

«Dé-labelliser l'allergie aux pénicillines », tous acteurs!



Dre Carine GAUYSSERAND

Dr Georges LE FALHER

Journée des Référents en Antibiothérapie

Atelier 4

Perpignan, 10 septembre 2026

Nina, 22 ans

- Vient dans votre cabinet de médecine générale pour une sinusite unilatérale douloureuse fébrile d'origine dentaire
- Sa mère lui a toujours dit qu'elle était allergique à la pénicilline suite à une éruption sous AMOXICILLINE lors d'un épisode fébrile quand elle était bébé
- Vous estimez qu'une antibiothérapie par AUGMENTIN lui serait utile

Que faites-vous?



- Pas d'ATB
- Vous estimez qu'elle n'est pas allergique et vous prescrivez AUGMENTIN
- Vous la faites hospitaliser pour la traiter en sécurité
- Vous essayez de joindre un allergologue en urgence
- ATB de 2^e intention : CEFUROXIME-AXETIL

Référents en antibiothérapie



- Nous ne sommes pas allergologues, mais impliqués dans le Bon Usage des Antibiotiques
- BUA: ensemble des stratégies et mesures visant à garantir une utilisation appropriée des antibiotiques permettant de :
 - maximiser les bénéfices individuels pour le patient
 - minimiser les risques individuels et collectifs dans une perspective « une seule santé »
- Dimension clinique individualisée pour un patient donné et dimension stratégique et collective



Notion fréquente

- 10% des patients annoncent une allergie à la pénicilline, parfois très floue, mais très souvent incontestée par le patient et le corps médical
- Conséquence : utilisation d'ATB de 2^e intention, potentiellement moins efficaces et avec plus d'effets indésirables
- Ex : VANCOMYCINE en traitement d'une bactériémie à Staphylocoque doré méticilline sensible

ATB de 2^e intention



- Prescriptions d'antibiotiques inappropriées (curatif, ATB prophylaxie pré op)
- Incidence majorée d'infections liées aux soins
- Développement d'infections résistantes aux antibiotiques
- Augmentation de la morbi mortalité
- Durée d'hospitalisation plus longue, et augmentation des réadmissions
- Augmentation des coûts des soins de santé

Consultation allergologique



- Dans l'idéal, consultation allergologique
- Mais le nombre d'allergies de toutes sortes est en croissance constante, et le nombre d'allergologues diminue: un allergologue pour 66 000 personnes en France
- Les tests cutanés d'allergie spécialisés exigeants en main-d'oeuvre, en ressources et en moyens
- Non applicable à grande échelle en raison de la pénurie de spécialistes

- Parmi les 10% déclarés allergiques à la pénicilline, plus de 95% présentent des tests d'allergie négatifs et tolèrent une exposition ultérieure
- Rôle du Référent en Antibiothérapie ++ pour faire un premier tri



Pour tout patient étiqueté allergique à la pénicilline

- Vu pour une première fois en **médecine générale, en consultation hospitalière, en hospitalisation complète...**
- Consultation dédiée préliminaire d'évaluation de l'authenticité de cette allergie, possible en téléconsultation
- Convaincre le patient de l'intérêt de cette consultation

PÉNICILLINE, BEAUCOUP « D'ALLERGIES » N'EN SONT PAS !

VOUS PENSEZ ÊTRE ALLERGIQUE MAIS

VOUS AVEZ REPRIS DE LA PÉNICILLINE SANS AVOIR DE RÉACTIONS

VOUS N'ÊTES PAS ALLERGIQUE

VOUS N'AVEZ JAMAIS RÉALISÉ DE TESTS ALLERGologiques

PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN

SUITE À LA PRISE VOUS PRÉSENTEZ

Une éruption cutanée (plaques, boutons ...)

IL PEUT S'AGIR D'UNE ALLERGIE !

Consultez rapidement un professionnel de santé en présence des plaques.

Des troubles digestifs, mycose, maux de tête ou vertiges

IL NE S'AGIT PAS D'UNE ALLERGIE !

Ce sont des effets secondaires graves mais rares de qui. Si besoin parlez-en à votre médecin.

10% DE LA POPULATION SE DIT ALLERGIQUE SEULEMENT 1% L'EST RÉELLEMENT !

