

Allergie et immunologie clinique

Les sept interventions sur lesquelles les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique

Dernière mise à jour : février 2020



1 Ne demandez pas de dosage d'IgG spécifiques pour le dépistage d'allergies alimentaires

La présence d'IgG spécifiques à un aliment précis indique que la personne a déjà été exposée à cet aliment, et non qu'elle présente une hypersensibilité. L'utilisation d'autres méthodes que le dosage d'IgE sériques spécifiques ou de tests cutanés pour le diagnostic des allergies n'a pas fait ses preuves et peut entraîner un diagnostic et un traitement inappropriés.

2 Ne demandez pas de tests (cutanés ou sériques) d'immunoglobulines E (IgE) spécifiques, à moins que les antécédents du patient à l'égard d'un aliment en particulier ne le justifient.

Des IgE spécifiques à certains aliments peuvent être détectables en présence d'une tolérance clinique. Des faux positifs ont souvent donné lieu à des diagnostics d'allergies alimentaires erronés et entraîné des restrictions indues. Le diagnostic et le traitement appropriés des allergies reposent sur des tests (cutanés ou sanguins) d'IgE spécifiques dont la pertinence est déterminée en fonction des signes et symptômes cliniques du patient, ce qui optimise le rapport coût-efficacité et la qualité des soins.

3 N'utilisez pas d'antihistaminiques comme traitement de première intention de l'anaphylaxie.

L'épinéphrine est le médicament de choix pour traiter l'anaphylaxie. La surutilisation des antihistaminiques dans les cas d'anaphylaxie est associée à une morbidité accrue. Les anti-H1 sont utilisés comme traitement de deuxième intention pour les symptômes cutanés ne menaçant pas la vie, comme l'urticaire, et ne devraient pas remplacer l'épinéphrine. Ils ne permettent pas de soulager ou de prévenir les symptômes cardiovasculaires ou respiratoires de l'anaphylaxie et peuvent retarder l'administration d'épinéphrine, accroissant ainsi les risques potentiels de séquelles graves, voire de mortalité. L'administration rapide d'épinéphrine est essentielle dans le traitement d'urgence de l'anaphylaxie.

4 Ne diagnostiquez pas et ne traitez pas une crise d'asthme ou un asthme chronique ou persistant chez les patients de plus de six ans sans avoir procédé à des tests objectifs, comme la spirométrie ou un test à la méthacholine.

Les antécédents du patient et les signes observés à l'examen, comme la toux, les sibilances et la dyspnée, peuvent avoir diverses causes, dont l'asthme. Si on soupçonne une crise d'asthme ou un asthme persistant, il faut confirmer le diagnostic au moyen de tests objectifs, étant donné que jusqu'à un tiers des patients soupçonnés de souffrir d'asthme n'en manifestent aucun signe objectif lors d'épreuves ultérieures et pourraient être en rémission clinique durable ou n'avoir jamais souffert d'asthme. Les erreurs de diagnostic retardent le traitement de la maladie sous-jacente et exposent inutilement les patients aux effets secondaires des médicaments. L'établissement d'un diagnostic d'asthme chez les patients soupçonnés d'en souffrir devrait reposer sur des tests objectifs, comme la spirométrie, un test de provocation à la méthacholine, une épreuve à l'effort ou la variabilité du débit de pointe. Les résultats de ces tests peuvent être normaux si le patient est sous traitement.

5 Ne prescrivez pas d'antibiotiques pour une rhinosinusite aiguë non compliquée.

Les infections virales sont la principale cause de rhinosinusite aiguë, et de 0,5 % à 2 % seulement des cas évoluent en infections bactériennes. La plupart des rhinosinusites aiguës diagnostiquées en clinique se résorbent sans traitement en l'espace de deux semaines. Pour les patients qui présentent une rhinosinusite aiguë non compliquée et dont la maladie est bénigne, on recommande une surveillance, sans antibiothérapie. Les médecins qui décident de traiter devraient prescrire de l'amoxicilline comme antibiothérapie de première intention dans la plupart des cas.

