

Guillain-Barré post vaccination : rapport de cas, revue de la littérature et perspectives pour les futures stratégies vaccinales

LL. MAOUCHE^{1,2}, A. BENBELLAL^{1,2}, H. BELLE-BCIR², S. BENZAOU^{1,2}, K. AMRIOU³, M. OULAD KOUIDER^{1,4}, K. BENDJOU^{1,5}, B. AMEZIANE^{1,6}, L. BOUDJELLA^{1,7}, S. BOUKADIR⁸, Z. BOUKARA^{1,2}

1: Université Blida 1- Faculté de Médecine, département de Médecine
2: Service MPR du CHU de Blida, Algérie
3: Laboratoire de pharmacologie, Faculté de médecine de Blida, Algérie
4: Service pneumo-physiologie, EPSP Blida, Algérie
5: Service des urgences médico-chirurgicales, CHU de Blida, Algérie
6: Service de réanimation, CHU de Douera, Algérie
7: Centre de transfusion sanguine, TOT, EHS Frantz Fanon, Blida, Algérie
8: Service de neurologie, EHS Ben Aknoun, Algérie

RÉSUMÉ

Introduction : Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) constitue une complication neurologique rare mais redoutée de certaines vaccinations. La pandémie de COVID-19 et la mise en place rapide de campagnes vaccinales massives ont suscité un regain d'intérêt pour l'évaluation de ce risque.

Objectif : Présenter un cas de SGB survenu après une vaccination contre la COVID-19 et grippe saisonnière, analyser la littérature récente et dégager des perspectives pour les futures stratégies vaccinales.

Méthodes : Nous avons conduit une revue de la littérature couvrant janvier 2020 à août 2025. Les bases interrogées étaient : PubMed, Embase, Scopus et Google Scholar. Les mots-clés incluaient : Guillain-Barré syndrome, COVID-19 vaccination, Adenoviral vector vaccine, Influenza vaccination, Vaccine adverse events, Pharmacovigilance. Ont été inclus les articles originaux, études observationnelles, séries de cas, rapports de pharmacovigilance et méta-analyses rapportant un SGB dans les 42 jours post-vaccination.

Résultats : Le cas clinique décrit une évolution favorable après prise en charge multidisciplinaire précoce. La littérature confirme une association entre SGB et vaccination anti-COVID-19, principalement avec les vaccins à vecteur adénoviral qui n'a pas été retrouvé avec les vaccins à ARNm. Comparativement, ce risque était proche de celui observé avec la grippe pandémique A(H1N1) de 2009 (Prestel et al., 2014) et il était plus important lors de la campagne de vaccination contre la grippe porcine de 1976 (Schonberger et al., 1979).

Conclusion : Le risque de SGB post-vaccinal, bien que rare, doit être intégré aux politiques de pharmacovigilance. Les enseignements tirés de la COVID-19 devraient guider la préparation à de futures pandémies et à l'élaboration de stratégies vaccinales sûres et transparentes.

Mots-clés : Guillain-Barré ; Vaccination COVID-19 ; Effets indésirables ; Pharmacovigilance ; Pandémie.

ABSTRACT

Background: The Guillain-Barré syndrome (GBS) is a rare but serious autoimmune condition, potentially triggered by viral infections or vaccinations. Since the introduction of SARS-CoV-2 vaccines, particularly adenoviral vector vaccines, concerns have been raised regarding a possible association with GBS.

Objective: To present a case of GBS occurring after vaccination against COVID-19 and seasonal influenza, analyze recent literature, and identify perspectives for future vaccination strategies.

Methods: We conducted a literature review covering January 2020 to August 2025. The databases searched were PubMed, Embase, Scopus, and Google Scholar. Keywords included: Guillain-Barré syndrome, COVID-19 vaccination, adenoviral vector vaccine, influenza vaccination, vaccine adverse events, and pharmacovigilance. Original articles, observational studies, case series, pharmacovigilance reports, and meta-analyses reporting GBS within 42 days post-vaccination were included.