La pénicilline est l'antibiotique le plus utilisé en France, permettant de traiter de nombreuses infections.

Croire à tort qu'on est allergique à la pénicilline a des conséquences : les antibiotiques alternatifs peuvent avoir plus d'effets secondaires, être moins efficaces, ou favoriser les résistances aux antibiotiques.

PLUS D'INFORMATIONS



Informations à récupérer

- Age de survenue
- L'affection ayant motivé la prescription de pénicilline
- Molécule incriminée (si connue)
- Type de réaction (cutanée, respiratoire, digestive, systémique)
- Délai entre la première prise et la réaction (hypersensibilité immédiate <1h, ou retardée de qq heures à plusieurs semaines)
- Gravité (signes d'anaphylaxie, hospitalisation, réanimation)
- Réexposition ultérieure éventuelle et tolérance



**J'ai tenté de faire du
sport**



**Je dois être allergique
car juste après j'avais
le visage tout rouge,
j'étais en sueur et mon
cœur battait très vite
vraiment dangereux**

Pas d'allergie

- Troubles digestifs pendant quelques jours (diarrhées, nausées, perte d'appétit), mycose buccale ou génitale, maux de tête ou vertiges = EI mais autorisant sans aucun risque la prise de l'ATB s'il est vraiment nécessaire.
- Traitement par pénicilline repris depuis, sans réaction
- Chez l'enfant notamment, une éruption sous ATB est le plus souvent d'origine infectieuse sans lien avec l'ATB lui-même
- Pas besoin de faire de test
- La notion d'allergie peut être rayée des carnets de santé, courriers...

Quentin, 35 ans

Se dit allergique à la pénicilline car il a présenté des vertiges avec céphalées lors d'une prise de CLAMOXYL pour une angine quand il avait 12 ans

- D'ailleurs dans sa famille, tout le monde est « hyperallergique » à beaucoup de médicaments (ATB, codéine..)
- Lui-même présente une rhinite tous les printemps et éternue au contact des chats
- Il présente actuellement une PFLA : peut on lui prescrire sans risque de l'AMOXICILLINE?

Stop aux idées reçues



- Les allergies «classiques» (rhume des foins, asthme, allergie au pollen, allergie alimentaire...) ne sont pas un facteur de risque de présenter une allergie à la pénicilline, ni aux médicaments plus généralement
- Les antécédents d'allergie à la pénicilline dans la famille ne sont pas un facteur de risque de présenter soi-même une allergie à ce médicament

Type	Mécanisme	Délai apparition	Signes cliniques
Type I Hypersensibilité immédiate	IgE	< 1 heure	Urticaire superficielle Angio-œdème (urticaire profonde) Rhinite, conjonctivite Diarrhées Bronchospasme Choc anaphylactique
Type II Hypersensibilité par cytotoxicité	IgG, IgM	4 ^{ème} – 5 ^{ème} jour	Cytopénie Anémie hémolytique
Type III	Complexes immuns	15 ^{ème} au 21 ^{ème} jour	Alvéolite Vascularite Glomérulonéphrite Maladie sérique (fièvre, arthralgie, ADP, éruption)
Type IV Hypersensibilité retardée	LT	Qq heures à plusieurs semaines	Exanthème maculo-papuleux Nécrolyse épidermique toxique / SJS DRESS syndrome Pustulose exanthématique aiguë généralisée Erythème pigmenté fixe

HS immédiate



Urticaire



Angio oedème

HS retardée



EPF



EMP



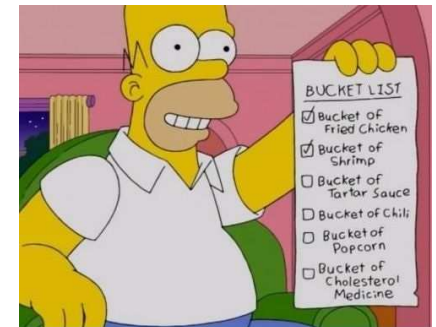
PEAG



Nécrolyse
épidermique toxique

Devant toute réaction suspecte d'allergie

- Noter scrupuleusement les informations dans le carnet de santé/dossier patient
- Molécule, symptômes précis, signes de gravité (prendre des photos) et chronologie (date de début du traitement, date d'apparition des premiers symptômes et durée de la réaction)
- Il doit contre-indiquer temporairement le(s) médicament(s) suspect(s) et adresser rapidement à un allergologue
- **Ne pas noter « allergie à la pénicilline » !**





Une fois le tri fait...

