

Reconnaître les symptômes — Adulte

Terrain PMCHS / SHMP · Syndrome d'Hyperréactivité Mastocytaire Programmée

pmchs.org · histamine-research.com

Qui est concerné ?

Le PMCHS touche principalement les femmes (97,5% de la cohorte). La transmission est majoritairement maternelle (77–84%), cohérente avec une composante mitochondriale et épigénétique. L'errance diagnostique moyenne dépasse 15 ans.

Déclencheurs fréquents

- Aliments histamino-libérateurs (tomate, agrumes, chocolat, alcool, fermentés)
- Cycle hormonal — pics d'œstrogènes (J12-14, J20-22)
- Stress émotionnel aigu ou chronique
- Chaleur, effort physique intense, soleil
- Odeurs fortes, produits chimiques, parfums
- Infections, inflammations
- Certains médicaments (AINS, codéine, certains antibiotiques)
- Contraceptifs œstroprogestatifs (aggravation fréquente rapportée)

Peau & muqueuses

- Urticaire chronique ou épisodique, dermographisme
- Flush (rougeur soudaine du visage, cou, décolleté)
- Prurit généralisé ou localisé sans lésion visible
- Angiomes de cherry (points rouges cutanés) récurrents
- Télangiectasies fugaces, surtout poitrine et cou
- Gonflements (lèvres, paupières, mains) — angioedème
- Sensibilité cutanée extrême aux frottements

Système digestif

- Douleurs abdominales récurrentes, crampes post-prandiales
- Ballonnements importants, distension abdominale
- Alternance diarrhée / constipation
- Reflux gastro-œsophagien résistant aux IPP
- Nausées, vomissements épisodiques
- Intolérance alimentaire multiple et fluctuante

Système nerveux & comportement

- "Brouillard cérébral" (brain fog) — difficultés de concentration, mémoire
- Maux de tête / migraines récurrentes
- Anxiété, irritabilité disproportionnée
- Hypersensibilité sensorielle (bruits, lumières, odeurs)
- Fatigue chronique inexpliquée, épuisement post-effort
- Troubles du sommeil, insomnies
- Épisodes de confusion ou de dissociation légère

Système cardio-vasculaire & végétatif

- Palpitations, tachycardie épisodique
- Hypotension orthostatique, vertiges en se levant
- Intolérance à la chaleur ou au froid
- Mains et pieds froids, mauvaise circulation périphérique
- Sueurs nocturnes inexpliquées
- Dysautonomie (POTS associé dans certains profils)

Système respiratoire & ORL

- Congestion nasale chronique, rhinite sans allergie IgE identifiée
- Toux chronique sèche ou irritative
- Sensibilité aux odeurs fortes (parfums, produits)
- Œdème laryngé épisodique (sensation de gorge serrée)
- Sinusites récurrentes

Douleurs & appareil locomoteur

- Douleurs articulaires migratrices (sans lésion structurelle)
- Hyperlaxité ligamentaire (profil hEDS fréquemment associé)
- Douleurs musculaires diffuses, myalgies
- Douleurs neuropathiques, paresthésies
- Sensibilité à la pression (points douloureux)

Hormones & métabolisme

- Syndrome prémenstruel sévère — aggravation cyclique des symptômes
- Dysrégulation thyroïdienne (hypothyroïdie fréquemment associée)
- Fringales sucrées cycliques (mécanisme histamine → insuline)
- Prise de poids résistante aux régimes (lipœdème fréquemment associé)
- Réactions aux contraceptifs hormonaux — aggravation sous pilule

Reconnaître les symptômes — Adulte

Terrain PMCHS / SHMP · Syndrome d'Hyperréactivité Mastocytaire Programmée

pmchs.org · histamine-research.com

Les 4 phénotypes de dégranulation PMCHS

L'échec diagnostique fréquent s'explique par la diversité des médiateurs impliqués. Selon le phénotype dominant, le tableau clinique varie considérablement.

Phénotype histaminique

- Flush, urticaire, prurit, congestion nasale
- Maux de tête, brouillard cérébral, fringales
- Réponse aux antihistaminiques H1/H2

Phénotype tryptasique

- Douleurs diffuses, neuropathies, fatigue profonde
- Démyélinisation (boucle mastocyte–nerf vague)
- Tryptase basale parfois élevée (HAT si >8 ng/mL)

Phénotype leucotriénique

- Congestion nasale sévère, asthme, polypes nasaux
- Douleurs abdominales, inflammation tissulaire
- Réponse aux anti-leucotriènes (montélukast)

Phénotype prostaglandinique

- Flush intense, diarrhée profuse, ostéoporose précoce
- Douleurs osseuses, crampes menstruelles sévères
- Oméga-3 et aspirine à faible dose parfois bénéfiques

■ **Un même individu peut présenter plusieurs phénotypes.** La fluctuance des symptômes et leur diversité multi-systémique est la signature clinique du PMCHS.

Comorbidités fréquemment associées

Ces conditions ne sont pas des diagnostics séparés mais des expressions du même terrain mastocytaire hyperréactif.

Lipœdème

Accumulation adipeuse douloureuse, principalement aux membres inférieurs. Aggravée par les œstrogènes.

Syndrome d'Ehlers-Danlos hypermobile (hEDS)

Hyperlaxité, douleurs articulaires, instabilité. La triade MCAS–hEDS–POTS est bien documentée.

POTS / dysautonomie

Tachycardie orthostatique, intolérance à la position debout, vertiges.

Endométriose

Douleurs pelviennes cycliques sévères. Les mastocytes sont présents en excès dans les lésions endométriosiques.

Hidradénite suppurée (HS)

Nodules et abcès récurrents aux zones de friction. Terrain mastocytaire démontré histologiquement.

Thyroïdite de Hashimoto

Hypothyroïdie auto-immune fréquemment associée. Les mastocytes participent à l'inflammation thyroïdienne.

Neurodivergence (TDAH, TSA)

Profil AuDHD fréquent dans la cohorte. Lien mécanistique via les mastocytes thalamiques et la microglie.

Fibromyalgie

Douleurs diffuses chroniques, fatigue, troubles du sommeil — souvent une expression du terrain PMCHS.

■ **Important :** Tryptase basale normale n'exclut pas le PMCHS. Les médiateurs sont fluctuants et souvent non dosés en pratique courante (95% des répondants n'ont jamais eu d'histamine urinaire dosée).