Results: The clinical case describes a favorable outcome after early multidisciplinary management. The literature confirms an association between GBS and COVID-19 vaccination, primarily with adenoviral vector vaccines, which was not found with mRNA vaccines. Comparatively, this risk was similar to that observed with the 2009 pandemic influenza A(H1N1) (Prestel et al., 2014) and was higher during the 1976 swine flu vaccination campaign (Schonberger et al., 1979).

Conclusion: The risk of post-vaccination GBS, although rare, should be incorporated into pharmacovigilance policies. Lessons learned from COVID-19 should guide preparation for future pandemics and the development of safe and transparent vaccination strategies.

Key words: Guillain-Barré syndrome, COVID-19 vaccination, Influenza vaccination, Adenoviral vector vaccine, Pharmacovigilance

INTRODUCTION

Le syndrome de Guillain-Barré (SGB) est une polyradiculoneuropathie inflammatoire aiguë, généralement déclenchée par une infection virale ou bactérienne, mais a également été décrit après certaines vaccinations ⁽¹⁻³⁾. Historiquement, l'épisode de vaccination contre la grippe porcine en 1976 aux États-Unis et celui de 2009 en Allemagne ⁽⁴⁻⁶⁾ ont mis en évidence une augmentation du risque de SGB post-vaccinal, avec un RR ≈ 7-8 (Schonberger et al., 1979). Le lien causal reposerait sur des mécanismes auto-immuns déclenchés par mimétisme moléculaire entre antigènes vaccinaux et structures nerveuses ^(1,7). La présence d'auto-anticorps tels que les anti-gangliosides a été décrite dans certains cas ^(8,9). Depuis, la pharmacovigilance a été systématiquement renforcée après l'introduction de nouveaux vaccins, si bien que certains auteurs sont en faveur de la vaccination estimant que l'incidence de SGB post vaccination serait moins importante que celle faisant suite à une grippe saisonnière ^(10,11).

Cependant, avec l'avènement des vaccins contre la COVID-19, puis plus récemment contre le virus respiratoire syncytial (VRS), de nouveaux signaux de sécurité ont été discutés, l'agence européenne du médicament émet son premier signalement de SGB post vaccination anti COVID-19 en Juillet 2021 concernant le vaccin VAXZEVRIA® du Laboratoire AstraZeneca et en Octobre 2022 pour le vaccin JCOVDEN® du Laboratoire JANSSEN ⁽¹²⁾.

Nous rapportons un cas clinique de SGB survenu après une double vaccination anti grippe saisonnière et anti covid 19 (Janssen lab) en Janvier 2022. L'exposé du cas est suivi d'une revue de la littérature et d'une discussion des implications cliniques et stratégiques pour les futures campagnes vaccinales.

TYPES DE VACCINS UTILISES LORS DE LA COVID-19

Avec la pandémie COVID-19, des vaccins utilisant des plateformes inédites ont été déployés à grande échelle. Cette situation a conduit à une surveillance renforcée des événements indésirables neurologiques rares, dont le SGB. Il semblerait que les complications post vaccination seraient étroitement liées à la technique d'élaboration de ces vaccins : La littérature rapporte des cas de myocardites et de péricardites post-vaccinales ^(13,14) des thromboses veineuses cérébrales, limitant leur utilisation dans certains groupes d'âge dans plusieurs pays ^(15,16) ou encore des anaphylaxies et des réactions allergiques sévères de l'ordre de quelques cas par million de doses ^(17,18). Toutes ces complications ont été observées avec les vaccins ARNm. Ces données soulignent la variété des effets indésirables graves, mais également leur rareté au regard des millions de doses administrées. Les principales sont les suivantes :

Vaccins à ARN messenger (ARNm) : Contiennent un ARN messenger codant pour la protéine S du SARS-CoV-2. Après injection, les cellules humaines produisent la protéine S, déclenchant une réponse immu-

nitaire [anticorps + lymphocytes T]. Exemples : Pfizer-BioTech (Comirnaty®), Moderna (Spikevax®)

Vaccins à vecteur adénoviral non répliquatif : Utilisent un adénovirus inoffensif comme vecteur pour délivrer le gène de la protéine S. Le vecteur pénètre dans les cellules et stimule la production de la protéine S, entraînant une réponse immunitaire. Exemples : Vaxzevria® d'AstraZeneca dont le vecteur est tiré du chimpanzé (ChAdOx1-S), le Jcovden® de Johnson & Johnson/Janssen dont le vecteur est humain (Ad26.COV2.S) ainsi que celui du Sputnik V® (Gam-COVID-Vac).