6 Ne demandez pas de TDM des sinus pour une rhinosinusite aiguë non compliquée.

Des résultats anormaux aux épreuves d'imagerie des sinus ne suffisent pas pour poser un diagnostic de rhinosinusite bactérienne. Dans la plupart des cas d'infections virales aiguës des voies respiratoires supérieures, des signes radiologiques comme l'épaississement des muqueuses sont observés lors d'exams ayant une grande sensibilité, comme la tomodensitométrie (TDM). Un épaississement des muqueuses peut également être présent chez un fort pourcentage de patients asymptomatiques.

7 Ne prescrivez pas d'antibiotiques non bêta-lactamines aux patients qui ont des antécédents d'allergie à la pénicilline sans avoir effectué une évaluation appropriée.

De 6 à 25 % des patients disent être allergiques à la pénicilline, mais la plupart d'entre eux la tolèrent. Il faut aussi savoir qu'une allergie véritable peut disparaître avec le temps. Les patients jugés allergiques à la pénicilline sont plus susceptibles d'être traités au moyen d'autres antibiotiques à large spectre (comme la vancomycine, les quinolones et la clindamycine), d'être hospitalisés plus longtemps et de développer des complications comme une infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, une infection à entérocoques résistants à la vancomycine ou une infection à *Clostridium difficile*. Une allergie à la pénicilline médiée par les IgE peut être évaluée au moyen de tests cutanés ou d'un test de provocation oral à doses progressives.

Comment la liste a été établie

Le président de la SCAIC a mis sur pied un groupe de travail Choisir avec soin. Par de nombreux avis, ce groupe de travail a invité les membres de la SCAIC à formuler leurs commentaires et leurs recommandations pour inclusion à la liste. Un courriel ciblé a aussi été envoyé à un groupe élargi de responsables de la SCAIC pour les inviter à participer. Le groupe de travail a passé en revue les réponses soumises pour veiller à l'inclusion des meilleures données probantes propres à sa spécialité. Les éléments suggérés ont été analysés en fonction de leur bien-fondé, de leur pertinence pour la spécialité, de la surutilisation potentielle des ressources et des possibilités d'amélioration des soins. Ils ont par la suite été retravaillés pour en maximiser l'impact et éliminer les recoupements, puis classés par ordre d'importance potentielle pour la spécialité et pour le public. Enfin, le groupe de travail a émis ses principales recommandations, qui ont ensuite été entérinées par le comité de direction. On peut trouver la politique de la SCAIC sur la divulgation des conflits d'intérêts potentiels à l'adresse www.csaci.ca.

