

I Analyse bibliographique

Myocardites associées à la vaccination contre la COVID-19 chez l'adolescent

JAIN SS, STEELE JM, FONSECA B *et al.* COVID-19 vaccination-associated myocarditis in adolescents. *Pediatrics*, 2021;148: in press.

Une augmentation du taux de myocardites a été observée chez l'adolescent et l'adulte jeune après la vaccination contre la COVID-19 dès juin 2021. À partir de cette date, quelques cas cliniques ont été rapportés mais il n'y a pas eu de réelles données sur la sévérité et la spécificité des individus touchés.

Le but de ce travail était d'établir la sévérité de la myocardite et le profil des jeunes atteints, et de les comparer à ceux ayant eu une atteinte cardiaque dans le cadre d'un syndrome inflammatoire multisystémique (PIMS).

Entre mars et juin 2021, dans 16 centres hospitaliers nord-américains, tous les patients de moins de 21 ans avec une présentation de myocardite aiguë dans les 2 semaines suivant une vaccination contre la COVID-19 ont été inclus. Les adolescents ayant une autre cause plausible de myocardite étaient exclus. Chaque patient avait une IRM cardiaque interprétée selon les critères de Lake Louise (œdème, hyperhémie en séquence T1, T2, avec gadolinium). Les données des patients et les IRM cardiaques étaient comparées à celles de jeunes ayant présenté un PIMS.

Au cours de la période étudiée, 69 patients ont présenté une myocardite aiguë post-vaccinale, 6 ont été exclus en raison d'une infection virale concomitante. Les 63 patients inclus avaient un âge médian de $15,6 \pm 1,8$ ans (12-20), 49 % avaient entre 12 et 15 ans, 92 % étaient des garçons. Tous les adolescents étaient décrits comme en bonne santé avant la vaccination, aucun n'avait d'antécédent de réaction à un vaccin. Deux patients avaient déjà eu une myocardite virale et un autre présentait un syndrome de Wolff-Parkinson-White. Un seul patient avait eu une infection à COVID-19, 6 mois avant la vaccination. Dans cette population, 94 % avaient reçu le vaccin Pfizer et 6 % le Moderna. Tous les patients sauf un ont présenté une myocardite après la seconde dose du vaccin.

Le début des symptômes en rapport avec la myocardite survenait en moyenne $2,1 \pm 1,3$ jours (0-7) après la vaccination. Une douleur thoracique était présente dans 100 % des cas avec de la fièvre et une dyspnée respectivement dans 44 et 35 %. Tous les patients avaient une élévation des taux de troponine et de la CRP (sauf 1), 44 et 53 % avaient respectivement une VS et un BNP augmentés. La PCR pour la recherche de SARS-CoV-2 était négative chez tous les patients testés (89 %). Le temps moyen d'hospitalisation était de $3 \pm 1,4$ jours (1-7), 43 % étaient hospitalisés dans une unité de soins continus pour des troubles du rythme cardiaque. Aucun patient n'a eu besoin

de support ventilatoire ou hémodynamique. Concernant les traitements, ils ont reçu dans 27 % des cas des immunoglobulines, dans 24 % des corticoïdes et dans 6 % de la colchicine.

Sur le plan cardiaque, 70 % avaient des anomalies à l'ECG, principalement une élévation diffuse du segment ST et/ou une inversion de l'onde T, et 3 patients avaient une tachycardie ventriculaire ayant nécessité un traitement par amiodarone pour un et par β -bloquant pour un autre. À l'échographie, 14 % avaient une dysfonction ventriculaire modérée. À l'IRM cardiaque, 88 % avaient des critères de myocardite (avec un rehaussement tardif après gadolinium), sans différence significative de l'atteinte cardiaque selon l'âge des patients. En comparaison, les patients ayant présenté un PIMS avaient des atteintes clinique et biologique plus sévères nécessitant des traitements plus invasifs, en revanche, l'élévation de la troponine et l'atteinte à l'IRM cardiaque étaient moins importantes par rapport aux patients avec une myocardite post-vaccinale.

En moyenne 35 jours après le diagnostic de myocardite post-vaccinale, une résolution des signes cliniques, biologiques, électrocardiographiques et échographiques était observée chez tous les patients.

Ce travail met en évidence qu'il existe un risque faible de myocardite après la vaccination contre la COVID-19, essentiellement chez les adolescents masculins après la 2^e dose. Bien qu'il existe des lésions et un œdème cardiaque sur l'IRM cardiaque initiale, le pronostic est excellent à court terme.

Place de la corticothérapie dans le traitement des abcès rétro- et parapharyngés

GOENKA PK, HALL M, SHAH SS *et al.* Corticosteroids in the treatment of pediatric retropharyngeal and parapharyngeal abscesses. *Pediatrics*, 2021;148: in press.

