

RAPPORT MÉDICAL

Patient Yannick

13 février 2026

Date du rapport : 13 février 2026
Destiné à : Médecins traitants et consultants spécialistes
Patient : Yannick, Homme, né le 22 mars 1981 (44 ans)
Nationalité : Belge | **Langue :** Français
Diagnostic principal : Encéphalomyélite myalgique / Syndrome de fatigue chronique (EM/SFC), forme sévère
Médecins consultant actuellement :
— Médecin généraliste (petits problèmes courants)
— Spécialiste en médecine interne générale (tout ce qui concerne EM/SFC)

AVERTISSEMENT : Ce rapport est une analyse préliminaire basée sur une collecte systématique de données de cas et une revue de littérature. Toutes les recommandations nécessitent une révision et une approbation médicale avant mise en œuvre. Ce document ne constitue pas un avis médical.

Table des matières

1	RÉSUMÉ EXÉCUTIF	5
1.1	Préoccupations principales nécessitant une attention urgente	5
1.2	Schéma clinique clé	5
1.3	Recommandations immédiates (résumé)	5
2	HISTORIQUE DU PATIENT ET CONTEXTE CLINIQUE	6
2.1	Chronologie de la maladie	6
2.2	Diagnostics confirmés	6
2.3	Incertitudes diagnostiques clés	7
2.4	Modèle causal multi-coups	7
3	RÉSULTATS CLINIQUES OBJECTIFS	7
3.1	Polysomnographie avec MSLT (Décembre 2018)	7
3.1.1	Caractéristiques du patient au moment de l'étude	7
3.1.2	Résultats polysomnographie nocturne – Principales constatations	8
3.1.3	Résultats MSLT (Test de latence d'endormissement multiple)	8
3.1.4	Scores questionnaires	8
3.1.5	Diagnostic officiel polysomnographie 2018	8

3.2	Consultation somnologie (Novembre 2021)	9
3.2.1	Observations cliniques clés	9
3.2.2	Conclusion clinique	9
3.2.3	Recommandations médicales 2021	9
3.3	Autres résultats cliniques objectifs	9
3.3.1	Allergies confirmées (panel IgE spécifiques)	9
3.3.2	Perte auditive neurosensorielle bilatérale	10
3.3.3	Tests TDAH	10
4	PROFIL SYMPTOMATIQUE ACTUEL	10
4.1	Symptômes primaires	10
4.2	Corrélation acouphènes-fatigue (observation clinique notable)	11
5	SCHEMAS CLINIQUES RECENTS (8-13 FÉVRIER 2026)	11
5.1	Chronologie jour par jour	11
5.1.1	8 février (samedi) – Activité malgré la douleur	11
5.1.2	9 février (dimanche) – Crash PEM sévère	11
5.1.3	10 février (lundi/mardi) – Pattern d'utilisation Ritalin et rebond	11
5.1.4	11 février (mercredi) – ÉVÉNEMENT AUTONOME CRITIQUE	11
5.1.5	12 février (jeudi) – Crash déclenché par activité	12
5.1.6	13 février (vendredi) – Jour post-crash avec PEM confirmé	12
5.2	Schémas cliniques identifiés clés	13
6	RÉGIME MÉDICAMENTEUX ACTUEL AVEC JUSTIFICATION	13
6.1	Naltrexone à faible dose (LDN) – 3-4mg par jour	13
6.2	Cétirizine – 1 comprimé par jour (récemment ajouté)	14
6.3	Ritalin MR 30mg (Méthylphénidate à libération prolongée) – Intermittent	14
6.4	Provigil (Modafinil) – Intermittent	15
7	PROTOCOLE DE SUPPLÉMENTS ACTUEL AVEC JUSTIFICATION	16
8	RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT BASÉES SUR PREUVES	17
8.1	Gestion de la dysrégulation autonome	17
8.1.1	Non pharmacologique (première ligne)	17
8.2	Prévention et gestion du PEM	17
8.2.1	Identification de l'enveloppe d'activité	17
8.2.2	Rythme basé sur fréquence cardiaque	18
8.2.3	Protocole de gestion PEM	18
8.3	Optimisation du sommeil	18
8.4	Optimisation médicamenteuse	19
8.5	Recommandations protocole SAMA (Syndrome activation mastocytes)	19
9	AJOUTS MÉDICAMENTEUX POTENTIELS	20
9.1	Ivabradine (Procoralan/Corlanor)	20
9.2	Propranolol faible dose (Bêta-bloquant non sélectif)	21
9.3	Midodrine (Agoniste alpha-1 adrénergique)	22
9.4	Fludrocortisone (Minéralocorticoïde synthétique)	23
9.5	Pyridostigmine (Mestinon)	23
9.6	Tableau comparatif : Ajouts médicamenteux potentiels	24