Sources

- 1** Bernstein, I. L., Li, J. T., Bernstein, D. I. et coll. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* Mars 2008; vol. 100 : p. S1-148. [PMID : 18431959](#).
Carr, S., Chan, E., Lavine, E. et coll. CSACI Position statement on the testing of food-specific IgG. *Allergy Asthma Clin Immunol.* Juillet 2012; vol. 8, n° 1 : p. 12. [PMID : 22835332](#).
Cox, L., Williams, B., Sicherer, S. et coll. Pearls and pitfalls of allergy diagnostic testing: report from the American College of Allergy, Asthma and Immunology/American Academy of Allergy, Asthma & Immunology Specific IgE Test Task Force. *Ann All Asthma Immunol.* Décembre 2008; vol. 101 n° 6 : p. 580-592. [PMID : 19119701](#).
Stapel, S. O., Asero, R., Ballmer-Weber, B. K. et coll. Testing for IgG4 against foods is not recommended as a diagnostic tool: EAACI Task Force Report. *Allergy.* Juillet 2008; vol. 63, n° 7 : p. 793-796. [PMID : 18489614](#).
- 2** Bernstein, I. L., Li, J. T., Bernstein, D. I. et coll. Allergy diagnostic testing: an updated practice parameter. *Ann Allergy Asthma Immunol.* Mars 2008; vol. 100 : p. S1-148. [PMID : 18431959](#).
NIAID-Sponsored Expert Panel : Boyce, J. A., Assa'ad, A., Burks, A. W. et coll. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol.* Décembre 2010; vol. 126, suppl. 6 : p. S1-58. [PMID : 18431959](#).
Sicherer, S. H., Wood, R. A. et coll. Allergy Testing in Childhood: Using Allergen-Specific IgE Tests. *Pediatrics.* Janvier 2012; vol. 129, n° 1 : p. 193-197. [PMID : 22201146](#).
- 3** Andreae, D. A., Andreae, M. H. [Should Antihistamines be Used to Treat Anaphylaxis?](#) *BMJ.* Juillet 2009; vol. 339 : p. b2489.
Cox, L., Nelson, H., Lockey, R. et coll. Allergen immunotherapy: a practice parameter third update. *J Allergy Clin Immunol.* Janvier 2011; vol. 127, suppl. 1 : p. s1-55. [PMID : 21122901](#).
Fineman, S. M. Optimal Treatment of Anaphylaxis: Antihistamines Versus Epinephrine. *Postgrad Med.* Juillet 2014; vol. 126, n° 4 : p. 73-81. [PMID : 25141245](#).
Finnerup NB, et al. Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol.* Février 2015, vol. 14 n° 2 : p. 162-73. [PMID : 25575710](#).
Kemp, S. F., Lockey, R. F., Simons, F. E. et coll. Epinephrine the drug of choice for anaphylaxis. A statement of the World Allergy Organization. *Allergy.* Août 2008; vol. 63, n° 8 : p. 1061-1070. [PMID : 18691308](#).
Lieberman, P., Nicklas, R. A., Randolph, C. et coll. Anaphylaxis – a practice parameter update 2015. *Ann Allergy Asthma Immunol.* Novembre 2015; vol. 115, n° 5 : p. 341-84. [PMID : 26505932](#).
Sheikh, A., Ten Broek, V., Brown, S. G. et coll. H1-antihistamines for the treatment of anaphylaxis. *Allergy.* Août 2007; vol. 62, n° 8 : p. 830-837. [PMID : 17620060](#).
- 4** Aaron, S. D., Vandemheen, K. L., FitzGerald, J. M. et coll. Reevaluation of Diagnosis in Adults With Physician-Diagnosed Asthma. *JAMA.* Janvier 2017; vol. 317, n° 3 : p. 269-279. [PMID : 28114551](#).
Bateman, E. D., Hurd, S. S., Barnes, P. J. et coll. Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary. *Eur Respir J.* Janvier 2008; vol. 31 : p. 143-178. [PMID : 18166595](#).
Dahl, R., Nielsen, L. P., Kips, J., Foresi, A., Cauwenberge, P., Tudoric, N., Howarth, P., Richards, D. H., Williams, M., Pauwels, R., SPIRA Study Group. Intranasal and inhaled fluticasone propionate for pollen-induced rhinitis and asthma. *Allergy.* Juillet 2005; vol. 60, n° 7 : p. 875-881. [PMID : 15932376](#).
Global Initiative for Asthma. [Global Strategy for Asthma Management and Prevention](#). Mise à jour 2018. (Cité le 30 juillet 2018.)
Lougheed, M. D., Lemiere, C., Ducharme, F. M. et coll. Assemblée clinique sur l'asthme de la Société canadienne de thoracologie. Mise à jour des lignes directrices 2012 de la Société canadienne de thoracologie : le diagnostic et la prise en charge de l'asthme chez les enfants d'âge préscolaire, les enfants et les adultes. *Can Respir J.* 2012; vol. 19, n° 2 : p. 127-164. [PMID : 22536582](#).
- 5** Ahovuo-Saloranta, A., Rautakorpi, U. M., Borisenko, O. V. et coll. Antibiotics for acute maxillary sinusitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* Février 2014; vol. 2 : CD000243. [PMID : 24515610](#).
Peters, A. T., Spector, S. S., Hsu, J. et coll. Diagnosis and management of rhinosinusitis: a practice parameter update. *Ann Allergy Asthma Immunol.* Octobre 2014; vol. 113, n° 4 : p. 347-385. [PMID : 24515610](#).
Rosenfeld, R. M., Piccirillo, J. F., Chandrasekhar, S. S. et coll. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Avril 2015; vol. 152, suppl. 2 : p. S1-S39. [PMID : 25832968](#).
- 6** Desrosiers, M., Evans, G. A., Keith, P. K., Wright, E. D., Kaplan, A., Bouchard, J., Ciavarella, A., Doyle, P. W., Javer, A. R., Leith, E. S., Mukherji, A., Robert Schellenberg, R., Small, P., Witterick, I. J. Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2011; vol. 7, n° 1 : p. 2. [PMID : 21310056](#).
Kirsch, C. F., Bykowski, J., Aulino, J. et coll. Expert Panel on Neurologic Imaging: ACR Appropriateness Criteria® for Sinonasal Disease. *J Am Coll Radiol.* Novembre 2017; vol. 14, n° 11S : p. S550-S559. [PMID : 29101992](#).
Rosenfeld, R. M., Piccirillo, J. F., Chandrasekhar, S. S. et coll. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* Avril 2015; vol. 152, suppl. 2 : p. S1-S39. [PMID : 25832968](#).
Young, J., Bucher, H., Tschudi, P., Periat, P., Hugenschmidt, C., Welge-Lussen, A. The clinical diagnosis of acute bacterial rhinosinusitis in general practice and its therapeutic consequences. *J Clin Epidemiol.* 2003; vol. 56 : p. 377-384. [PMID : 12767415](#).

