenderness	Ankle oedema	Myopathic	Normal	55	Remission (on treatment*)
2	M/38	11	Myalgias, arthralgias, weakness	Chest pain	Not done	×4	12	Remission (on treatment†)
3	M/48	36	Myalgias, arthralgias	Ankle oedema	Normal	×3	10	Spontaneous remission
4	F/70	3	Myalgias, arthralgias	None	Normal	Normal	110	Remission (on treatment†)
5	F/56	24	Myalgias, arthralgias, weakness, tenderness	Headaches, fever, fatigue	Myopathic	×100	115	Remission (on treatment†)
6	M/35	4	Myalgias, arthralgias	Fatigue	Normal	×1.5	Not done	Stabilisation (on treatment*)
7	F/37	14	Myalgias, arthralgias	None	Normal	Normal	10	Remission (on treatment†)
8	M/61	12	Myalgias, arthralgias	Cough, fever	Not done	Normal	70	Remission (on treatment‡)
9	M/53	48	Weakness	Dyspnoea, fatigue	Normal	Normal	Not done	Slow progression
10	F/29	24	Myalgias	None	Myopathic	×5	4	Remission (on treatment†)
11	M/25	12	Myalgias	Dyspnoea, fever, fatigue	Normal	×3	8	Slow progression
12	F/30	6	Myalgias, arthralgias, tenderness	Dyspnoea, fever, fatigue	Myopathic	Normal	26	Remission (on treatment†)
13	F/52	7	Myalgias, arthralgias, weakness	Cough, peripheral neuropathy	Neuropathic	Normal	6.5	Stabilisation (on treatment†)
14	F/29	3	Weakness	None	Neuropathic	Normal	Not done	Slow progression

EMG=electromyogram; CK=creatine kinase; ESR=erythrocyte sedimentation rate. *Antibiotics combined with steroids. †Steroids alone. ‡Antibiotics alone.