10 RECOMMANDATIONS DIAGNOSTIQUES	25
10.1 Niveau 1 : Urgent (Dans 2-4 semaines)	25
10.2 Niveau 2 : Important (Dans 1-3 mois)	25
10.3 Niveau 3 : Supplémentaire (Dans 6 mois)	26
10.4 Surveillance à domicile (Immédiat)	26
11 RYTHME D'ACTIVITÉ ET PRÉVENTION PEM	26
11.1 Seuils d'activité actuels (déterminés empiriquement)	26
11.2 Protocole de rythme	27
11.3 Signaux d'avertissement PEM	27
12 PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE	27
12.1 Suivi quotidien (auto-rapport patient)	27
12.2 Évaluation hebdomadaire	28
12.3 Si nouveaux médicaments démarrés	28
12.4 Critères de succès pour essais médicamenteux	28
13 QUESTIONS POUR DISCUSSION	29
13.1 Pour médecin généraliste / soins primaires	29
13.2 Pour cardiologie / spécialiste autonome	29
13.3 Pour médecine du sommeil	29
13.4 Pour neurologie	30
A CONSIDÉRATIONS D'INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES	31
A.1 Médicaments actuels et ajouts potentiels nouveaux	31
B STRATÉGIE D'INTERVENTION PEM BASÉE SUR LE TIMING	31
B.1 Cascade PEM : Points d'intervention temporels	31
B.1.1 Fenêtres temporelles et opportunités d'intervention	31
B.1.2 Boucle rétroaction chronique (FL1)	32
C INTERVENTIONS QUOTIDIENNES	33
C.1 Support métabolisme énergétique	33
C.2 Support malabsorption graisses (déficience chronique vitamine D suggère ceci)	34
C.3 Protocole électrolytes (pour support autonome)	34
C.4 Optimisation timing magnésium	35
D HYPOTHÈSES CLINIQUES À VÉRIFIER	35
D.1 Hypothèse 1 : Identification stade cascade PEM	35
D.2 Hypothèse 2 : Malabsorption graisses	36
D.3 Hypothèse 3 : Identification seuil métabolique individuel	36
D.4 Hypothèse 4 : Fenêtre anti-inflammatoire E2→E3	36
D.5 Hypothèse 5 : Urgence support autonome	37
D.6 Hypothèse 6 : Mécanisme disruption sommeil	37
E TRAITEMENTS ADDITIONNELS IDENTIFIÉS DANS DOCUMENTATION PRINCIPALE	37
E.1 Support antioxydant et anti-inflammatoire	38
E.1.1 N-Acétylcystéine (NAC)	38
E.1.2 Acide alpha-lipoïque (ALA)	38

E.1.3	Oméga-3 (EPA/DHA) – Dosages anti-inflammatoires	39
E.2	Support mitochondrial additionnel	39
E.2.1	Précurseurs NAD ⁺ – Protocoles dosage élevé	39
E.2.2	D-Ribose – Protocoles d’urgence	40
E.2.3	Créatine	40
E.2.4	PQQ (Pyrroloquinoline Quinone)	40
E.3	Stratégies spécialisées de pacing et prévention	41
E.3.1	Bêta-bloqueurs pour pacing pharmacologique	41
E.4	Protocoles d’urgence pour cas sévères	41
E.4.1	Contexte : EM/SFC sévère comme urgence mé-dicale	41
E.4.2	Composants protocole urgent identifiés	42
E.5	Considérations spéciales : Hypersensibilité médicamenteuse dans EM/SFC	42
E.6	Tableau récapitulatif : Traitements additionnels par priorité	43
E.7	Recommandations d’implémentation séquentielle	43
F	RÉFÉRENCES	46
F.1	Références primaires citées	46
F.2	Revue systématique référencées	46
F.3	Sources de preuves en ligne	46

