



Il est temps de mettre en doute les étiquettes d'alerte pour l'allergie à la pénicilline!

QUESTION CLINIQUE

Les patients à faible risque qui sont allergiques aux bêta-lactamines peuvent-ils subir sans danger un test de provocation orale à une bêta-lactamine?

CONCLUSION

Chez les adultes qui ont eu une réaction cutanée non grave à une bêta-lactamine plus de 5 à 10 ans auparavant, on peut retirer l'étiquette d'alerte pour l'allergie à la pénicilline dans 87 à 98 % des cas. La réalisation d'un test de provocation orale directe à une bêta-lactamine est probablement aussi sûre et efficace que celle d'un test cutané en premier lieu. Le risque de réaction indésirable grave est inférieur à 1 %.

DONNÉES PROBANTES

- Test de provocation orale seul par rapport à un test cutané suivi (s'il est négatif) par un test de provocation orale :
 - Deux essais cliniques randomisés (ECR) réalisés auprès de patients recrutés dans des cliniques d'allergie externes et ayant subi une réaction cutanée non grave à une bêta-lactamine plus d'un an auparavant (enfants)¹ ou plus de dix ans auparavant (adultes)^{1,2}.
 - Premier ECR (382 adultes), de 250 à 500 mg d'amoxicilline² :
 - Aucun effet indésirable grave, aucune hospitalisation et aucune visite à l'urgence.

- Retrait de l'étiquette d'alerte pour l'allergie à la pénicilline : > 98 % (les deux groupes).
- Réaction à médiation immunitaire moins d'une heure après le test : une dans chaque groupe (cutanée, légère).
- Éruption cutanée/urticaire retardée : 3,2 % par rapport à 1,6 % (test cutané d'abord), aucune différence statistique.
- Deuxième ECR (159 adultes/enfants), de 20 à 40 mg d'amoxicilline, puis de 200 à 400 mg 30 minutes plus tard en fonction de l'âge et du poids¹ :
 - Réaction moins de 30 minutes après le test : 4 % (cutanée, légère) par rapport à 0 % (test cutané d'abord), aucune différence statistique (calcul du groupe PEER).
 - Retrait de l'étiquette d'alerte pour l'allergie à la pénicilline : 96 % par rapport à 87 % (test cutané), aucune différence statistique.
- Tests de provocation orale sans test cutané préalable : Six revues systématiques d'études de cohorte réalisées auprès d'enfants et d'adultes, des patients externes pour la plupart (de 2 à 31 cohortes, de 595 à 6 980 tests de provocation orale)³⁻⁸ :
 - Réactions d'hypersensibilité immédiates/retardées : de 2,7 à 8,8 %³⁻⁷.
 - Réactions graves (exemples : anaphylaxie nécessitant l'administration d'adrénaline, réaction de type maladie sérique, néphrite interstitielle) : de 0 à 0,04 %⁶⁻⁸. Autre revue systématique : incohérence de la présentation des résultats³.
- Limites : Plusieurs définitions de « patient à faible risque » et des préjudices (exemple : anaphylaxie), données limitées dans le contexte des soins primaires.

CONTEXTE

- « Allergie » à la pénicilline : déclarée chez 10 % de la population générale⁹.
- L'amoxicilline est associée à une éruption cutanée non induite par les IgE (apparition retardée) chez 7 % ou moins des enfants; souvent dû à une infection virale concomitante¹⁰.
- Recommandations des lignes directrices¹⁰ :
 - Réaliser un test de provocation directe à l'amoxicilline (sans test cutané préalable) : adultes ayant des antécédents lointains (plus de 5 ans auparavant) de réaction cutanée bénigne.
 - Effectuer un test cutané : patients ayant des antécédents de réaction récente induite par les IgE (exemple : urticaire d'apparition immédiate) ou d'anaphylaxie.
 - Éviter de tester les patients ayant subi des réactions cutanées graves aux bêta-lactamines (exemples : syndrome de DRESS, syndrome de Stevens-Johnson).
 - Réaliser un test de provocation en une seule ou en deux étapes (10 % de la dose thérapeutique, puis le reste de la dose après 30 à 60 minutes), avec période d'observation de 60 minutes.

RÉFÉRENCES

1. Mustafa SS, Conn K, Ramsey A, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019;7(7):2163-2170.
2. Copaescu AM, Vogrin S, James F, et al. JAMA Intern Med. 2023 Sep 1;183(9):944-952.

AUTRICES

Émélie Braschi, M.D., Ph.D.,
CMFP, **Samantha S Moe**,
Pharm.D.

Les autrices n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

3. Loprete J, Richardson R, Bramah V, et al. J Allergy Clin Immunol Glob. 2023 Aug 9;2(4):100160.
4. Powell N, Stephens J, Kohl D, et al. Int J Infect Dis. 2023 Apr;129:152-161.
5. DesBiens M, Scalia P, Ravikumar S, et al. Am J Med. 2020 Apr;133(4):452-462.e4.
6. Cooper L, Harbour J, Sneddon J, et al. JAC Antimicrob Resist. 2021 Jan 27;3(1):dlaa123.
7. Srisuwatthari W, Phinyo P, Chiriac AC, et al. J Allergy Clin Immunol Pract. 2023 Feb;11(2):506-518.
8. Cardoso-Fernandes A, Blumenthal KG, Chiriac AM, et al. Clin Transl Allergy. 2021 Jun;11(4):e12008.
9. Jeimy S, Ben-Shoshan M, Abrams EM, et al. Allergy Asthma Clin Immunol. 2020 Nov 10;16(1):95.
10. Khan DA, Banerji A, Blumenthal KG, et al. J Allergy Clin Immunol 2022;150(6):1333-1393.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La bibliothèque d'Outils pour la pratique en français de CMFCAprendre est en cours de construction. Elle sera disponible à l'été 2024.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.