Les abcès rétro- et parapharyngés sont des infections sévères pouvant mettre en jeu le pronostic vital. Ils surviennent le plus souvent après un traumatisme pharyngé ou une infection respiratoire haute. Dans ce dernier cas, il existe une inflammation et une suppuration des ganglions rétropharyngés présents chez le petit enfant, qui involuent par la suite avec l'âge. Depuis 20 ans, on assiste à une augmentation de ce type d'abcès, attribuée à une baisse des amygdalectomies chez les patients sujets aux angines et à des changements épidémiologiques du *Staphylococcus aureus* méthicilline-résistant. Le traitement de ces infections comprend des antibiotiques et parfois un drainage chirurgical. Les corticoïdes sont utilisés dans certains cas dans un but anti-inflammatoire et antalgique, mais leur emploi est limité en raison du risque potentiel d'aggravation de l'infection.

Le but de ce travail était d'évaluer l'impact d'une corticothérapie systémique afin d'éviter un drainage chirurgical chez les enfants hospitalisés pour des abcès rétro- et parapharyngés.

Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique réalisée en Amérique du Nord entre janvier 2016 et décembre 2019, ayant inclus des enfants âgés de 2 à 8 ans hospitalisés pour un abcès pharyngé. Les patients avec des maladies chroniques ou des malformations congénitales des voies aériennes supérieures ont été exclus, de même que ceux prenant un traitement régulier par corticoïdes. Les patients ayant reçu un traitement par corticoïdes par voie orale ou intraveineuse avant une éventuelle chirurgie étaient comparés à un groupe n'ayant pas reçu ce traitement. L'objectif primaire était de voir si le taux de drainage chirurgical était identique dans les 2 groupes. L'objectif secondaire était d'évaluer la prise en charge médicale et la durée d'hospitalisation selon les groupes.

Au total, 2 259 enfants avec un âge médian de 3 ans (2-5) et 61,4 % de garçons étaient inclus. Il y avait 1 677 enfants (74,2 %) dans le groupe sans corticoïdes et 25,8 % dans le groupe corticoïdes. Dans ce 2^e groupe, les corticoïdes étaient débutés respectivement le premier et le 2^e jour dans 52,3 et 26,3 % des cas, le plus souvent par de la dexaméthasone intraveineuse (85,4 % des cas), de la dexaméthasone orale (12,2 %), de la méthylprednisolone (1,9 %) et de la prednisone (0,5 %). Il n'y avait pas de différence significative dans les 2 groupes en termes d'âge, de genre et de sévérité de l'atteinte (H-RISK).

Concernant l'objectif primaire, les drainages chirurgicaux étaient moins fréquents dans le groupe corticoïdes par rapport à l'autre groupe (22,2 *versus* 51,5 % ; $p < 0,001$), avec un OR pour la chirurgie de 0,28 (IC 95 % : 0,22-0,36). Pour les patients ayant eu un drainage chirurgical, celui-ci était plus souvent différé après le 3^e jour dans le groupe corticoïdes par rapport à l'autre groupe (59,7 *versus* 29,4 % ; $p < 0,001$). Les bilans inflammatoires biologiques n'étaient pas différents entre les

2 groupes. Les antibiotiques utilisés étaient les mêmes dans les 2 groupes, des inhibiteurs des bêta-lactamases (32,2 %) et de la clindamycine (28,3 %). L'utilisation d'opiacés était significativement moins importante dans le groupe corticoïdes par rapport au groupe sans corticoïdes (45,2 *versus* 54,4 % ; $p < 0,001$).

Dans la cohorte totale, la durée médiane de séjour hospitalier était de 64 h (44-86), avec une durée inférieure de 4 h dans le groupe corticoïdes par rapport à l'autre ($p < 0,02$) et un moindre coût hospitalier. Après la sortie, 2,3 % des patients reconsultaient aux urgences dans les 7 jours pour des symptômes respiratoires hauts, de la fièvre ou des troubles digestifs, avec un risque de nouvelle consultation 2,2 fois plus élevé dans le groupe corticoïdes (IC 95 % : 1,24-4,05). En revanche, le risque de réhospitalisation dans les 30 jours n'était pas différent dans les 2 groupes (3 % dans le groupe sans corticoïdes et 4 % dans le groupe avec). Sur les 74 patients réadmis, 16 avaient besoin d'un drainage chirurgical (8 dans le groupe sans et 8 dans le groupe avec corticoïdes). En prenant en compte les réadmissions, les drainages chirurgicaux restaient plus faibles dans le groupe avec corticothérapie par rapport à l'autre groupe (23,5 *versus* 52 % ; $p < 0,001$).

Cette étude montre qu'une corticothérapie systémique associée à une antibiothérapie a un effet bénéfique dans la prise en charge des abcès pharyngés, notamment pour diminuer le risque de drainage chirurgical et limiter l'utilisation d'analgiques de palier 3.



J. LEMALE

Service de Gastroentérologie
et Nutrition pédiatriques,
Hôpital Trousseau, PARIS.