1 RÉSUMÉ EXÉCUTIF

1.1 Préoccupations principales nécessitant une attention urgente

1. **Épisodes récurrents de dysrégulation autonome** (10-13 février 2026) : Multiples épisodes de faiblesse généralisée, tremblements ressemblant à une hypoglycémie, pouls élevé et intolérance posturale survenant lors des transitions sommeil-éveil et après une activité debout minimale (30 minutes).
2. **Seuil d'activité sévèrement réduit** : Les activités debout aussi brèves que 30 minutes (repassage, cuisine, courses) déclenchent des crashes autonomes et un malaise post-effort (PEM), représentant une détérioration fonctionnelle significative.
3. **Épisode autonome pendant conduite** : Un épisode de dysrégulation autonome de 50 minutes s'est produit pendant que le patient conduisait le 11 février 2026, impliquant une faiblesse progressive suivie de tremblements. **Note patient** : Faiblesse remarquée mais pas de risque d'évanouissement ou d'endormissement ; conduite tolérée même sur trajets longs.
4. **Sommeil non réparateur** : Les siestes de l'après-midi de 1 à 3 heures ne parviennent pas à restaurer l'énergie ; le sommeil nocturne est fragmenté.
5. **Dissociation cognitive-physique** : Tout au long de ces épisodes, la fonction cognitive est relativement préservée ("la tête va bien") tandis que les symptômes physiques sont sévères, suggérant une défaillance principalement autonome/périphérique plutôt qu'une défaillance du système nerveux central.

1.2 Schéma clinique clé

Le patient démontre un schéma cohérent sur plusieurs jours :

- Ligne de base cognitive matinale bonne se détériorant rapidement avec toute activité debout
- Instabilité autonome se manifestant par un pouls élevé, faiblesse, tremblements et symptômes pseudo-hypoglycémiques
- Le repos n'est pas réparateur (les siestes ne reconstituent pas les réserves d'énergie)
- Fonction cognitive relativement préservée même pendant les épisodes physiques sévères
- Seuil d'activité sévèrement réduit à environ 30 minutes en position debout

1.3 Recommandations immédiates (résumé)

1. **Urgent** : Tests formels de fonction autonome (test d'inclinaison, moniteur Holter, signes vitaux orthostatiques)
2. **À considérer** : Support autonome pharmacologique (ivabradine, propranolol faible dose, midodrine ou fludrocortisone)
3. **Optimiser** : Dosage actuel de LDN (stabiliser à 3mg ou 4mg plutôt qu'alterner)
4. **Mettre en œuvre** : Rythme d'activité strict avec surveillance de la fréquence cardiaque (limite FC cible : $97 \text{ bpm basé sur } (220-44) \times 0,55$)
5. **Sécurité** : Prudence recommandée lors de conduite pendant épisodes de faiblesse ; patient rapporte tolérance conduite sans risque évanouissement/endormissement

2 HISTORIQUE DU PATIENT ET CONTEXTE CLINIQUE

2.1 Chronologie de la maladie

Période	Événement	Signification
Enfance (1990s)	Supplémentation en fluorure (Zyma Fluor)	Effets possibles sur la glande pinéale (spéculatif)
13-15 ans	Apparition progressive du brouillard mental	Premiers symptômes de type EM/SFC
16 ans (c. 1997)	Tremblements des mains remarqués par d'autres	Manifestation neurologique précoce
~20 ans (c. 2001)	Apparition de crampes musculaires	Implication musculo-squelettique
20+ ans	Début méthylphénidate (Ritalin)	Amélioration cognitive transformative
Pré-2018	Au moins un épisode vagal	Vulnérabilité autonome établie
Fin 2017	Burnout	Stress de l'axe HPA, réserves réduites
29 juin 2018	Syncope vasovagale → chute → commotion	Syncope CAUSA chute ; amnésie post-traumatique 5h ; CT négatif ; LAD soupçonné
Post-2018	Émergence du phénotype EM/SFC complet	Déclin fonctionnel sévère
Fin 2025	Essai d'exercice de natation (4-5 mois)	Échec : PEM cognitif constant, perte d'emploi
25 jan 2026	Infection respiratoire haute	Exacerbation autonome sévère
8-13 fév 2026	Événements autonomes récurrents	Présentation actuelle (détaillée ci-dessous)

2.2 Diagnostics confirmés

- EM/SFC (diagnostic clinique ; répond aux critères ICC 2011)
- Perte auditive neurosensorielle bilatérale (diagnostiquée août 2024, pattern haute fréquence)
- Presbytie avec hypermétropie (apparition progressive vers 40 ans)
- Allergies aux noix (panel FX1 confirmé)
- Allergies au pollen (TX5, TX6)

2.3 Incertitudes diagnostiques clés

1. **TDAH vs. déficit d'attention secondaire** : Déficits d'attention sévères toute la vie avec réponse dramatique au méthylphénidate, mais tests formels TDAH multiples : tous NÉGATIFS. Antécédents familiaux positifs (mère, 2 sœurs). Peut représenter une déficience cognitive secondaire induite par le déficit énergétique.
2. **Syndrome autonome spécifique** : Symptômes orthostatiques documentés mais non formellement caractérisés (POTS vs. hypotension orthostatique vs. autre dysautonomie).
3. **Dysfonction mitochondriale** : Présumée sur base de la présentation clinique mais non formellement testée.