- Cas non évocateurs d'allergie éliminés par l'interrogatoire
- Nécessité d'un outil permettant d'identifier de manière sûre et efficace les patients à faible risque d'allergie pouvant bénéficier d'un désétiquetage simplifié

Score PEN FAST

- PEN : allergie à la **pénicilline** rapportée par le patient
- F : réaction de moins de 5 ans (2 points)
- A : **An**aphylaxie ou angioedème

ou

(2 points)

- S : réaction cutanée **S**évère
- T : **T**raitement repris depuis la réaction (1 point)
- Score < 3 : faible risque d'allergie à la pénicilline

ALLERGIE À LA
PÉNICILLINE?

FAITES LE TEST !

5 à 15 % des personnes se disent allergiques
à la pénicilline mais 90 % d'entre elles
NE LE SONT PAS !

LE TEST PEN-FAST
Rapide • Fiable • Sûr

 RAPIDE Résultats en moins de 1h	 FIABLE Test validé scientifiquement	 SÛR Réalisé par des professionnels formés
---	---	---

POURQUOI FAIRE LE TEST ?

-  Pouvoir réutiliser des antibiotiques recommandés en première intention de nombreuses infections.
-  Éviter d'utiliser à la place des antibiotiques moins efficaces et plus toxiques.

 **PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN**
OU À L'ÉQUIPE SOIGNANTE

 Service de maladies infectieuses et tropicales
Hôpital Universitaire Carémieu
Carémieu Plateau
Place du Pr. Robert Debré 30029 Nîmes

 **PRENDRE RENDEZ-VOUS**
04 66 68 41 49 de 9h à 17h
smit@chu-nîmes.fr



PEN	<u>PEN</u> icillin allergy reported by patient		<i>If yes proceed with assessment</i>
F	<u>F</u> ive years or less since reaction [†]		2 points
A	<u>A</u> naphylaxis or angioedema		2 points
S	<u>S</u> evere cutaneous adverse reaction [†]		
T	<u>T</u> reatment required for reaction [†]		1 point
			Total points

Interpretation	
Points	
0	Very low risk of true penicillin allergy - <1% (<1 in 100 patients reporting penicillin allergy)
1-2	Low risk of true penicillin allergy – 5% (1 in 20 patients)
3	Moderate risk of true penicillin allergy – 20% (1 in 5 patients)
4-5	High risk of true penicillin allergy – 50% (1 in 2 patients)

Stratification du risque

- **Risque modéré ou haut** : orientation du patient avec courrier d'adressage à une consultation d'allergologie
- Score PEN-FAST < 3 : valeur prédictive négative élevée (96,3%) = **faible risque d'allergie à la pénicilline**
- Utilisable par les non-allergologues (médecins, pharmaciens, infirmières, programmes de bon usage des antibiotiques) pour identifier les allergies à la pénicilline à faible risque
- Pas de nécessité de tests allergologiques formels, proposer un test de ré-introduction en HDJ



Etude PALACE



- Tests cutanés avant test de provocation orale (TPO) à la pénicilline : pas d'avantage supplémentaire en termes de sécurité dans une cohorte à faible risque bien définie
- Lorsque la probabilité pré-test est faible, comme dans le cas d'une allergie à la pénicilline à faible risque, les tests cutanés positifs peuvent être des faux positifs (VPP des tests cutanés à la pénicilline entre 50% et 75%), conduisant à un évitement inutile de la pénicilline
- Le passage direct au TPO à la pénicilline peut donc favoriser de façon rapide et fiable le désétiquetage des patients dit allergiques à la Pénicilline

TPO directe

- Le risque perçu de réaction anaphylactique reste un obstacle majeur pour les patients et les professionnels