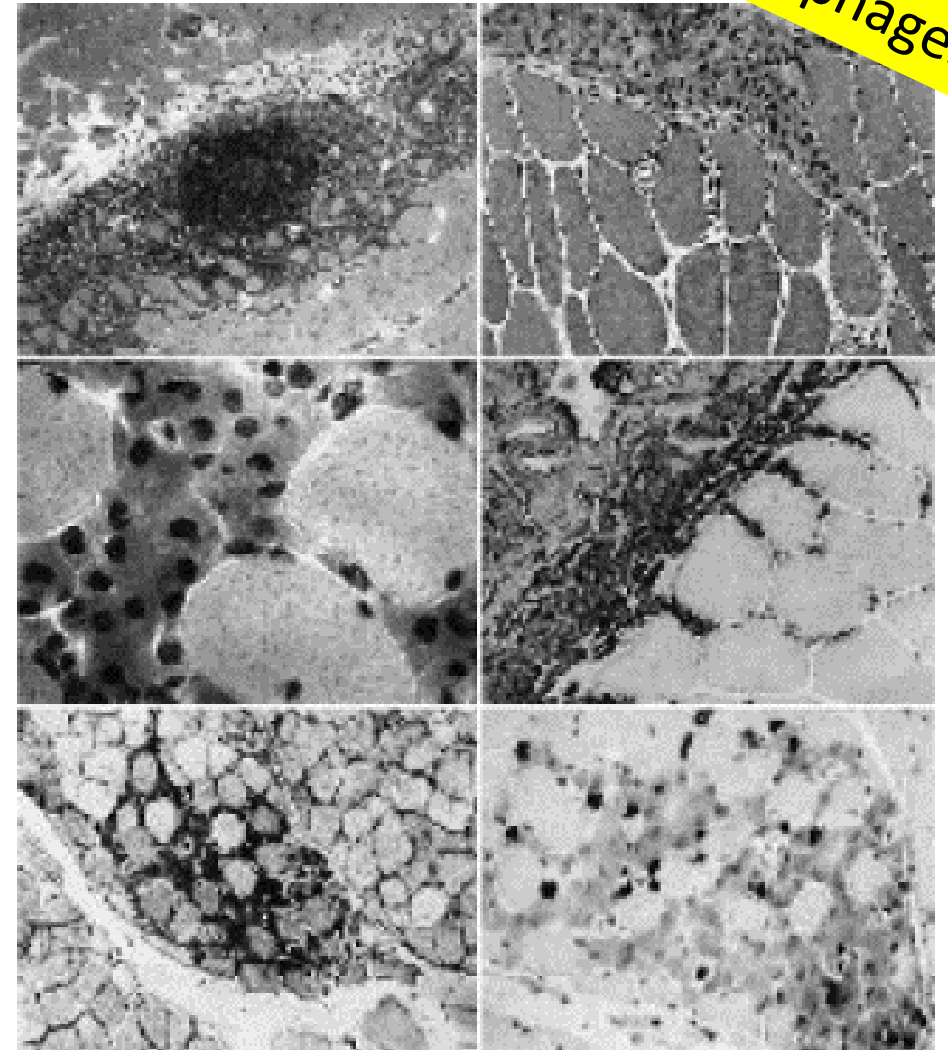
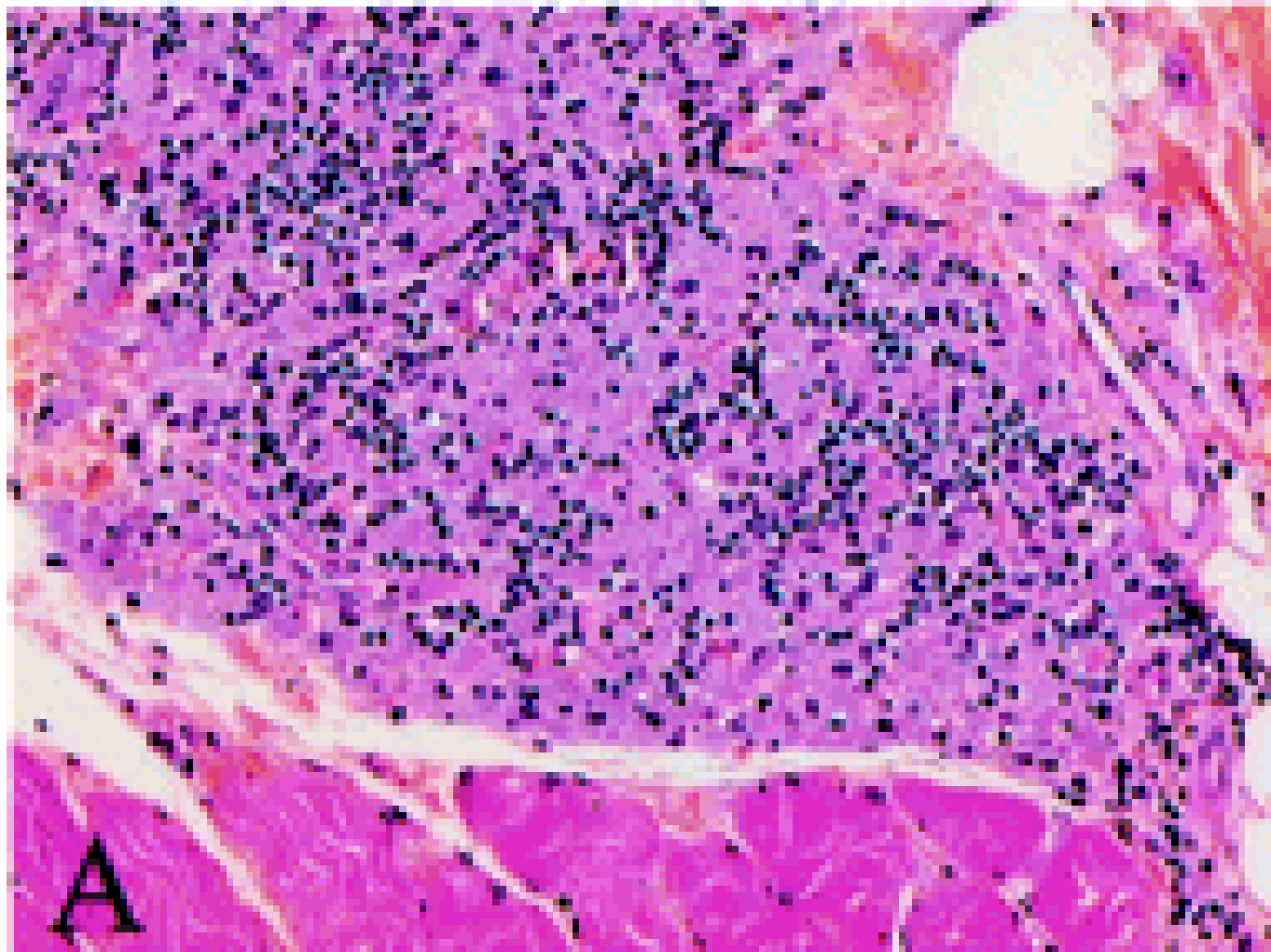
Table 1: Clinical and biological findings in patients with macrophagic myofasciitis