2.4 Modèle causal multi-coups

La voie du patient vers l'EM/SFC semble impliquer une vulnérabilité cumulative :

1. **Vulnérabilité développementale** (enfance) : Possible dysfonction pinéale induite par le fluorure → vulnérabilité sommeil/autonome (spéculatif)
2. **Instabilité autonome établie** (adolescence-adulte) : Hypersensibilité vagale documentée, hypersomnie idiopathique
3. **Dysfonction de l'axe HPA** (fin 2017) : Stress neuroendocrinien lié au burnout
4. **Lésion cérébrale traumatique** (juin 2018) : Syncope vasovagale → chute → commotion avec amnésie post-traumatique de 5h → lésion axonale diffuse affectant les centres autonomes du tronc cérébral
5. **Cascade EM/SFC complète** (2018-présent) : Décompensation autonome suite aux blessures composées

Preuves à l'appui : Bateman et al. (2024) ont trouvé que les patients EM/SFC ont 4,89 fois plus de chances d'antécédents de commotion. La dysfonction autonome post-TCC est documentée chez 40-90% des patients TCC.

3 RÉSULTATS CLINIQUES OBJECTIFS

3.1 Polysomnographie avec MSLT (Décembre 2018)

Polysomnographie complète avec test de latence d'endormissement multiple (MSLT) réalisée au CHA Libramont, Laboratoire du Sommeil, 07-08 décembre 2018.

3.1.1 Caractéristiques du patient au moment de l'étude

- Âge : 37 ans | Poids : 72 kg | Taille : 175 cm | IMC : 23,5
- Plainte principale : *"Fatigue présente depuis l'adolescence"*
- Pas de caféine, tabac ou alcool
- Activité physique : Natation 4×/semaine
- Chronotype : Type vespéral
- Besoin de sommeil : 8 heures + sieste de 1,5 heure
- Arrêt récent de Concerta (juillet 2018), gain de 4 kg en 3 mois

3.1.2 Résultats polysomnographie nocturne – Principales constatations

Paramètre	Résultat	Normal	Évaluation
<i>Durée et qualité du sommeil</i>			
Temps total de sommeil	429 min	—	Normal
Efficacité du sommeil	82,8%	>86%	Réduite
Continuité du sommeil	83,3%	>95%	Insuffisante
<i>Architecture du sommeil</i>			
N1 (sommeil léger)	2 min (0,5%)	2–5%	Faible
N2 (intermédiaire)	191 min (44,6%)	45–55%	Normal
N3 (profond/SWS)	141 min (32,8%)	15–33%	Normal-élevé
Sommeil REM	95 min (22,1%)	20–25%	Normal
<i>Fragmentation du sommeil</i>			
Changements de stade	131	—	Élevé
WASO (éveil après début)	86 min	<30 min	Excessif
Nombre de réveils	25/nuit	—	Élevé
Index micro-éveils	6,1/h	<10/h	Normal
<i>Mouvements périodiques des membres</i>			
Index MPJ (pendant sommeil)	13,3/h	<5/h	Élevé

3.1.3 Résultats MSLT (Test de latence d'endormissement multiple)

- Latence moyenne d'endormissement : **9 minutes** (pathologique si <8 min)
- Présence de sommeil lent profond en matinée lors des siestes
- Pas de SOREMP (Sleep-Onset REM Period) – exclut la narcolepsie
- Pattern : Somnolence pathologique essentiellement matinale

3.1.4 Scores questionnaires

Échelle	Score 2018	Interprétation
Échelle de somnolence d'Epworth	16/24	Pathologique (>10) ; risque d'endormissement au volant
Fatigue Severity Score	4,5	Fatigue anormale

3.1.5 Diagnostic officiel polysomnographie 2018

Dyssomnie caractérisée par :

- Fragmentation du sommeil

- Nombre élevé de changements de stade (131)
- Mouvements périodiques des membres pendant le sommeil (index 13,3/h)
- Pas d'événements respiratoires significatifs

Somnolence diurne excessive (Epworth 16/24) avec :

- Risque d'endormissement au volant
- MSLT pathologique (latence moyenne 9 min)
- Pattern à prédominance matinale
- Pas de caractéristiques de narcolepsie (pas de SOREMPs)

Plainte de fatigue anormale (Fatigue Severity Score 4,5)

3.2 Consultation somnologie (Novembre 2021)

Consultation de pathologie du sommeil à la Clinique Saint-Luc Bouge, novembre 2021.

