

Article original

# Impact du bilan d'allergie aux bêta-lactamines sur les médecins généralistes dans une cohorte de 154 patients

## *The impact of allergy to beta-lactam antibiotics on general practitioners and patients in a cohort of 154 French patients*

M. Ben Hayoun<sup>a,\*</sup>, T. Bourrier<sup>b</sup>, C. Pognonec<sup>a</sup>, C. Sanfiorenzo<sup>a</sup>, C.H. Marquette<sup>a</sup>, S. Leroy<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de pneumologie, hôpital universitaire, CHU Pasteur, 30, avenue de la Voie-Romaine, CS 51069, 06002 Nice, France

<sup>b</sup> Service de pédiatrie, hôpital universitaire, 06200 Nice, France

Reçu le 24 septembre 2014 ; accepté le 10 juin 2015

Disponible sur Internet le 15 août 2015

### Résumé

**Introduction.** – Après un bilan allergologique aux  $\beta$ -lactamines ( $\beta$ L), seulement 10 à 15 % des patients sont réellement allergiques. Les conséquences pratiques de ce bilan allergologique, pour les médecins généralistes (MG), les pédiatres ou les patients, ont été évaluées.

**Matériel et méthode.** – Cette étude a été conduite sur 2 années consécutives au CHU de Nice en pneumologie et pédiatrie. Elle a inclus 126 adultes et 28 enfants admis pour suspicion de réaction d'hypersensibilité aux  $\beta$ L. Les résultats de ce bilan allergologique ont été recueillis. Par la suite, un questionnaire téléphonique a été appliqué prospectivement par le même investigateur auprès des MG, pédiatres ou des patients afin de recueillir la compréhension du statut allergologique, l'impact sur les prescriptions d'antibiotiques et leurs critères de sélection pour référer de nouveaux patients.

**Résultats.** – Un cinquième des patients inclus étaient allergiques aux  $\beta$ L. L'étude des données sociodémographiques et cliniques n'a pas identifié de profil type du patient allergique. La gravité des réactions et le délai de la consultation ne préjugeaient pas d'une allergie vraie. L'allergie prouvée aux  $\beta$ L ne posait aucun problème d'interprétation pour les MG. À l'inverse, chez les adultes présentant un bilan négatif, 33 % des MG et 28 % des patients étaient inquiets à l'idée de réintroduire un  $\beta$ L.

**Conclusion.** – Une démarche standardisée de prise en charge de l'allergie aux  $\beta$ L identifie 20 % d'allergiques vrais. Pour les non-allergiques, l'interprétation et les conséquences de ce bilan en médecine générale nécessitent une meilleure compréhension de cette procédure afin de supprimer les craintes de réactions allergiques malgré un bilan allergologique négatif et de diminuer le coût des antibiotiques alternatifs.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

**Mots clés :**  $\beta$ -lactamine ; Hypersensibilité ; Allergie ; Médecin généraliste ; Antibiotique

### Abstract

**Introduction.** – Only 10 to 15% of patients seen in consultation for possible beta-lactam ( $\beta$ L) allergy are found to be allergic to one of these antibiotics. The aim of this study was to investigate the practical consequences of such consultations on general practitioners (GPs), pediatricians and on the patients themselves.

**Material and methods.** – From January 1, 2011 to December 31, 2012, 126 adults and 28 children were admitted to the Pulmonary and Pediatrics services of a French University Hospital for investigation of a suspected allergy to a  $\beta$ L antibiotic. A thorough allergy workup was conducted on all the patients. The allergic status, the impact on prescriptions and the criteria used by the physicians to refer such patients for consultation were subsequently collected from each referring GP and pediatrician. The patient's hospital physician used a phone questionnaire to investigate their patients' post-hospitalization reactions.

**Results.** – One fifth of the population was found to be allergic to a  $\beta$ L. There was no difference the age, sex ratio, past history and clinical reactions between the allergic and non-allergic patients. In addition, no significant relationship was found between the patient's clinical reaction, time to consult and allergic status. Both physicians and patients understood very well the patient's allergic status and its consequences, e.g., an alternative

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [benhayounmichele@hotmail.fr](mailto:benhayounmichele@hotmail.fr) (M. Ben Hayoun).

antibiotic. With respect to the non-allergic adult patients, 2 years later, 33% of GPs and 28% of patients were nevertheless still worried about the possible re-introduction of a  $\beta$ L.

