

Best of d'Allergologie 2025

Médicaments

Docteur FONTE Nora

Sous l'égide de Dr BRAIRE-BOURREL et Dr DZIVGA

PEGylated liposomes for diagnosis of polyethylene glycol allergy

→ To assess, diagnostic performance of PEGylated lipid medications versus medications containing PEG as excipient for diagnosis of PEG allergy.

Patients allergic to PEG based on history of anaphylaxis.
 Skin test/OPT and BAT to native PEG and PEGylated drugs (Cominarty vaccine and PEGyl doxorubicin).

Results :

TABLE. Summary of allergy testing outcomes.

	OUTCOME OF SKIN TESTING (SPT/IDT)		OUTCOME OF BASOPHIL TESTING (BAT)	
	Standard Protocol	PEGylated Liposome (BNT162b2 vaccine)	Native PEG2000	PEGylated Liposome (BNT162b2 & Dox)
Patient 1	Positive	Positive	Negative	Positive
Patient 2	Negative	Positive	Negative	Positive
Patient 3	Negative	Positive	Negative	Positive
Patient 4	Negative	Positive	Negative	Positive
Patient 5	Negative	Positive	Negative	Positive
Patient 6	Positive	Positive	Negative	Positive
Patient 7	Negative	Equivocal	Negative	Positive
Patient 8	Negative	Positive	Negative	Positive
Patient 9	Negative	Positive	Negative	Positive
	2/9 (22%)	8/9 (89%)	0/9 (0%)	9/9 (100%)

Conclusion :

→ **Better sensitivity when using PEGylated drugs in the diagnosis of allergies to drug containing native PEG.**

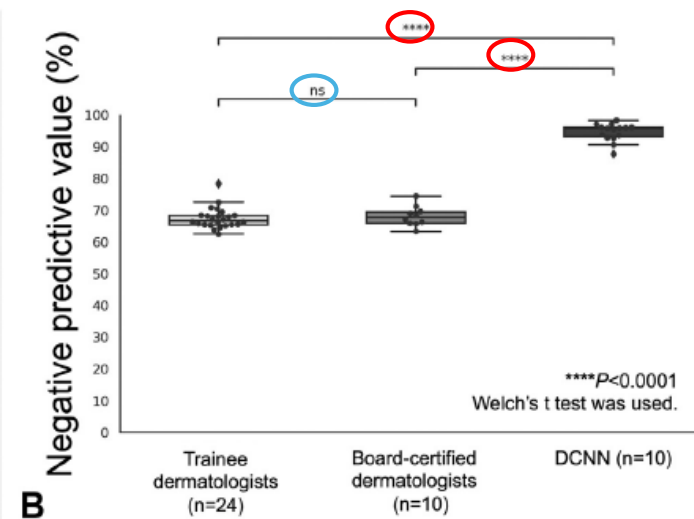
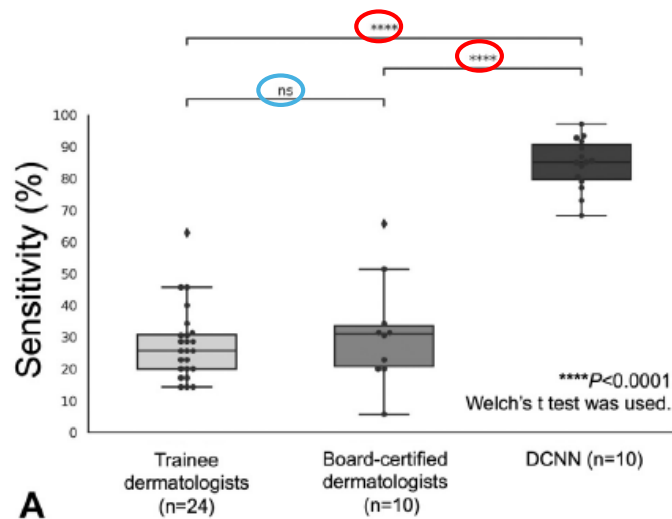
L'IA dans le diagnostic précoce du syndrome de Steven-Johnson (SJS) et la nécrolyse épidermique toxique (NET)

→ Prédiction du risque de développer ces pathologies en phase précoce par l'utilisation d'un réseau neuronal profond (IA) vs des dermatologues.

123 patients entre 2006 et 2018 ayant eu une toxidermie prouvée → 26000 images de lésions avec exclusion des signes tardifs.

Réseau neuronal pr

Résultats



Conclusion :

→ 1^{ère} étude à valider l'utilisation de l'IA dans le diagnostic précoce des toxidermies et notamment des nécrolyses.

→ Méthode utilisable partout, non invasif avec un résultat rapide.

Approche pratique des hypersensibilités aux AINS chez l'enfant.

→ Prévalence et profils des enfants adressée pour une suspicion d'allergie aux AINS après réalisation d'un test de provocation.

Inclusion d'enfants de 4 à 18 ans, entre 2019 et 2021 pour notion d'urticaire, angio-oedème et EMP après prise d'AINS. Réalisation de tests cutanées et TPO chez tous les enfants.