Interpretation A new inflammatory muscle disorder of unknown cause, characterised by a distinctive pathological pattern of macrophagic myofasciitis, is emerging in France.

Une autre décision malheureuse du Lancet : publier une étude de faible qualité sur un petit nombre de personnes, qui affirme beaucoup de choses et ne montre rien.

THE LANCET • Vol 352 • August 1, 1998

Myofasciite à
macrophages



Syndrome rapporté par l'équipe à la fin des années 90, associant :

- Epuisement chronique ;
 - Myalgies chroniques ;
 - Douleurs articulaires ;
 - Difficultés neurocognitives
-
- 1000 cas allégués en France, sous-déclaration évoquée

Myofasciite à
macrophages

Puis identification d'un responsable :
l'aluminium vaccinal ...

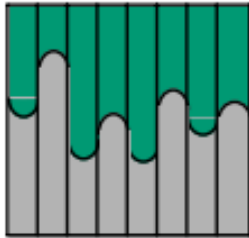
Myofasciite à
macrophages

Brain (2001), **124**, 1821–1831

Macrophagic myofasciitis lesions assess long-term persistence of vaccine-derived aluminium hydroxide in muscle

R. K. Gherardi,¹ M. Coquet,² P. Cherin,³ L. Belec,⁴ P. Moretto,⁵ P. A. Dreyfus,¹ J.-F. Pellissier,⁶
P. Chariot¹ and F.-J. Authier¹

L'AFSSAPS explore l'existence de liens entre la lésion histologique et le tableau clinique ...



CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE

Pharmacologie Clinique

**Myofasciite à
macrophages**

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE EXPLORATOIRE DE LA MYOFASCIITE A MACROPHAGES

Rapport d'étude

Octobre 2003

Promoteur :

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (Afssaps)

Puis rend ses conclusions :

Myofasciite à
macrophages

Secrétariat des Conseils
N°2004-006

CONSEIL SCIENTIFIQUE

- Séance du 05 mai 2004 -

AVIS

Objet : Myofasciite à macrophages

Le Conseil Scientifique, après en avoir délibéré, donne un avis favorable, à l'unanimité, au Directeur Général de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, en ce qui concerne les recommandations suivantes :

1 - L'état actuel des connaissances permet au Conseil scientifique de l'Afssaps de considérer que l'association entre l'entité histologique myofasciite à macrophages sur le site musculaire classiquement choisi pour la vaccination et l'administration de vaccins contenant un adjuvant aluminique est hautement probable.

2 - L'état actuel des connaissances ne permet pas au Conseil scientifique de l'Afssaps de considérer qu'il existe une association entre l'entité histologique myofasciite à macrophages et un syndrome clinique spécifique.

La plus grande fréquence de la fatigue observée dans l'étude épidémiologique chez les sujets présentant l'entité histologique ne permet pas de conclure à la réalité d'un lien en raison :

- de la faiblesse statistique de l'association,
- des contraintes inhérentes aux caractéristiques de l'étude,
- de la non spécificité du symptôme fatigue.

3 - En l'état actuel des connaissances, le Conseil scientifique de l'Afssaps considère qu'aucun syndrome clinique spécifique n'est retrouvé associé à la vaccination avec des vaccins contenant un adjuvant aluminique.

La même équipe de chercheurs tente cependant de montrer que la lésion histologique est également associée à des troubles neurologiques centraux ...