Vaccins à virus inactivé : Contiennent le virus SARS-CoV-2 inactivé (non infectieux) qui déclenche la réponse immunitaire. Exemples : Sinopharm® (BBIBP-CorV), Sinovac (CoronaVac®). Ils nécessitent souvent plusieurs doses et rappels.

Vaccins protéiques recombinants : Contiennent directement la protéine S ou une partie de celle-ci, sans vecteur associé mais souvent accompagnée d'un adjuvant pour stimuler la réponse immunitaire. Exemples : Novavax (Nuvaxovid®). A l'avantages d'être efficace sur différentes variantes.

Vaccins à ADN : Introduisent de l'ADN codant pour la protéine S dans les cellules pour produire l'antigène et déclencher une réponse immunitaire. Exemples : ZyCoV-D (Inde). Avantages : Stabilité et stockage plus faciles que l'ARNm.

Vaccins à particules pseudo-virales : Contiennent des particules ressemblant au virus mais sans matériel génétique, exposant les antigènes au système immunitaire. Avantages : Très sûrs, car pas de virus vivant. Inconvénients : Développement plus complexe, parfois moins immunogéniques sans adjuvant.

OBSERVATION CLINIQUE

La patiente C.L était âgée de 58 ans, demeurant à Blida, mariée, mère de 03 enfants, sans profession. Elle présentait une obésité avec un IMC à 31, un diabète de type 1 et une HTA sous traitement.

Le 20/1/2022, soit 15 jours post vaccination anti covid 19 et une semaine post vaccin anti grippe saisonnière, la patiente a présenté une polyradiculonévrite aiguë de forme axonale, confirmée à l'EMG [critères diagnostiques de Brighton].

Elle était confinée au lit au bout de 05 jours d'évolution, puis apparaissent une dysphagie et des fausses routes motivant une hospitalisation en réanimation neurologique et l'administration d'une cure d'immunoglobulines pendant 5 jours, suivis d'une régression progressive de la symptomatologie.

En Mars 2022, soit 2 mois après le début des troubles, elle est hospitalisée en service de MPR du CHU de Blida, Algérie, dans un état général moyen. L'évaluation initiale a montré un déconditionnement cardio-vasculaire avec une fatigabilité intense, un tableau neurologique sévère marqué par une tétraparésie flasque symétrique avec des muscles cotés entre 2 et 3 sur 5 selon l'échelle de cotation musculaire MRC, des troubles de l'équilibre cotés à 6/56 sur l'échelle de l'équilibre de Berg, liés à un syndrome vestibulaire droit et un syndrome cordonnal postérieur. La patiente présentait des douleurs neuropathiques.

thiques intenses aux membres inférieurs cotés à 8/10 sur l'échelle EVA douleur et une paralysie faciale périphérique droite grade VI sur la classification de House et Brackmann. Sur le plan fonctionnel, elle était alitée et dépendante d'une tierce personne, MIF à 64/126 et des mains non fonctionnelles scorées à 0/30 (adaptation Kapandji/Schlesinger)

L'évolution après huit mois de prise en charge médicale, kinésithérapie, ergothérapie, psychothérapie, orthophonie, appareillage, est marquée par une réduction de la paralysie faciale (grade V de House et Brackmann) et des douleurs neuropathiques cotées à 4/10 sur l'EVA douleur, une amélioration du testing musculaire à 4/5 sur les muscles des ceintures et à 3/5 aux extrémités, un score de l'équilibre de Berg à 45/56, une reprise de la marche avec un déambulateur puis une canne canadienne, test de marche de 6minutes=120m. Elle présentait une meilleure autonomie dans les activités de la vie quotidienne : MIF à 120, Il persistait un déficit des prises fines pollicidigitales termino-terminales et pulpaire avec un score fonctionnel de la main à 26/30. Les signes cliniques sont résumés dans le tableau 1 et illustrés par la figure ci-dessous.