Résultats :

Inclusion de 56 enfants avec urticaire et AO lors de prise principalement d'ibuprofène.

TPO positif chez 17 enfants soit 30%.

Pas de différence sur l'âge et infections.

Différences sur les ATCD d'atopies (personnel et familiaux), sexe féminin et déficit en VitD.

Conclusion :

→ 70% ne récidive pas lors du TPO : diagnostic difficile avec nombreux diagnostics différentiels notamment infections.

→ Facteurs de risque de récidive lors du TPO : Déficit

en vitamine D et ATCD atopiques.

Table 2. Provocation test result in the studied patients by history of allergy.

History of Allergy	Provocation Test Result				Total	p-Value
	Positive		Negative			
	n	%	n	%		
Yes	17	65.4	9	34.6	26	<0.0001
No	0	0.0	30	100.0	30	
Overall	17	30.4	39	69.6	56	

Table 3. Provocation test result in the studied patients by family allergy.

History of Allergy	Provocation Test Result				Total	p-Value
	Positive		Negative			
	n	%	n	%		
Yes	10	71.4	4	28.6	14	<0.0001
No	5	12.8	34	87.2	39	
Overall	15	28.3	38	71.7	53	

OR = 17.00 (95%CI: 3.82-75.57).

Table 5. Provocation test result in the studied patients by vitamin D status.

Vitamin D Status	Provocation Test Result				Total	p-Value
	Positive		Negative			
	n	%	n	%		
Normal	3	12.5	21	87.5	24	=0.0092
Lowered	14	45.2	17	54.8	31	
Overall	17	30.9	38	69.1	55	

Les conséquences à long-terme d'une étiquette d'allergique aux b-lactamines.

→ Etudier les conséquences cliniques à long terme des patients allergiques aux b-lactamines (BL).

Etude longitudinale rétrospective pendant 11 ans, incluant les patients avec diagnostic de sepsis, infection urinaire ou respiratoire.

- **Critères d'inclusion** : Etiquette d'allergie aux b-lactamines dans les données de la pharmacie.
- **Critères de jugements** (1) - taux de mortalité / (2) - IRA, infection à SARM, C. Difficile et ERV ou une des 3.

Résultats :

- Inclusion de 20 000 patients : 21% avaient une étiquette d'allergie aux BL.
- Groupe « allergie » : majoritairement femme, plus âgée, plus de consultation et de réanimation.
- Pas de différence significative en C. Difficile brut, en insuffisance rénal.

Conclusion

→ Pas de différence significative du taux d'

→ Risque accru d'infection à SARM, ERV et Clostridium Difficile

Table 3. Results of Generalized Estimation Equations^a

Outcome	OR (95% CI) [95% CI using bootstrapped SEs]	P value
All-cause mortality	1.02 (0.96-1.09) [0.94-1.11]	.50
MRSA ^b	1.44 (1.36-1.53) [1.32-1.57]	<.001
C difficile ^b	1.04 (0.94-1.16) [0.93-1.17]	.43
VRE ^b	1.18 (1.05-1.32) [1.05-1.32]	.004
Any resistant infection ^c	1.33 (1.30-1.36) [1.28-1.38]	<.001
Stage 2 to 3 AKI ^d	1.02 (0.96-1.10) [0.93-1.13]	.49
Stage 3 AKI ^d	1.06 (0.98-1.14) [0.95-1.17]	.15

L'exposition à la pholcodine dans les allergies curares.



→ Relation entre l'exposition l'année précédant le bloc, de pholcodine et une réaction au curare lors de celui-ci et valeur diagnostique des IgE AQ et anti-pholcodine en France.

Etude cas - témoins entre 2014 et 2020, 24 centres du GERAP. Tests cutanés aux curares, et recherche d'exposition à la pholcodine en rétrospective.

Résultats :

- 167 patients avec anaphylaxie aux curares
- 84% de réaction grade III principalement.

Conclusion

→ 1^{ère} étude cas - témoins comparant deux populations anesthésiées dans les mêmes conditions.

→ Association significative entre une réaction aux curares et une consommation de pholcodine dans les 12 mois et cela quel que soit la source d'information d'exposition.

→ IgE intéressants pour les patients exposés dans les 12 mois.

	Bivariate analysis		Multivariate analysis	
	OR	P	OR	P
Pholcodine exposure	4.5 (2.8–7.3)	<0.01	4.2 (2.5–7.0)	<0.01
Occupational exposure to quaternary ammoniums	6.0 (2.9–12.8)	<0.01	6.1 (2.7–13.6)	<0.01
Atopy	1.8 (1.1–2.8)	0.02	–	–
BMI (kg m ⁻²)		0.08		
BMI 25–30 kg m ⁻²	1.1 (0.7–1.8)	0.45		
BMI ≥30 kg m ⁻²	1.7 (1.0–2.6)	0.03		
Cardiovascular history	1.4 (0.9–2.2)	0.09		
Metabolic history	1.5 (1.0–2.4)	0.07		
Endocrine history	1.8 (0.9–3.5)	0.10		
Hepato-gastrointestinal history	1.5 (1.0–2.3)	0.06	2.1 (1.3–3.3)	<0.01