3.2.1 Observations cliniques clés

- **Début de la fatigue** : Âge 15–16 ans (adolescence)
- **Pattern de fatigue** : Fluctuant, avec phases de 6–10 jours de fatigue physique et mentale extrême, céphalées, brouillard mental, irritabilité
- **Burnout** : Fin 2017
- **Antécédents familiaux** : Mère et deux sœurs diagnostiquées TDAH
- **Cognitif** : QI >135, saut de 6e année primaire, excellente facilité académique
- **Poids** : 74 kg pour 173 cm (IMC 24,7) – gain de 5–6 kg sur 3 ans

3.2.2 Conclusion clinique

“Votre patient présente un tableau complexe de fatigue chronique d'étiologie indéterminée. Le bilan du sommeil réalisé au CHA n'a pas été décisif quant à un trouble du sommeil spécifique. L'hypersomnie idiopathique suspectée est un trouble se caractérisant par un allongement anormal du temps de sommeil avec persistance de fatigue/somnolence durant les phases d'éveil.”

Diagnostic retenu : Hypersomnie idiopathique (suspectée)

3.2.3 Recommandations médicales 2021

1. Cible ferritine : >70–75 $\mu\text{g/L}$ pour gestion des mouvements périodiques des membres
2. Considérer réévaluation complète hypersomnie (actigraphie + PSG + MSLT + repos au lit)
3. Évaluation TDAH/Haut Potentiel suggérée
4. Poursuite traitement Provigil (100 mg \times 3/jour)

3.3 Autres résultats cliniques objectifs

3.3.1 Allergies confirmées (panel IgE spécifiques)

- **Noix** : Panel FX1 confirmé positif
- **Pollens** : TX5, TX6 positifs

3.3.2 Perte auditive neurosensorielle bilatérale

- **Diagnostic** : Août 2024
- **Pattern** : Hautes fréquences

3.3.3 Tests TDAH

- **Nombre de tests** : Multiples évaluations formelles
- **Résultats** : Tous NÉGATIFS
- **Note clinique** : Malgré tests négatifs, réponse dramatique au méthylphénidate et antécédents familiaux positifs (mère, 2 sœurs). Peut représenter déficience cognitive secondaire induite par déficit énergétique plutôt que TDAH primaire.

4 PROFIL SYMPTOMATIQUE ACTUEL

4.1 Symptômes primaires

Symptôme	Sévérité	Caractère	Durée
Fatigue	Sévère (2-3/10 énergie)	“À court d’énergie” ; non soulagé par le repos	30+ ans, progressif
Déficience cognitive	Variable (3-8/10 selon stimulant)	Déficit d’attention, brouillard mental, recherche de mots	Toute la vie
Malaise post-effort	Sévère	30 min debout déclenche crashes	Décennies, s’aggrave
Dysrégulation autonome	Sévère, aigu	Faiblesse, tremblements, pouls élevé, intolérance posturale	Aggravation aigüe fév 2026
Douleur	Modérée (5-6/10)	Musculo-squelettique diffuse, articulations, hanches ; douleur fessière nocturne	Chronique
Perturbation du sommeil	Modéré-sévère	Non réparateur, fragmenté, sommeil diurne excessif	Chronique
Migraines	Épisodique	Déclenchées par l’effort, vasoconstriction	Chronique
Faim d’air	Présent	Progressif	Chronique

Acouphènes	Variable	Corrèle 1 :1 avec niveau de fatigue (bio-marqueur rapporté par patient)	Identifié jan 2026
------------	----------	---	--------------------

4.2 Corrélacion acouphènes-fatigue (observation clinique notable)

Le patient rapporte une corrélation hautement fiable entre l'intensité des acouphènes et l'état de fatigue :

- Les acouphènes sont constamment présents quand fatigué
- Les acouphènes sont constamment absents quand non fatigué
- Le patient rapporte une corrélation à 100% avec haute confiance

Utilité clinique : Ceci peut servir d'indicateur de réserves énergétiques en temps réel et d'outil de rythme. Mécanismes possibles incluent hypoperfusion cérébrale, changements auditifs liés à la dysfonction autonome, ou dysrégulation du système nerveux central pendant la déplétion énergétique.