Tableau. 1 Répartition selon les aspects épidémiologiques des patients

Paramètres cliniques	À l'admission en MPR (2 mois après le début des troubles)	A 8 mois de la prise en charge en MPR
Condition générale	- Déconditionnement cardio-vasculaire - Fatigabilité intense - patiente alitée	- Reprise de la marche avec déambulateur puis canne béquille. - Test de marche de 6minutes=120m
Déficit moteur	- Tétraparésie flasque, symétrique, - Cotée à 3 aux muscles des membres supérieurs et à 2 aux muscles des membres inférieurs	- Régression du déficit moteur coté à 4 sauf les extrémités des membres cotées à 3
Système d'équilibration	- Syndrome vestibulaire droit - Syndrome cordonnal postérieur - Score de Berg 6/56	- Léger Romberg à droite - Score de Berg à 45/56
Sensibilité	- Atteinte de la sensibilité profonde - DN4 à 5 - EVA douleur 8/10 (membres inférieurs)	- Amélioration partielle - EVA douleur : 4/10
Atteinte faciale	- Paralysie faciale périphérique droite, Charles Bell (+)	- Régression du déficit, Charles Bell (-)
Autonomie fonctionnelle	- Dépendante, MIF = 64 - Main non fonctionnelle 0/30 (Sollerman test)	- Autonomie améliorée, MIF = 120 - Main semi-fonctionnelle 26/30
Prise en charge	- précoce en neurologie puis en MPR	- Toujours suivie en MPR

Tableau. 2 Lien entre SGB et vaccination, revue de la littérature

Référence	Type d'étude	Vaccin concerné	Principaux résultats
Patone et al., 2021 (Nature Med.) [21]	Cohorte populationnelle UK	Vaccins COVID-19 (AstraZeneca, Pfizer)	Signal augmenté pour AZ ; non retrouvé avec Pfizer
Maramattom et al., 2022 (Ann Neurol.) [22]	Série de cas	Vaccins COVID-19 adénoviraux	Cas confirmés en Inde et Moyen-Orient
Aly et al., 2022 (Neuroimmunol Rep) [33]	Revue + cas clinique	COVID-19	Association possible, rare
Hanson et al., 2022 (JAMA Netw Open) [23]	Vaccine Safety Datalink, USA	COVID-19	Pas d'excès global Signal pour adénovirus (Janssen)
Massy et al., 2023 (Thérapies) [12]	Pharmacovigilance UE - France	Vaccins à adénovirus VaxZevria®, JCOVDEN®	50 cas confirmés de SGB (41 AstraZeneca, 9 Janssen), délai médian 15-20 j Signal confirmé pour vaccins à adénovirus
Olajide Bamidele Ogunjimi et al., 2023 (Cureus) [34]	Revue systématique de 70 articles	COVID-19	Prévalence cumulée de SGB post-vaccinal ≈ 8,1 cas/million de vaccinations Sur risque pour les vaccins à vecteurs
Ryan et al., 2023 (Brain) [20]	Base nationale Ig Royaume unis	COVID-19	Sur-risque confirmé avec adénovirus
Abara et al., 2023 (JAMA Network) [24]	USA, 487 millions doses	Ad26.COV2.S vs BNT162b2 vs mRNA-1273	Ad26 : 9 à 12× plus de cas que ARNm (3-4 cas/million vs ~ (0,3-0,4)
Le Vu et al., 2023 (Neurology) [28]	Étude nationale, cas-témoins. France	ChAdOx1-S, Ad26.COV2.S	Excès 3-4 SGB/million doses adénovirus IR ≈ 2,4
Censi et al., 2024 (J Neurol) [25]	Méta-analyse	COVID-19	RR=7 avec adénovirus Pas de sur risque avec ARNm
GVDN, 2024 (Vaccine) [26]	Étude multicentrique Multinationale	99 millions de vaccinés	Signal SGB avec adénovirus confirmé
Anastassopoulou et al., 2025. (Vaccine) [7]	Review	VRS chez les personnes vulnérables (âges extrêmes)	SGB rare mais associé à une sécrétion inappropriée d'ADH

