

Guide diagnostique — Enfant

À l'attention du médecin · Activation mastocytaire chez l'enfant · PMCHS / SHMP

pmchs.org · histamine-research.com

Contexte clinique : Les parents de cet enfant suspectent une hyperréactivité mastocytaire programmée (PMCHS / SHMP). Ce document présente la démarche diagnostique et thérapeutique recommandée lorsqu'une preuve biologique est difficile à obtenir.

1. Épisodes à reconnaître — polysystémie atténuée

Un épisode MCAS requiert des symptômes en ≥ 2 organes et une élévation transitoire d'un médiateur. Chez l'enfant, ces épisodes sont souvent atténués et difficiles à capturer.

Cutané

Rougeurs péri-orales, dermatographisme, prurit localisé dans les 5–30 min suivant un déclencheur.

Digestif

Douleurs abdominales (genoux au ventre), alternance diarrhée/constipation, reflux, refus alimentaire.

Neuro-comportemental

"Pompette", regard vide, irritabilité paroxystique après un aliment déclencheur.

Neuro-végétatif

Pâleur soudaine, sueurs froides, somnolence brutale après repas.

2. Profil de terrain (entre les poussées)

Peau

Dermatographisme facile, rougeurs fugaces, prurit intermittent sans eczéma franc.

Digestif

Douleurs abdominales récurrentes, ballonnements, reflux, alternance transit — impact sommeil/humeur.

Neuro-comportement

Irritabilité fluctuante, intolérance sensorielle (sons/lumières/odeurs), épisodes brefs d'hypo-réactivité.

■■■ **Pièges :** Tryptase basale normale \neq absence de MCAS (médiateurs fluctuants). Tests IgE négatifs n'éliminent pas une histaminolibération non-IgE.

3. Démarche diagnostique pragmatique

Sans preuve biologique — maximiser sécurité et pertinence clinique.

a) Documentation clinique (1–2 mois)

- Fiche d'observation structurée : relier déclencheur \rightarrow ≥ 2 systèmes \rightarrow résolution.
- Photographies des lésions cutanées datées.

b) Exclusion des diagnostics différentiels

- Allergie IgE (patch tests, prick tests si suspicion)
- Reflux pathologique, parasitose
- Maladie cœliaque / entéropathie, MICI si signes d'alarme

c) Biologie opportuniste, non traumatique

- Tryptase sérique basale (hors poussée)
- Urines 24h après une poussée notable : N-méthyl-histamine, LTE4, métabolite PGD2
- Négativité n'exclut pas l'hypothèse mastocytaire chez l'enfant
- Ne pas provoquer de crise pour capturer un médiateur (non éthique)

4. Test thérapeutique par paliers

Traiter les symptômes mastocytaires et observer l'impact fonctionnel.

1 Non pharmacologique (2–4 semaines)

- Éviction des déclencheurs majeurs identifiés (tomate, agrumes, chocolat, chaleur, odeurs).
- Alimentation bas-histamine légère : limiter fermentés, affinés, restes.
- Hygiène du sommeil et routines sensorielles apaisantes.

2 Antihistaminique H1 non sédatif (si validé)

- Posologie pédiatrique adaptée à l'âge, en continu ou avant déclencheur prévisible.
- \pm H2 si composante digestive marquée.

Guide diagnostique — Enfant

À l'attention du médecin · Activation mastocytaire chez l'enfant · PMCHS / SHMP

pmchs.org · histamine-research.com

3 Cromoglycate sodique oral (si GI prédominant)

- Stabilisateur mastocytaire, bénéfique principalement digestif.
- Profil de sécurité pédiatrique connu en mastocytose/MCAD.

4 Anti-leucotriènes / spécialiste

- Si suspicion forte, échec des paliers précédents, retentissement fonctionnel.
- Avis allergologie / gastro-pédiatrique.

Évaluation de la réponse (8–12 semaines)

- Moins d'épisodes multisystémiques documentés
- Diminution de l'intensité / durée
- Amélioration sommeil / confort / participation scolaire

La **réponse clinique aux anti-médiateurs** soutient l'hypothèse mastocytaire quand la biologie est non contributive. C'est un critère de soutien reconnu.