5 SCHÉMAS CLINIQUES RÉCENTS (8-13 FÉVRIER 2026)

5.1 Chronologie jour par jour

5.1.1 8 février (samedi) – Activité malgré la douleur

- Énergie : 4/10, Douleur : 6/10 (articulations et hanches)
- Activité : Travaux ménagers poursuivis malgré la douleur
- Résultat : Enveloppe énergétique sûre dépassée

5.1.2 9 février (dimanche) – Crash PEM sévère

- Énergie : 1/10, Sévérité PEM : 8/10
- Durée : ~7 heures
- Déclencheur : Travaux ménagers du samedi
- Résolution : À un état acceptable en après-midi/soirée

5.1.3 10 février (lundi/mardi) – Pattern d'utilisation Ritalin et rebond

- **Lundi** : Ritalin MR 30mg pris → excellente réponse (énergie 6/10, cognitif 8/10)
- **Mardi** : Pas de Ritalin → rebond sévère : sommeil excessif (4-4,5h diurne), faiblesse, tremblements similaires à hypoglycémie, énergie 2/10, cognitif 3/10

5.1.4 11 février (mercredi) – ÉVÉNEMENT AUTONOME CRITIQUE

- **Matin** : 1h20 courses → fatigué, douleur aux jambes
- **14 :50-15 :00** : Réveil de sieste d'après-midi

- **15 :00-15 :25** (Phase 1) : Faiblesse généralisée pendant CONDUITE
- **15 :25-15 :50** (Phase 2) : Tremblements/secousses pendant CONDUITE
- **15 :50+** (Phase 3) : Résolution, fonction cognitive OK, fatigue persiste
- **Schéma** : Phases organisées de 25 minutes; préservation cognitive; spécifique autonome

PROBLÈME DE SÉCURITÉ POTENTIEL : 30 minutes de déficience autonome lors de l'utilisation d'un véhicule.

5.1.5 12 février (jeudi) – Crash déclenché par activité

- **09 :45** : Bon état cognitif, corps “fragile”
- **11 :15-11 :45** : 30 min debout/repassage → faiblesse, pouls élevé, sensation hypoglycémique
- **Après-midi** : Sieste 1h20 → récupération incomplète
- **Fin après-midi** : Deuxième 30 min repassage → à la limite de mal de tête et crash
- LDN réduit à 3mg (de 4mg typique); Cétirizine ajoutée

5.1.6 13 février (vendredi) – Jour post-crash avec PEM confirmé

- **Nuit** : Mauvais sommeil : réveil 04 :30, impossible de se rendormir jusqu'à 05 :30, réveil forcé 06 :30
- **Matin** : Fatigue généralisée depuis le réveil; cognitif : “La tête va bien” (préservée malgré fatigue physique)
- **Matin** : Sieste ~1h
- **Midi** : Faiblesse après préparation déjeuner + manger avec enfant
- **Après-midi** : Travail assis à l'ordinateur → fatigue; douleur auriculaire légère (otalgie); somnolence extrême (“je pourrais dormir pour l'éternité”)
- **Pattern critique** : Faiblesse déclenchée par activité légère (préparation repas) MALGRÉ sieste matinale → confirme PEM actif, pas simple dette sommeil
- **Progression symptômes** : Douleur auriculaire + somnolence extrême suggèrent PIC SYMPTOMATIQUE (E4 dans cascade PEM) 28h post-déclencheur (12 fév 11 :45 → 13 fév après-midi)
- LDN retourné à 4mg; Cétirizine continuée; Ritalin non pris

CONFIRMATION PEM AU PIC (E4) :

- Faiblesse post-déjeuner + fatigue travail assis confirme PEM actif (Jour 2 post-crash du 12 février)
- Douleur auriculaire peut indiquer activation immunitaire (cytokines IL-1 β , TNF- α affectant trompe d'Eustache) OU réponse SAMA/histamine OU dysfonction autonome
- Somnolence extrême caractéristique pic symptomatique : épuisement métabolique profond + cytokines somnogènes (IL-1 β)
- Timeline E1→E4 : 28h (dans plage documentée 24-72h, médiane 48h)
- **FENÊTRE CRITIQUE** : Prochains 7-14 jours déterminent récupération (E5a, 40-60% probabilité si repos ≥ 14 j) vs détérioration chronique (E5b, 60% probabilité si repos < 7 j, réduction baseline permanente 5-10%)

