



Quel lien y a-t-il entre le syndrome de Parsonage Turner et les vaccins Covid-19 ? Le syndrome de Parsonage Turner (SPT), également appelé « névralgie amyotrophante de l'épaule » est une pathologie inflammatoire du plexus brachial peu fréquente. Elle concerne majoritairement les hommes dans leur 4^{ème} ou 5^{ème} décennie, avec une incidence estimée comprise entre 8 et 60 pour 100 000 personnes par mois ([Ref1](#), [Ref2](#)). Elle est caractérisée par une violente douleur suivie d'une faiblesse atrophique du membre supérieur, avec des douleurs neuropathiques et une récupération variable sur plusieurs semaines ([Revue](#)). L'étiopathogénie reste mal connue mais d'hypothétiques facteurs déclenchants sont retrouvés chez 50 % des patients dans le mois qui précède (voire le jour-même) : une infection bactérienne ou plus souvent virale, un effort physique, une chirurgie, une grossesse ou une vaccination (dans 4-5 % des cas). Une vingtaine de cas de SPT en lien avec le Covid-19 ont été décrits dans la littérature (base Pubmed), soit après infection ([Ref3](#)), soit après vaccination ([Ref4](#), [Ref5](#)). Depuis le début du suivi de pharmacovigilance des vaccins contre le covid-19, 78 cas de SPT ont été enregistrés en France avec l'ensemble des vaccins adénovirus ou ARN (Source : [VigiBase®](#) au 18/02/2022). L'atteinte a majoritairement touché des hommes (sex-ratio H/F à 2), dans la catégorie d'âge 45-64 ans. Elle a été considérée grave dans 87 % des cas, selon les critères de pharmacovigilance, parce que responsable d'incapacité/invalidité en particulier. Une expertise neurologique pour attester du diagnostic de SPT est parfois manquante. Le détail de certains cas est disponible dans les [rapports de pharmacovigilance](#) français et dans la base américaine VAERS (« neuralgic amyotrophy », « brachial neuritis », [données brutes](#)), et concorde avec les descriptions de la littérature : il n'y a pas de caractéristiques particulières en termes de vaccin, de rang vaccinal, de délai de survenue ou d'évolution. Dans certains cas, l'atteinte a été controlatérale à l'injection vaccinale. Rarement, l'injection d'une dose ultérieure de vaccin a été réalisée, sans récurrence ou aggravation des symptômes alors que dans la majorité des cas l'information n'est pas disponible. Au final, un lien de causalité n'est pas établi entre vaccins Covid-19 et syndrome de Parsonage Turner. La survenue de ce syndrome dans les 30 jours suivant la vaccination est rare et sans caractéristiques particulières. Néanmoins, ce syndrome fait toujours l'objet d'un suivi spécifique par l'ANSM qui le considère comme un « signal potentiel » pour l'ensemble des vaccins Covid-19.

Une étude rétrospective réalisée à partir de 2 bases de données de soins de santé américaines et publiée dans l'hebdomadaire du CDC ([MMWR](#)) a montré une **augmentation du risque de diabète chez les moins de 18 ans plus de 30 jours après un diagnostic de Covid-19, soulignant l'importance des stratégies de prévention de l'infection dans ce groupe d'âge**. Le risque des patients atteints de Covid-19 était multiplié par 2,66 [IC95% 1,98-3,56] ou 1,31 [1,20-1,44] selon la base de données, par rapport aux patients sans diagnostic de Covid-19 ; et multiplié par 2,16 [1,64-2,86] par rapport à des patients chez qui une autre infection respiratoire avait été diagnostiquée en période pré-pandémique. Les auteurs rappellent que chez les adultes aussi le diabète pourrait être une conséquence à long terme de l'infection et ils émettent l'hypothèse que le SARS-CoV-2 pourrait causer directement un diabète en infectant les cellules pancréatiques qui expriment les récepteurs de l'ACE2, cible du virus. La principale limite de cette étude est l'absence d'ajustement sur les données « raciales » et de précarité. Or, le Covid-19 touche de manière disproportionnée les minorités raciales/ethniques, également plus à risque de diabète de type 2.

Le [dgs-urgent 28](#) précise la durée de validité du certificat de rétablissement et les règles de validité du passe vaccinal pour les personnes vaccinées et ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 (suite aux annonces d'Olivier Véran du 2 février). Le schéma de primovaccination doit comporter au minimum une stimulation vaccinale et 15 jours au moins doivent s'être écoulés entre 2 stimulations antigéniques ; l'équivalence infection = injection s'applique dans le cadre du schéma de rappel, uniquement si l'infection est survenue plus de 3 mois après le schéma vaccinal initial. S'agissant du passe « frontières », les Français souhaitant voyager devront réaliser une dose de rappel si le pays l'exige.

Pour rappel, le port du masque est un outil de prévention réellement utile ! A partir d'une investigation minutieuse de l'exposition entre 431 personnes infectées par le SARS-CoV-2 entre octobre 2020 et mars 2021 dans l'Iowa et de 969 contacts étroits ne vivant pas sous le même toit, une équipe a montré que le port du masque par les 2 personnes, cas index ET sujet contact, permettait de réduire de moitié le taux de contamination secondaire. Le taux d'attaque secondaire passait en effet de 25,6 % [22,3-29,4] lorsqu'au moins une personne ne portait pas de masque au moment de l'exposition potentiellement contaminante à 12,5 % [9,6-16,3] lorsque les deux personnes le portaient. Les auteurs ont écarté la possibilité que certaines personnes aient été des « super-spreaders » et pris en considération certaines variables : âge, présence de symptômes, exposition en intérieur ou à l'extérieur ([Ref6](#))...

A propos, la circulation des virus grippaux progresse : la Bretagne, le Centre-Val de Loire, la Normandie, la Nouvelle-Aquitaine et les Pays de la Loire sont passées en épidémie ([Santé publique France](#)).