ADH : hormone antidiurétique - RR : risque relatif - VRS : virus respiratoire syncytial

DISCUSSION

Cas de SGB post vaccination anti COVID-19

Notre cas illustre l'importance de la prise en charge précoce et multidisciplinaire incluant immunothérapie, suivi neurologique et réadaptation fonctionnelle ayant abouti à une évolution favorable malgré la présence de facteurs de risques représentés par : la vaccination anti covid-19 suivie une semaine plus tard de celle contre la grippe saisonnière, le type de vaccin à vecteur adénoviral, l'âge > 40 ans, les tares associées, la courte phase d'extension< 7j, l'atteinte axonale et l'importance des déficits durant la phase d'état. La récupération fonctionnelle notable après huit mois confirme le rôle central de la rééducation intensive.

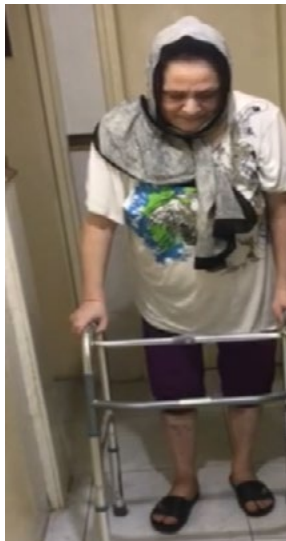
Nous avons conduit une revue de la littérature de janvier 2020 à août 2025, à la recherche de cas similaires. Les bases de données consultées étaient : PubMed, Embase, Scopus et Google Scholar, avec les mots-clés suivants : Guillain-Barré syndrome (GBS), COVID-19 vaccination, Influenza vaccination, Vaccine adverse events, Pharmacovigilance. Les critères d'inclusion comprenaient les études originales (rapports de cas, séries, cohortes, analyses de registres/pharmacovigilance), les revues systématiques et méta-analyses en anglais ou français, rapportant le SGB après vaccination COVID-19 ou antigrippale (fenêtre d'intérêt préférentielle 1-42 jours). Les lettres sans données cliniques, et études sans rapport direct ont été exclues.

12 articles ont été sélectionnés pour cette revue. Globalement, les résultats indiquent que le SGB post-vaccinal est un phénomène rare, mais suffisamment documenté pour justifier une surveillance active. Le SGB a été rapporté plus fréquemment après les vaccins à vecteur adénoviral Vaxzevria®, Jcovden®, sans excès de risque détecté avec les vaccins à ARNm (Comirnaty®, Spikevax®) dans la fenêtre de 1-42 jours post-dose [12,20-27]. Un des résultats est présenté dans le tableau 2. Les atteintes neurologiques rapportées sont variables : de formes bénignes avec récupération fonctionnelle rapide à des formes sévères nécessitant ventilation mécanique. La plupart des patients présentent une évolution favorable sous traitement immunomodulateur (immunoglobulines intraveineuses, plasmaphérèse). Les systèmes de pharmacovigilance nationaux (ex. France, Royaume-Uni, États-Unis) ont permis de confirmer la rareté de l'événement, tout en soulignant la nécessité d'une vigilance continue. En comparaison avec le risque de SGB post-infectieux, notamment après infection par le SARS-CoV-2, le risque lié à la vaccination demeure très inférieur [13,28,29] mais présent.

Cas de SGB post vaccination anti VRS

Le signal concernant les vaccins VRS alerte sur la nécessité de surveiller les nouveaux vaccins en développement [7]. Les données post-commercialisation suggèrent jusqu'à ~10 à 20 cas supplémentaires par million

Fig. 1 A 8 mois de prise en charge en MPR : Reprise de la marche avec un déambulateur



de doses, variant selon le vaccin et les cohortes étudiées [30-32]. Malgré un risque faible, les autorités sanitaires (FDA, CDC, MHRA) ont exigé des mentions de mise en garde dans les notices et encouragent une surveillance renforcée, sans remettre en cause le rapport bénéfice-risque favorable, notamment chez les populations âgées à risque.