Risques du TPO

- Revue systématique et méta-analyse sur le risque de réaction aux TPO directe à la pénicilline avec pour objectif d'évaluer la fréquence de ces réactions chez les personnes présentant une allergie à la pénicilline et identifier les facteurs associés à ces réactions
- Résultats : « 56 études primaires portant sur 9225 participants ont été incluses. Parmi ces participants : 438 ont présenté des réactions à l'administration directe de pénicilline sans test préalable, ce qui correspond à une fréquence globale de 3.5%
- Seules 5 réactions graves soit 0,05% (3 anaphylaxies, 1 épisode fébrile avec éruption cutanée et 1 insuffisance rénale aiguë) ont été rapportées, aucune n'ayant été fatale

TPO directe

- Conclusion : cette revue systématique et méta-analyse a montré que les réactions aux TPO directe à la pénicilline sont peu fréquentes, avec des taux comparables à ceux observés lors des tests de provocation indirecte après des tests d'allergie
- Ces résultats suggèrent que les TPO directe peuvent être intégrés sans risque aux protocoles d'évaluation de l'allergie à la pénicilline, quel que soit l'âge et le contexte clinique



Limites

- Refus des patients souvent dû à la crainte de réactions allergiques ou à un manque de motivation et de compréhension de l'objectif du désétiquetage
- Un biais de mémorisation en particulier chez les patients âgés ou fragiles, rend difficile une stratification précise des risques en raison de souvenirs imprécis de la réaction initiale



Limites

- Les contraintes de temps, la courte durée des séjours hospitaliers et les sorties précoces constituent des difficultés supplémentaires limitant le temps consacré aux évaluations allergologiques ou à l'éducation des patients
- Le manque de confiance et de connaissance pour évaluer, apprécier ou comprendre l'importance de la désensibilisation chez les professionnels de santé
- Traitement antibiotique alternatif facilement disponible



TPO : mode d'emploi

- A réaliser dans un cadre sécurisé : locaux hospitaliers en Hospitalisation de Jour (non réalisable en cabinet de ville)
- Pas de traitement par antihistaminique, corticoïdes ou bêta-bloquant
- Absence de la maladie intercurrente active
- Salle équipée (dynamap, oxygène)
- Chariot d'urgence (adrénaline, antihistaminiques, corticoïdes, O₂)
- Réanimation à proximité et prévenue
- Amoxicilline 500 mg
- Protocole en cas de réaction anaphylactique



TPO : mode d'emploi



- Ingestion de 500mg d'amoxicilline per os avec un verre d'eau
- Surveillance clinique en HDJ pendant 1h avec de prise de pression artérielle, fréquence cardiaque, saturation, réaction cutanée, oedème, bronchospasme à T0, T15min, T30min et T1H
- Traçabilité feuille de surveillance
- Le patient est recontacté 48h après afin de vérifier si une éruption cutanée est survenue

TPO : Conclusion et traçabilité

- Si test négatif :
 - Suppression de l'étiquette d'allergie dans le dossier-patient et DMP
 - Remise d'un courrier patient et médecin traitant
- Si test positif :
 - Confirmation de l'allergie
 - Documentation précise de la réaction
 - Orientation allergologique
 - Prescription d'antihistaminique pendant 7 jours

Protocole de prises en charge des réactions anaphylactiques

1) Réaction cutanée immédiate non grave

Prolongation de surveillance pendant 6h

Administration cétirizine 10mg + prescription 7 jours

2) Réaction cutanée retardée non grave (sur appel du patient)