**Conclusion.** – In a standardized study of patients admitted to a hospital for suspected allergy to a  $\beta$ L antibiotic, only 20% were found to be allergic. Physicians and patients understood that for such patients, non- $\beta$ L antibiotics would be required in the future. Concerning non- $\beta$ L allergic patients and their physicians, both need a better understanding of their concerns about the possibility of  $\beta$ L allergy when an antibiotic is needed in the future.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

**Keywords:** Beta-lactam antibiotics; Allergy; Patients; General practitioners; Pediatricians

## 1. Introduction

Les  $\beta$ -lactamines ( $\beta$ L) sont les médicaments les plus fréquemment responsables d'allergie. Cinq à dix pour cent des patients rapportent spontanément « une allergie à la pénicilline ». Pour autant, seulement 10 à 15 % de ces mêmes patients présentent une allergie prouvée par des tests allergologiques positifs [1–4]. Les 85 % restants sont donc suspects d'être allergiques à tort et se privent d'une classe d'antibiotique importante. En effet, les  $\beta$ L sont actives sur la plupart des germes les plus courants et constituent ainsi le traitement de première intention d'un grand nombre de pathologies rencontrées en médecine générale [1]. Comparativement à d'autres classes d'antibiotiques, leur coût est plus faible et l'émergence de bactéries résistantes est moindre [5]. Preston et al. ont étudié 97 patients ayant une notion d'allergie aux  $\beta$ L dans leurs antécédents et qui avaient besoin d'un traitement par antibiotique pour une infection habituellement traitée par des  $\beta$ L. Moins de 10 % des patients ont eu des tests allergologiques pour confirmer ou non cette notion d'allergie, et plus de 50 % ont eu une alternative thérapeutique plus chère [6]. Dans un récent article anglais, il a été calculé le coût supplémentaire que représentait un patient suspect d'allergie aux  $\beta$ L dans un hôpital : 108 euros/patient [7]. Il nous a donc semblé opportun d'évaluer la place du médecin généraliste (MG) dans la prise en charge de l'allergie aux  $\beta$ L, cela en aval et en amont de la réalisation du bilan allergologique. Les objectifs de cette étude ont été :

- d'identifier le profil des patients adressés pour suspicion d'allergie aux  $\beta$ L ;
- d'analyser l'interprétation du bilan allergologique par le MG et/ou les patients eux-mêmes ;
- enfin, d'étudier les conséquences pratiques de ces explorations pour le MG sur l'adressage de nouveaux patients.

## 2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective portant à la fois sur une population pédiatrique et adulte, au CHU de Nice. Du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2012, tous les patients admis pour exploration d'une hypersensibilité aux  $\beta$ L ont été inclus. Par la suite, un questionnaire téléphonique a été appliqué auprès des MG ou pédiatres.

### 2.1. Patients

Tous les patients ayant été pris en charge pour une exploration allergologique vis-à-vis des  $\beta$ L au CHU de Nice ont été inclus, hormis ceux pour lesquels les dossiers cliniques étaient incomplets ou manquants. La première étape de l'étude consistait en un recueil rétrospectif des caractéristiques des patients à partir de leurs dossiers médicaux. Nous avons recueilli les données démographiques, les caractéristiques médicales, les antécédents personnels atopiques et les antécédents familiaux d'allergie aux  $\beta$ L. Les caractéristiques de l'épisode suspecté comme allergique ont été recueillies grâce au questionnaire Européen de l'ENDA [8]. Après avoir donné une information claire au patient ou au représentant légal, avoir recueilli leur consentement, l'exploration allergologique était réalisée en hôpital de jour après mise en place d'une perfusion de sécurité. Ce bilan comprenait : les tests cutanés de type d>IDRs à lectures retardées et des patchs tests en cas de suspicion d'allergie retardée, et/ou des prick test et IDR à lecture immédiate en cas de suspicion d'allergie immédiate. Les  $\beta$ L testés correspondaient à une batterie qui comprenait de façon quasi systématique : pénicilline G, amoxicilline, ceftriaxone, et céfuroxime pour les adultes et amoxicilline, ceftriaxone ou céfuroxime chez les enfants, ainsi que la  $\beta$ L suspectée si celle-ci était différente. Les concentrations maximales des tests cutanés respectaient les recommandations de l'époque de l'ENDA/EAACI de 2003 [9] : pénicilline G : 10 000–25 000 U/mL, amoxicilline : 20 à 25 mg/mL, céphalosporines : 1 à 2 mg/mL. En cas de négativité des tests cutanés, le bilan se poursuivait par un test de provocation oral (TPO). L'antibiotique choisi était alors la  $\beta$ L initialement suspectée ou à défaut l'amoxicilline. En cas de tests cutanés positifs pour les pénicillines ou les céphalosporines, le TPO était réalisé avec la classe restante. L'ensemble des résultats des tests allergologiques cutanés et des TPO ont été relevés. Une réaction clinique était qualifiée de grave lorsqu'il s'agissait : d'un œdème de Quincke, d'un choc anaphylactique ou d'une crise d'asthme (grade II à IV de la classification de Mueller). Tous les MG, pédiatres, patients/parents recevaient un compte rendu complet du bilan allergologique.

### 2.2. Questionnaire téléphonique prospectif

La seconde étape de l'étude a donc consisté en un questionnaire téléphonique systématique auprès des MG/pédiatres ou bien à défaut des patients/parents eux-mêmes si le MG/pédiatre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3386012>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3386012>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)