Brain (2001), **124**, 974–983

Central nervous system disease in patients with macrophagic myofasciitis

F.-J. Authier,^{1,2,4} P. Cherin,^{4,5} A. Creange,^{1,4} B. Bonnotte,⁸ X. Ferrer,⁹ A. Abdelmoumni,¹⁰ D. Ranoux,⁷ J. Pelletier,¹¹ D. Figarella-Branger,¹² B. Granel,¹³ T. Maisonobe,^{4,6} M. Coquet,^{4,14} J.-D. Degos³ and R. K. Gherardi^{1,2,4}

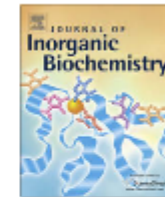
Journal of Inorganic Biochemistry 103 (2009) 1571–1578



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Inorganic Biochemistry

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jinorgbio



Myofasciite à macrophages

Long-term persistence of vaccine-derived aluminum hydroxide is associated with chronic cognitive dysfunction

Maryline Couette^{a,c}, Marie-Françoise Boisse^{a,c}, Patrick Maison^{a,d,2}, Pierre Brugieres^e, Pierre Cesaro^{a,c}, Xavier Chevalier^f, Romain K. Gherardi^{b,g,h}, Anne-Catherine Bachoud-Levi^{a,c,1}, François-Jérôme Authier^{b,g,h,1,*}

Mais en 2013 le Haut Conseil à la Santé publique,
après examen de l'ensemble des données ...

Myofasciite à
macrophages

... Conclut à l'absence de lien entre

- La lésion histologique : elle correspond simplement au lieu d'injection du vaccin
- Les anomalies musculaires alléguées
- Les anomalies neurologiques centraux ou périphériques alléguées



Rapport « Aluminium et vaccins » du HCSP, 2013
<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=369>

L'académie de pharmacie se saisit aussi de la question en 2016...

Académie nationale de Pharmacie



RAPPORT

de l'Académie nationale de Pharmacie

« *Les adjuvants aluminiques :*

le point en 2016 »

Myofasciite à
macrophages

... et conclut :

*« même si certaines manifestations cliniques sévères ont pu être associées à des injections vaccinales, **aucun lien de causalité n'a pu être établi, à ce jour, avec les adjuvants aluminiques**, d'autant que ces manifestations paraissent limitées dans le temps (non identifiées avant 1990 et semblant en extinction depuis 2012) et dans l'espace (la France a cumulé la quasi-totalité des cas décrits dans le monde). »*

Accueil / Travaux parlementaires / Rapports et documents de travail / Rapports d'office parlementaire

RAPPORTS D'OFFICE PARLEMENTAIRE

Les adjuvants vaccinaux: une question controversée

Rapport n° 266 (2014-2015), déposé le 29 janvier 2015

I. PREMIÈRE TABLE RONDE : QUELS EFFETS DES ADJUVANTS VACCINAUX ? QUELLE SÉCURITÉ ? 13

Présidence de M. Jean-Louis Touraine, député, membre de l'OPECST 13

A. LES POINTS DE VUE DE LA COMMUNAUTÉ SCIENTIFIQUE 16

Pr Yehuda Shoenfeld, président du neuvième congrès international sur l'auto-immunité, chef du département de médecine de l'Université de Tel Aviv 16

Pr Christopher Exley, professeur de biochimie inorganique, Centre Birchall, Université de Keele, Royaume-Uni. Bonjour à tous. D'abord, qui suis-je ? Christopher Exley, de l'Université de Keele 19

Pr Romain Gherardi, chef du service d'histologie-embryologie de l'Hôpital Henri Mondor 21

Pr Jean-François Bach, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences 24

Pr Daniel Floret, président du Comité technique des vaccinations du Haut conseil de la santé publique 26

Pr Brigitte Autran, professeure d'immunologie à l'Université Pierre et Marie Curie, responsable du département d'immunologie de la Pitié-Salpêtrière 28

B. LES POINTS DE VUE DES AUTRES ACTEURS 30

M. Michel Georget, représentant de la Ligue nationale pour la liberté des vaccinations 30

Dr Bernard Izard, médecin généraliste 32

Dr Nicolas Ferry, directeur des thérapies innovantes, des produits issus du corps humain et des vaccins à l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) 35