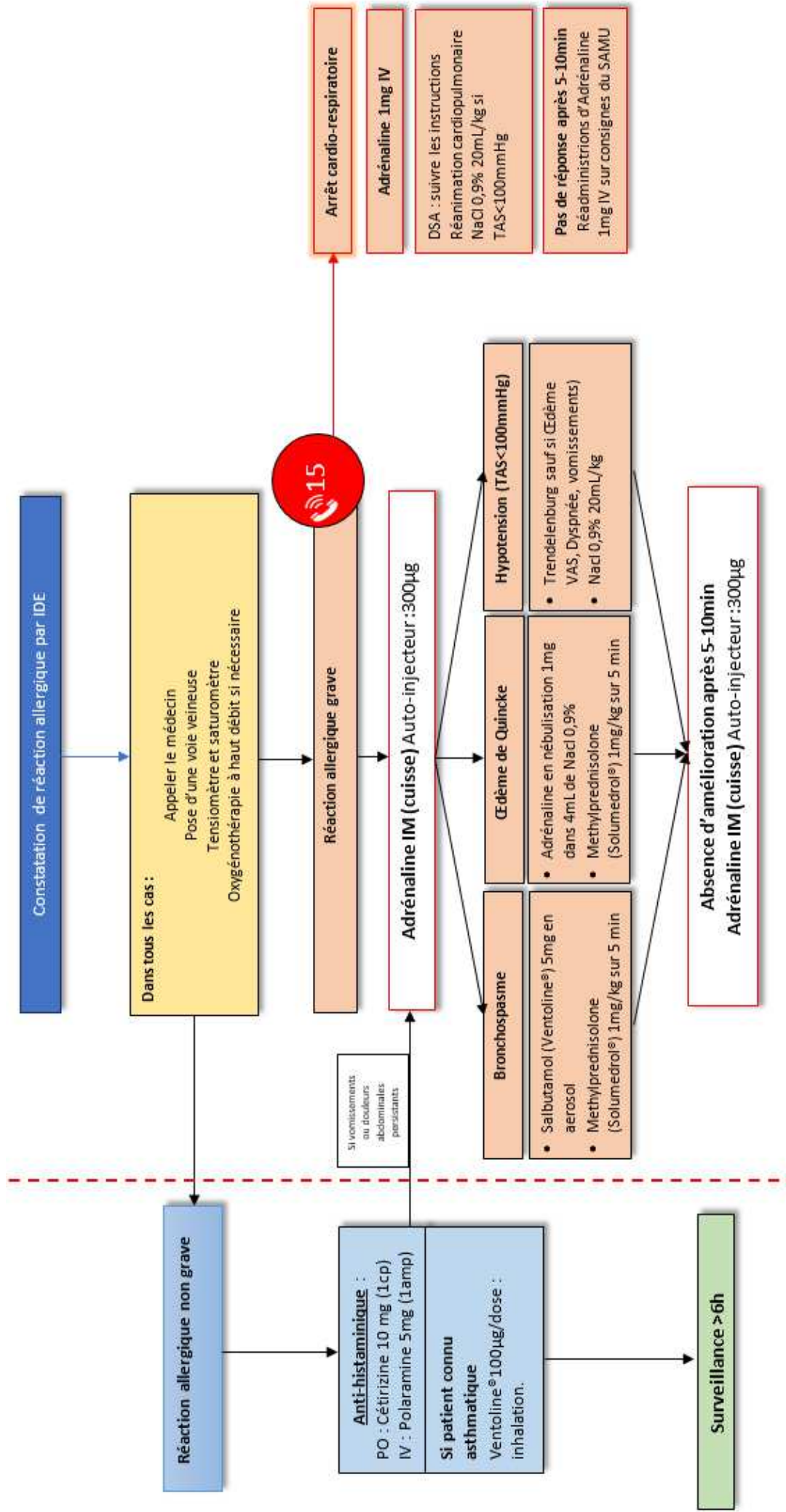
Consultation

Prescription de cétirizine 10mg

3) Réaction anaphylactique sévère

Cf protocole de prise en charge d'urgence





Programme de service de santé multicentrique australien



- Chez les patients désétiquetés, on a pu observer :
- Suppression de manière sécurisée et documentée de l'étiquette d'allergie à la pénicilline pour les patients chez lesquels une allergie vraie était improbable ou exclue
- Réduction de l'utilisation d'ATB à large spectre et augmentation de l'utilisation des pénicillines à spectre étroit recommandées en 1^{ère} intention
- Amélioration de la prescription appropriée d'ATB : plus efficaces avec moins d'EI

Objectif global

- Sensibiliser les prescripteurs hospitaliers et de ville à la problématique des fausses allergies
- Renforcer la collaboration entre infectiologues, allergologues, médecins généralistes, pharmaciens et soignants
- Responsabilité partagée par l'ensemble des systèmes de santé pour améliorer la prescription, la sécurité des patients et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens à l'échelle mondiale





À RETENIR!

- Répondre en anticipation à la question d'une possible allergie
- Eliminer les fausses allergies
- Score PEN FAST < 3 : évoquer et rassurer /test de provocation orale dans des bonnes conditions
- Mise en place nécessaire et rapise des ces TPO en HDJ

We are together



ILS SONT
PRÉCIEUX,
UTILISONS-LES
MIEUX.