La survenue d'un syndrome de Guillain-Barré sévère chez notre patiente après une vaccination rapprochée contre la COVID-19 (vaccin à adénovirus JCOVDEN®) et la grippe saisonnière illustre l'importance d'une vigilance accrue vis-à-vis des effets indésirables rares mais graves liés à certaines technologies vaccinales. Ce cas met en évidence plusieurs facteurs aggravants qui doivent être considérés dans l'évaluation du risque individuel.

Les données issues de la pharmacovigilance internationale confirment un signal spécifique concernant les vaccins à vecteur adénoviral et le SGB, contrairement aux vaccins à ARNm, renforçant la nécessité d'adapter les stratégies vaccinales en fonction des profils de risque.

Au-delà de ce cas, il apparaît essentiel de développer et d'harmoniser les systèmes de surveillance post-vaccinale, d'intégrer les signaux émergents dans les politiques de santé publique et de promouvoir une communication transparente sur la balance bénéfice-risque. L'expérience du COVID-19 constitue un enseignement majeur pour anticiper et mieux gérer la sécurité vaccinale lors de futures pandémies.

CONCLUSION

La survenue d'un syndrome de Guillain-Barré sévère chez notre patiente après une vaccination rapprochée contre la COVID-19 (vaccin à adénovirus JCOVDEN®) et la grippe saisonnière illustre l'importance d'une vigilance accrue vis-à-vis des effets indésirables rares mais graves liés à certaines technologies vaccinales. Ce cas met en évidence plusieurs facteurs aggravants qui doivent être considérés dans l'évaluation du risque individuel.

Les données issues de la pharmacovigilance internationale confirment un signal spécifique concernant les vaccins à vecteur adénoviral et le SGB, contrairement aux vaccins à ARNm, renforçant la nécessité d'adapter les stratégies vaccinales en fonction des profils de risque. Au-delà de ce cas, il apparaît essentiel de développer et d'harmoniser les systèmes de surveillance post-vaccinale, d'intégrer les signaux émergents dans les politiques de santé publique et de promouvoir une communication transparente sur la balance bénéfice-risque. L'expérience du COVID-19 constitue un enseignement majeur pour anticiper et mieux gérer la sécurité vaccinale lors de futures pandémies.

DECLARATION DE CONFLITS D'INTERET

Les auteurs certifient qu'ils n'ont reçu aucun financement, avantage financier ou matériel, ni soutien institutionnel susceptible d'influencer le contenu de ce travail. Aucun conflit d'intérêts n'est déclaré.

