

Les épanchements péricardiques ont explosé pendant la pandémie

Par Peter A. McCullough, docteur en médecine, titulaire d'un master en santé publique

30 juillet 2026 – www.thefocalpoints.com/p/breaking-pericardial-effusions-skyrocketed

Traduction et notes de bas de page : [Liège-Décroissance](#).

Dans une étude publiée en juillet 2026, Salvucci et al. lancent une bombe : les cas de myopéricardite¹ subclinique ont connu une forte augmentation avec le déploiement de la campagne de vaccination, pour atteindre un pic en 2022.

En tant qu'échocardiographe, j'avais constaté une augmentation des épanchements péricardiques² importants (présence de liquide autour du cœur) depuis le début de la pandémie. Cet article a attiré mon attention.

Résumé

Atteinte péricardique mise en évidence par échocardiographie. Salvucci et al. (juillet 2026).

Cette étude de cohorte rétrospective a analysé 1 431 patients consécutifs ayant subi une échocardiographie de routine en ambulatoire dans une clinique de cardiologie italienne entre 2018 et 2022, en comparant les périodes d'avant la pandémie et de pandémie.

La conclusion principale est sans appel : l'atteinte péricardique mise en évidence à l'échocardiographie a bondi de 22,0 % (101/459) avant la pandémie, à 68,8 % (463/673) pendant les années de pandémie — soit plus du triple.

Une analyse multivariée a révélé que la vaccination contre le SARS-CoV-2 était associée, de manière indépendante, à un rapport de cotes³ d'environ deux fois plus élevé d'anomalies péricardiques (OR 2,08 ; IC à 95 % : 1,29–3,35 ; P = 0,003), comparable au risque lié à l'infection par la COVID-19 elle-même (OR 1,99 ; P = 0,012).

Il est important de noter que l'évolution dans le temps est révélatrice : les rapports de cotes par rapport à 2018 étaient de 1,86 en 2020, puis a explosé pour atteindre 6,95 en 2021 et 6,73 en 2022 – précisément au moment où la vaccination de masse a pleinement déployé ses effets au sein de la population. L'analyse dose-réponse a confirmé que l'administration d'une ou de deux doses augmentait, indépendamment l'une de l'autre, le risque d'atteinte péricardique (OR ~2,1), tandis que l'analyse d'interaction a montré que la vaccination et l'infection agissaient par le biais de voies inflammatoires qui se recoupaient.

L'étude a porté non seulement sur la péricardite clinique, mais aussi sur altérations péricardiques minimales et résiduelles – petits épanchements, épaississements, hyperéchogénicité, filaments fibrineux – exactement le type de signes subcliniques qui échappent aux systèmes de surveillance passive. Les auteurs eux-mêmes soulignent que le taux de positivité échographique avoisinant les 70 % pendant les années de pandémie suggère que « de nombreux cas sont asymptomatiques ou présentent des symptômes légers, échappant ainsi à la surveillance passive ».

C'est précisément ce phénomène-là que McCullough, Mead et Hulscher (2025) ont mis en évidence, dans leur analyse exhaustive de myopéricardite subclinique induite par le vaccin contre la COVID-19. Ils ont décrit une cascade physiopathologique dans laquelle la protéine Spike générée par le vaccin à ARNm circule dans l'organisme, déclenche une activation de l'immunité innée accompagnée d'une infiltration de macrophages CD68+ dans les tissus myocardiques et péricardiques, et provoque une inflammation de faible in-

tensité qui, bien qu'inférieure au seuil de détection clinique, est facilement visible à l'imagerie. Leur étude a démontré que cette lésion cardiaque subclinique – détectable par échocardiographie, IRM cardiaque et élévation de la troponine – touche une population bien plus large que les rares cas de myocardite fulminante⁴ recensés par le VAERS et d'autres systèmes de surveillance passive.

Les données de Salvucci, montrant que près de 7 patients vaccinés sur 10 présentaient une atteinte péricardique détectable par échocardiographie entre 2021 et 2022, apportent une validation clinique concrète de la thèse de McCullough : ce que le corps médical avait qualifié de « rare et bénin » était en réalité très répandu et simplement non étudié.

Sources

Salvucci F, Petrella L, Foroni B, et al. (2026) Association entre l'infection par la COVID-19 et la vaccination contre le SARS-CoV-2 d'une atteinte péricardique mise en évidence par échocardiographie dans une cohorte de patients ambulatoires en conditions réelles. *Cureus* 18(7) : e113147. doi : 10.7759/cureus.113147

Association of COVID-19 Infection and SARS-CoV-2 Vaccination With Echocardiographic Pericardial Involvement in a Real-World Outpatient Cohort

<https://www.cureus.com/articles/501833-association-of-covid-19-infection-and-sars-cov-2-vaccination-with-echocardiographic-pericardial-involvement-in-a-real-world-outpatient-cohort>

-

McCullough PA, Mead MN, Hulscher N. (2025) Myopéricardite subclinique induite par le vaccin contre la COVID-19 : physiopathologie, diagnostic et prise en charge clinique. *Archives de recherche médicale*, 13(11). doi : 10.18103/mra.v13i11.7078

COVID-19 Vaccine-Induced Subclinical Myopericarditis: Pathophysiology, Diagnosis, and Clinical Management

<https://esmed.org/covid-19-vaccine-induced-myopericarditis-in-sights-management/>

¹ La myocardite est l'inflammation du myocarde, le muscle cardiaque. La myopéricardite implique une inflammation à la fois du myocarde (muscle cardiaque) et du péricarde (le sac fibreux entourant le cœur).

² Épanchement péricardique : augmentation pathologique de la quantité de liquide intrapéricardique. Plusieurs causes possibles dont la péricardite. [Plus d'information](#).

³ Rapport de cotes, « Odds ratio (OR), en anglais. Le rapport de cotes est une mesure de l'association entre un facteur et une maladie dans une étude cas-témoins. Il quantifie la relation entre une exposition (comme la

consommation d'un aliment ou la participation à un événement) et une maladie.

L'ampleur du rapport de cotes est appelée « force de l'association » : plus un rapport de cotes est éloigné de 1,0, plus il est probable que la relation entre la maladie et le facteur considéré soit causale. Par exemple, un rapport de cotes de 1,2 est supérieur à 1,0, mais ne constitue pas une association forte. Un rapport de cotes de 10 suggère une association plus forte.

⁴ La forme la plus grave de la myocardite.