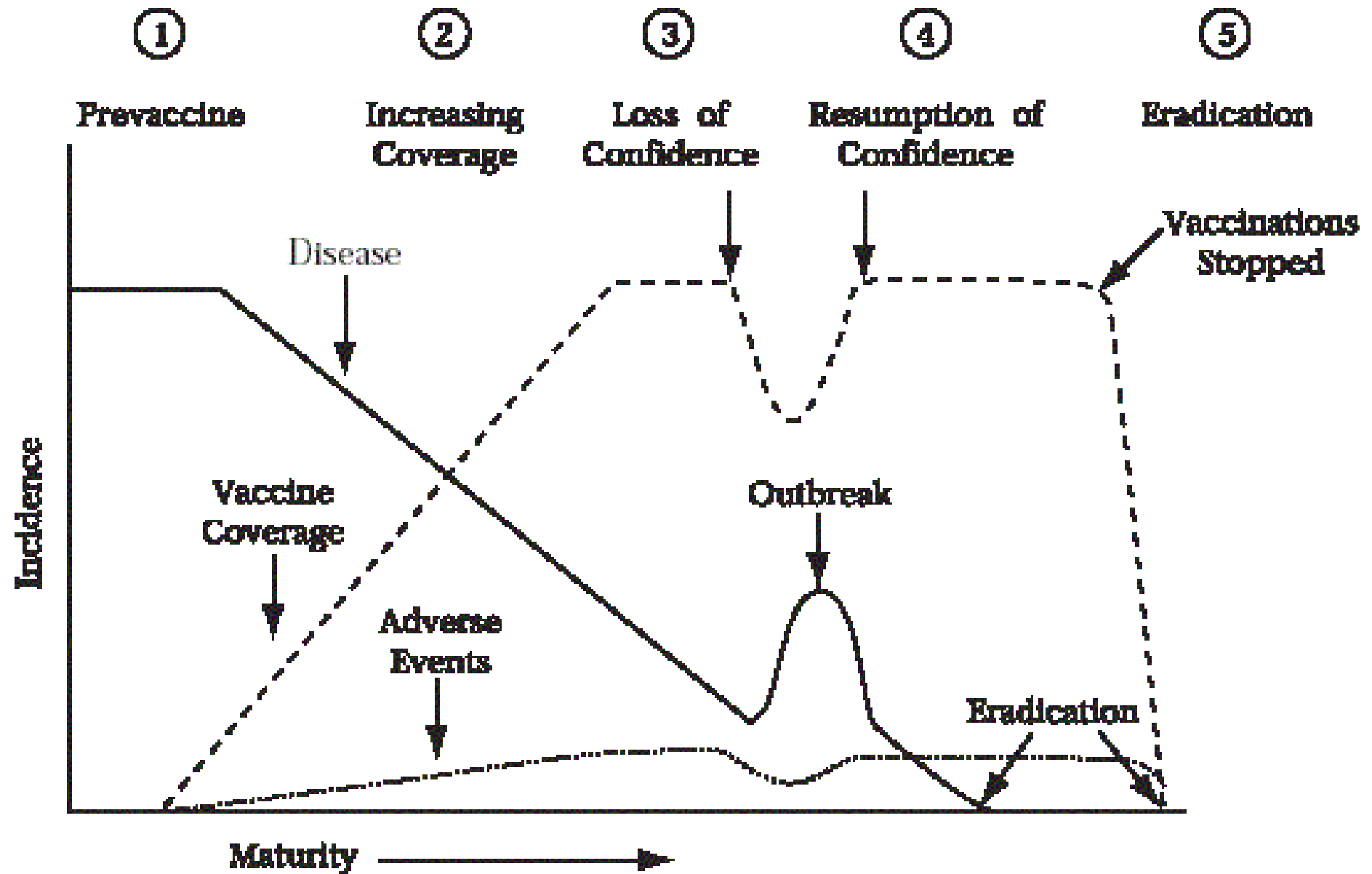
Et pourtant ...

Malgré l'absence de preuves scientifiques, et le vaste consensus contre leur « théorie », ces équipes continuent à être invitées par des réseaux politiques antivax

[Accueil](#)[LA MALADIE](#)[L'association E3M](#)[Forum](#)[Documentation](#)[Nos actions](#)[Nous soutenir](#)

Association d'Entraide aux **Malades** de Myofasciite à Macrophages





Chen 1998

From: Chen RT, Hibbs B. Vaccine safety: current and future challenges. *Pediatric Annals* 1998;27:446.