BIBLIOGRAPHIE

- Hunter J, English WA, Wiegers EJA, Jacobs BC. Guillain-Barré syndrome. *BJA Educ*. août 2025;25(8):309-16.
- Gilgorov M, Lebrun-Vignes B, Masmoudi K, Vial T, Junot H, Pourcher V, et al. Vaccines and the risk of Guillain-Barré syndrome: A French pharmacovigilance analysis. *Therapies* [Internet]. 3 mars 2025 [cité 23 août 2025]; Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595725000366>
- Willison HJ, Jacobs BC, van Doorn PA. Guillain-Barré syndrome. *Lancet Lond Engl*. 13 août 2016;388(10045):717-27.
- Schonberger LB, Bregman DJ, Sullivan-Bolyai JZ, Keenleyside RA, Ziegler DW, Retalliau HF, et al. Guillain-Barre syndrome following vaccination in the National Influenza Immunization Program, United States, 1976–1977. *Am J Epidemiol*. août 1979;110(2):105-23.
- Prestel J, Volkers P, Mentzer D, Lehmann HC, Hartung HP, Keller-Stanislawski B, et al. Risk of Guillain-Barré syndrome following pandemic influenza A(H1N1) 2009 vaccination in Germany. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. nov 2014;23(11):1192-204.
- Salmon DA, Proschan M, Forshee R, Gargiullo P, Bleser W, Burwen DR, et al. Association between Guillain-Barré syndrome and influenza A (H1N1) 2009 monovalent inactivated vaccines in the USA: a meta-analysis. *The Lancet*. 27 avr 2013;381(9876):1461-8.
- Anastassopoulou C, Panagiotopoulos AP, Feros S, Poland GA, Dodick DW, Tsakris A. RSV vaccines and Guillain-Barré syndrome: Insights into an emerging concern. *Vaccine*. 3 juin 2025;61:127338.
- Yu M, Nie S, Qiao Y, Ma Y. Guillain-Barre syndrome following COVID-19 vaccines: A review of literature. *Front Immunol* [Internet]. 15 févr 2023 [cité 24 août 2025];14. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/journals/immunology/articles/10.3389/fimmu.2023.1078197/full>
- Yuki N. Guillain-Barré syndrome and anti-ganglioside antibodies: a clinician-scientist's journey. *Proc Jpn Acad Ser B*. 2012;88(7):299-326.
- Babazadeh A, Mohseni Afshar Z, Javanian M, Mohammadnia-Afrouzi M, Karkhah A, Masrou-Roudsari J, et al. Influenza Vaccination and Guillain-Barré Syndrome: Reality or Fear. *J Transl Intern Med*. 31 déc 2019;7(4):137-42.
- Vellozzi C, Iqbal S, Stewart B, Tokars J, DeStefano F. Cumulative Risk of Guillain-Barré Syndrome Among Vaccinated and Unvaccinated Populations During the 2009 H1N1 Influenza Pandemic. *Am J Public Health*. avr 2014;104(4):696-701.
- N Massy, M Atzenhoffer, C Boulay, PE Pecquet, F Ledys, JL Cracowski, K Masmoudi, M Lepelletier V Gras-Champel. COVID-19 et vaccins à adénovirus : expérience française de suivi renforcé de pharmacovigilance. *Therapies*. Vol 78, Issue 5, Sep-Oct 2023, P 489-498 [Internet]. [cité 12 août 2025]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0040595723000227>
- Thurner L, Kessel C, Fadle N, Regitz E, Seidel F, Kindermann I, et al. IL-1RA Antibodies in Myocarditis after SARS-CoV-2 Vaccination. *N Engl J Med*. 19 oct 2022;387(16):1524-7.
- Sousa JP, Roque D, Guerreiro C, Teixeira R. Anti-SARS-CoV-2 vaccine-induced myocarditis – real but, in general, rare and mild: A consensus statement from the Studies Committee of the Portuguese Society of Cardiology. *Rev Port Cardiol*. févr 2023;42(2):161-7.
- Perry RJ, Tamborska A, Singh B, Craven B, Marigold R, Arthur-Farraj P, et al. Cerebral venous thrombosis after vaccination against COVID-19 in the UK: a multicentre cohort study. *The Lancet*. 25 sept 2021;398(10306):1147-56.
- Suhaimi SNA, Zaki IAH, Noord ZM, Hussin NSM, Ming LC, Zulkifly HH. COVID-19 vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia: a review. *Clin Exp Vaccine Res*. oct 2023;12(4):265-90.
- Shimabukuro TT, Cole M, Su JR. Reports of Anaphylaxis After Receipt of mRNA COVID-19 Vaccines in the US—December 14, 2020–January 18, 2021. *JAMA*. 16 mars 2021;325(11):1101-2.
- CDCMMWR. Allergic Reactions Including Anaphylaxis After Receipt of the First Dose of Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine – United States, December 14–23, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 2021 [cité 12 août 2025];70. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/70/wr/mm7002e1.htm>