5.2 Schémas cliniques identifiés clés

1. **Échec de transition d'état autonome** : Les épisodes surviennent immédiatement au réveil du sommeil, avec progression de phase organisée (faiblesse → tremblements → résolution). La fonction cognitive est préservée tout au long, indiquant une défaillance principalement autonome plutôt que métabolique.
2. **Effondrement du seuil d'activité** : 30 minutes d'activité debout dépassent maintenant l'enveloppe énergétique, même les jours avec bonne ligne de base matinale. Ceci représente une détérioration fonctionnelle significative.
3. **Vulnérabilité au rebond stimulant** : Les jours sans Ritalin MR suivant les jours avec Ritalin montrent des symptômes exagérés (tremblements, faiblesse, sommeil excessif), suggérant une dynamique d'upregulation/downregulation du SNC.
4. **Repos non réparateur** : Les siestes d'après-midi (1-3 heures) échouent constamment à restaurer l'énergie. Ceci est caractéristique de la dysfonction du sommeil dans l'EM/SFC.
5. **Dissociation cognitive-physique** : La fonction cognitive est relativement préservée ("la tête va bien") même pendant les épisodes physiques sévères, suggérant que la dysfonction primaire est autonome/périphérique plutôt qu'une défaillance métabolique centrale.

6 RÉGIME MÉDICAMENTEUX ACTUEL AVEC JUSTIFICATION

6.1 Naltrexone à faible dose (LDN) – 3-4mg par jour

Classification : Modulateur immunitaire et anti-inflammatoire hors AMM

Dosage actuel : Alternant 3mg et 4mg (incohérent)

Mécanisme d'action : À faibles doses (1-5mg), la naltrexone bloque transitoirement les récepteurs opioïdes, conduisant à une upregulation de la production d'opioïdes endogènes (endorphines) et à une modulation du récepteur Toll-like 4 (TLR4) sur la microglie, réduisant la neuroinflammation. Le LDN module également la fonction du canal ionique TRPM3 dans les cellules tueuses naturelles, qui est altérée dans l'EM/SFC.

Base de preuves :

- Polo et al. (2019) : Revue rétrospective de dossiers du LDN dans l'EM/SFC a montré des améliorations de la fatigue, du sommeil et de la douleur. Limitations : pas de contrôle placebo, pas de validation RCT.
- Bolton et al. (2020) : Rapports de cas BMJ décrivant le LDN comme traitement du SFC.
- Cabanas et al. (2021) : Étude pilote (n=9 EM/SFC sous LDN, n=9 témoins) a démontré la restauration de la fonction du canal ionique TRPM3 dans les cellules tueuses naturelles.
- Multiples RCTs en cours (2024-2026) : Life Improvement Trial (OMF), essai British Columbia (n=160), essai ME Association UK (208 pré-recrutés en sept 2025).

Qualité des preuves : Moyenne – preuves observationnelles positives ; résultats RCT en attente (prévis 2026).

Recommandation : Stabiliser le dosage soit à 3mg soit à 4mg de manière cohérente. L’alternance des doses peut empêcher la pharmacocinétique à l’état stable. Envisager de discuter l’optimisation de la dose avec le médecin.

6.2 Cétirizine – 1 comprimé par jour (récemment ajouté)

Classification : Antihistaminique H1 de deuxième génération

Indication : Gestion du syndrome d’activation mastocytaire (SAMA), contrôle des allergies

Mécanisme d’action : Antagoniste des récepteurs H1 avec propriétés stabilisatrices de mastocytes supplémentaires. La cétirizine a été démontrée inhiber la libération de médiateurs mastocytaires au-delà du simple blocage H1.

Base de preuves :

- Le SAMA est de plus en plus reconnu comme comorbidité dans l’EM/SFC, avec des médiateurs dérivés des mastocytes contribuant à la fatigue, au brouillard mental et à la dysfonction autonome.
- La cétirizine a des propriétés stabilisatrices de mastocytes documentées au-delà de ses effets antihistaminiques (recherche publiée dans Allergy journal, 2022).

Qualité des preuves : Moyenne pour SAMA dans EM/SFC ; Élevée pour efficacité antihistaminique généralement.

Note importante : Le patient prend SEULEMENT cétirizine pour gestion SAMA. Un protocole SAMA complet inclurait rupatadine (triple action H1+PAF+stabilisateur mastocytes), famotidine (bloqueur H2), et quercétine (stabilisateur mastocytes naturel). Ces ajouts sont RECOMMANDÉS (voir section Recommandations protocole SAMA).