- 7 Abrams, E. M., Ben-Shoshan, M. Delabeling penicillin allergy: Is skin testing required at all? J Allergy Clin Immunol Pract. Avril 2019; vol. 7, n° 4 : p. 1377. PMID : 30961847.
- Castells, M. et coll. Penicillin Allergy. N Engl J Med. 12 décembre 2019; vol. 381, n° 24 : p. 2338-2351. PMID : 31826341.
- Chen, J. R., Tarver, S. A., Alvarez, K. S. et coll. A Proactive Approach to Penicillin Allergy Testing in Hospitalized Patients. J Allergy Clin Immunol Pract. Mai 2017; vol. 5 n° 3 : p. 686-693. PMID : 27888034.
- Macy, E., Contreras, R. Healthcare Utilization Use and Serious Infection Prevalence Associated with Penicillin "Allergy" In Hospitalized Patients: A Cohort Study. J Allergy Clin Immunol. Février Mars 2014; vol. 133, n° 32 : p. 790-6. PMID: 24188976.
- Park, M. A., Markus, P. J., Matesic, D. et coll. Safety and effectiveness of a preoperative allergy clinic in decreasing vancomycin use in patients with a history of penicillin allergy. Ann Allergy Asthma Immunol. Novembre 2006; vol. 97, n° 5 : p. 681-687. PMID : 17165279.
- Penicillin Allergy in Antibiotic Resistance Workgroup. Penicillin Allergy Testing Should Be Performed Routinely in Patients with Self-Reported Penicillin Allergy. J Allergy Clin Immunol Pract. Mars 2017; vol. 5, n° 2 : p. 333-334. PMID : 28283158.
- Solensky, R. Penicillin allergy as a public health measure. J Allergy Clin Immunol. Mars 2014; vol. 133, n° 3 : p. 797-798.
- Solensky, R., Khan, D. A. Drug Allergy: An Updated Practice Parameter. Ann Allergy Asthma Immunol. Octobre 2010; vol. 105, n° 4 : p. 259-73. PMID : 20934625.

À propos de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique

La Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique (SCAIC) représente des allergologues, des spécialistes de l'asthme, des immunologistes cliniques, des professionnels paramédicaux et d'autres personnes ayant un intérêt particulier pour la recherche et le traitement des maladies allergiques et immunologiques. La SCAIC est l'une des plus anciennes associations de médecins spécialistes au Canada. Fondée en 1945 sous le nom de Canadian Society for the Study of Allergy, elle est devenue la Canadian Academy of Allergy en 1954, puis a adopté son nom actuel, Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique (SCAIC), en 1967. Pour plus de renseignements, veuillez consulter le www.csaci.ca.



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📌 [/choisiravecsoin](https://facebook.com/choisiravecsoin)