

Reconnaître les signes — Enfant

Guide clinique pour parents et soignants · Terrain PMCHS / SHMP

pmchs.org · histamine-research.com

1. Épisodes subtils à surveiller

Objectif : reconnaître des poussées peu spectaculaires sur un terrain chronique.

A. Signes cutanés (souvent premiers visibles)

- Rougeurs péri-orales ou brèves plaques au visage / cou dans les 5–30 min suivant un aliment déclencheur (tomate, agrumes, chocolat) ou une chaleur soudaine.
- Dermographisme : stries rouges sur la peau après frottement léger (habillage, portage).
- Prurit localisé (yeux / visage / cuir chevelu) pendant le repas, sans autre signe d'allergie IgE.

B. Signes digestifs brefs & récurrents

- "Crampes" : genoux ramenés au ventre, agitation, dos cambré pendant ou juste après le repas ; parfois selles plus molles quelques heures après.
- Alternance diarrhée / constipation sur quelques jours, avec retentissement comportemental (pleurs nocturnes, irritabilité).

C. Signes neuro-comportementaux

- "Tête légère / pompette", hypo-réactivité brève, regard vide après chocolat / cacao (amines, caféine, histamine).
- Irritabilité paroxystique ou pleurs inexplicables pendant / juste après l'ingestion d'un aliment déclencheur.

D. Signes neuro-végétatifs (SNA)

- Pâleur soudaine, sueurs froides, somnolence brutale, "coup de mou" après repas (vasodilatation / perméabilité vasculaire).

Rappel clinique : Un épisode MCAS requiert des symptômes en ≥ 2 organes et une élévation transitoire d'un médiateur. Chez l'enfant, ces épisodes sont souvent atténués — d'où l'importance de l'**observation structurée**.

2. Profil clinique — terrain de fond

Portrait-robot entre les poussées, quand la frontière épisode/non-épisode est floue.

Peau

- Dermographisme facile, rougeurs fugaces, prurit intermittent sans eczéma franc.

Digestif

- Douleurs abdominales récurrentes, ballonnements, reflux / éructations ; alternance diarrhée / constipation avec impact sur le sommeil et l'humeur.

Neuro-comportement

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

Déclencheurs typiques

- Aliments histamino-libérateurs / fermentés
- Chaleur / effort physique
- Stress émotionnel
- Odeurs / produits ménagers
- Infections débutantes

Poussées peu contrastées

- Addition de 2 systèmes (ex. peau + digestif, ou peau + neuro) sur 30–120 min, avec résolution après repos / sommeil / antihistaminique — sans signes "spectaculaires".

■ ■ Pièges fréquents

- Tryptase basale normale \neq absence de MCAS (les médiateurs sont fluctuants).
- Tests allergologiques négatifs n'éliminent pas une histaminolibération non-IgE.

a) Documentation clinique (1–2 mois)

Palier 1 — Non pharmacologique (2–4 semaines)

· Utiliser la Fiche d'observation : relier déclencheurs majeurs identifiés.

· 2 systèmes → évolution.

· Photographier les lésions cutanées avec date.

· Alimentation bas-histamine légère : limiter fermentés, affinés, restes.

· Hygiène du sommeil et routines sensorielles apaisantes.

b) Exclusion des diagnostics différentiels

· Allergie IgE, reflux pathologique, parasitose, maladie cœliaque, MICI — par le pédiatre / gastro selon contexte.

Palier 2 — Antihistaminique H1 (si validé par le pédiatre)

· H1 non sédatif adapté à l'âge, en continu ou avant un déclencheur prévisible.

· ± H2 si composante digestive marquée (à valider médicalement).

c) Biologie opportuniste, non traumatique

· Tryptase basale hors crise.

· Urines à domicile après une poussée notable (N-méthyl-histamine, LTE4, métabolite PGD2) — la négativité n'exclut pas l'hypothèse.

· Ne pas provoquer de crise (non éthique).

Palier 3 — Cromoglycate sodique oral (si GI prédominant)

· Stabilisateur mastocytaire, bénéfique surtout digestif — sur avis médical.

Palier 4 — Anti-leucotriènes / autres

· Selon jugement spécialisé (allergologie / gastro) si suspicion forte et retentissement fonctionnel.

Évaluation de la réponse (8–12 semaines)

· Moins d'épisodes multisystémiques documentés.

· Diminution de l'intensité / durée.

· Amélioration sommeil / confort / participation.

Communication médecin–famille : les biomarqueurs sont volatils et difficiles à capturer chez l'enfant. Privilégier observation structurée + essai thérapeutique raisonné. Remettre la fiche d'observation et proposer une ordonnance opportuniste (tryptase + urines médiateurs si épisode notable).