- Sollerman C, Ejekär A. Sollerman Hand Function Test: A Standardised Method and Its Use in Tetraplegic Patients. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. janv 1995;29(2):167-76.
- Ryan Y S Keh, Sophie Scanlon, and coll. COVID-19 vaccination and Guillain-Barré syndrome: analyses using the National Immunoglobulin Database. *Brain*. Volume 146, Issue 2, February 2023, Pages 739–748, <https://doi.org/10.1093/brain/awac067>.
- Patone M, Handunnetthi L, Saatci D, Pan J, Katikireddi SV, Razvi S, et al. Neurological complications after first dose of COVID-19 vaccines and SARS-CoV-2 infection. *Nat Med*. déc 2021;27(12):2144-53.
- Maramattom BV, Krishnan P, Paul R, Padmanabhan S, Cherukudal Vishnu Nampoothiri S, Syed AA, et al. Guillain-Barré Syndrome following ChAdOx1-S/nCoV-19 Vaccine. *Ann Neurol*. août 2021;90(2):312-4.
- Hanson KE, Goddard K, Lewis N, Fireman B, Myers TR, Bakshi N, et al. Incidence of Guillain-Barré Syndrome After COVID-19 Vaccination in the Vaccine Safety Datalink. *JAMA Netw Open*. 26 avr 2022;5(4):e228879.
- Abara WE, Gee J, Marquez P, Woo J, Myers TR, DeSantis A, et al. Reports of Guillain-Barré Syndrome After COVID-19 Vaccination in the United States. *JAMA Netw Open*. 1 févr 2023;6(2):e2253845.
- Censi S, Bisaccia G, Gallina S, et al. Guillain-Barré syndrome and COVID-19 vaccination: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol* 271, 1063–1071 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00415-024-12186-7>.
- COVID-19 vaccines and adverse events of special interest: A multinational Global Vaccine Data Network (GVDN) cohort study of 99 million vaccinated individuals - PubMed [Internet]. [cité 19 août 2025]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38350768/>
- Nasreen S, Jiang Y, Lu H, Lee A, Cutland CL, Gentile A, et al. Risk of Guillain-Barré syndrome after COVID-19 vaccination or SARS-CoV-2 infection: A multinational self-controlled case series study. *Vaccine*. 11 juill 2025;60:127291.
- Le Vu S, Bertrand M, Botton J, Jabagi MJ, Drouin J, Semenzato L, et al. Risk of Guillain-Barré Syndrome Following COVID-19 Vaccines: A Nationwide Self-Controlled Case Series Study. *Neurology*. 21 nov 2023;101(21):e2094-102.
- Bishara H, Arbel A, Barnett-Griness O, Bloch S, Cohen S, Najjar-Debbiny R, et al. Association Between Guillain-Barré Syndrome and COVID-19 Infection and Vaccination: A Population-Based Nested Case-Control Study. *Neurology*. 14 nov 2023;101(20):e2035-42.
- Research C for BE and. FDA Requires Guillain-Barré Syndrome (GBS) Warning in the Prescribing Information for RSV Vaccines Abrysvo and Arexvy. FDA [Internet]. 1 juill 2025 [cité 26 août 2025]; Disponible sur: <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/safety-availability-biologics/fda-requires-guillain-barre-syndrome-gbs-warning-prescribing-information-rsv-vaccines-abrysvo-and>
- GOV.UK [Internet]. [cité 26 août 2025]. Abrysvo ▼ (Pfizer RSV vaccine) and Arexvy ▼ (GSK RSV vaccine): be alert to a small risk of Guillain-Barré syndrome following vaccination in older adults. Disponible sur: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/abrysvo-pfizer-rsv-vaccine-and-arexvy-gsk-rsv-vaccine-be-alert-to-a-small-risk-of-guillain-barre-syndrome-following-vaccination-in-older-adults>
- Fry SE, Terebuh P, Kaelber DC, Xu R, Davis PB. Effectiveness and Safety of Respiratory Syncytial Virus Vaccine for US Adults Aged 60 Years or Older. *JAMA Netw Open*. 9 mai 2025;8(5):e258322.
- Aly AS, Alkhatat F, Mansour ER, Salama S. Guillain-Barre syndrome following COVID-19 vaccination: a case report and an updated review. *Neuroimmunol Rep*. 2022;2:100083.
- Ogunjimi OB, Tsalamandris G, Paladini A, Varrassi G, Zis P. Guillain-Barré Syndrome Induced by Vaccination Against COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. avr 2023;15(4):e37578.