6.3 Ritalin MR 30mg (Méthylphénidate à libération prolongée) – Intermittent

Classification : Stimulant du système nerveux central (Annexe II)

Utilisation actuelle : Intermittente, selon besoin pour fonction cognitive

Historique : 23+ ans d’utilisation (depuis environ 20 ans)

Mécanisme d’action : Bloque la recapture de la dopamine et de la norépinéphrine, augmentant la disponibilité synaptique. Dans le contexte EM/SFC, compense les niveaux bas démontrés de catécholamines dans le liquide céphalorachidien (étude de phénotypage profond NIH 2024).

Réponse clinique :

- **Sans médicament :** Déficience cognitive sévère, incapacité à se concentrer, échec de compréhension en lecture
- **1 comprimé :** Amélioration modérée, toujours limité en énergie
- **2 comprimés :** Pleinement engagé mentalement, différence “jour et nuit”
- **Réponse dose-dépendante dramatique** suggère mécanisme compensatoire pour déficit énergétique plutôt que (ou en plus de) TDAH primaire

Base de preuves :

- Pas de grands RCTs spécifiquement pour EM/SFC ; utilisation hors AMM

- Étude de phénotypage profond NIH 2024 a trouvé des catécholamines anormalement basses (norépinéphrine, dopamine) dans le liquide céphalorachidien EM/SFC, supportant la justification pour supplémentation dopaminergique
- Revue de sécurité cardiovasculaire (revue narrative 2025 dans Pharmacological Reports) : augmentation de fréquence cardiaque et pression artérielle documentée ; événements cardiovasculaires sérieux rares ; nécessite surveillance

Préoccupation critique : Les stimulants masquent les vrais niveaux d'énergie, permettant une activité qui dépasse la capacité métabolique. Cet "emprunt d'énergie" peut contribuer au PEM. La surveillance de la fréquence cardiaque pendant l'utilisation de stimulant est essentielle. Limite FC recommandée pour le patient : 97 bpm $((220-44) \times 0,55)$.

Schéma de rebond (problème actuel) : La séquence 10-11 février démontre un schéma de rebond préoccupant :

- Jour avec Ritalin : Énergie 6/10, cognitif 8/10 (excellente fonction)
- Jour après sans Ritalin : Énergie 2/10, tremblements, sommeil excessif, événement autonome

Recommandation : Si le Ritalin doit être utilisé régulièrement, discuter dosage quotidien cohérent vs. utilisation intermittente. Le schéma de rebond suggère que l'utilisation intermittente peut être pire que soit l'utilisation cohérente soit l'abstinence.

6.4 Provigil (Modafinil) – Intermittent

Classification : Agent favorisant l'éveil

Utilisation actuelle : Intermittente ; en cours d'élimination progressive en faveur de monothérapie méthylphénidate

Dose quand utilisé : Non spécifié (standard est 100-200mg)

Mécanisme d'action : Augmente la dopamine en bloquant le transporteur de dopamine ; affecte également les systèmes norépinéphrine, sérotonine, histamine et orexine. Favorise l'éveil via les neurones orexine/hypocrétine hypothalamiques.

Réponse clinique :

- Efficace pour réduire la fatigue subjective
- NE garantit PAS la clarté mentale ou l'amélioration cognitive
- Inférieur au méthylphénidate pour ce patient (Ritalin fournit à la fois anti-fatigue ET clarté cognitive)
- Les symptômes physiques (fatigue, faim d'air) persistent indépendamment

Base de preuves :

- Petites données d'essai dans EM/SFC : 200mg a montré des bénéfices modestes attention/planification spatiale vs. placebo ; 400mg a montré des effets PIREs que placebo (réponse dose paradoxale).
- Utilisation hors AMM pour fatigue EM/SFC ; preuves insuffisantes pour recommandation générale
- Effets autonomes : propriétés sympathomimétiques ; effets d'alerte sans augmentation significative TA/FC à faibles doses

Qualité des preuves : Faible à Moyenne pour EM/SFC spécifiquement.

Recommandation : Étant donné la préférence du patient pour le méthylphénidate et les considérations de coût, l'élimination progressive du modafinil semble raisonnable. Cependant, il peut servir d'alternative les jours où le rebond de méthylphénidate est une préoccupation.

7 PROTOCOLE DE SUPPLÉMENTS ACTUEL AVEC JUSTIFICATION

Basé sur le protocole médicamenteux de référence rapide (daté du 22 janvier 2026) :

Supplément	Dose	Moment	Justification
Acétyl-L-Carnitine	1000mg	Matin	Support navette acides gras mitochondriaux ; groupe acétyle traverse BHE
CoQ10 (Ubiquinol)	100mg	Matin avec gras	Cofacteur chaîne transport électrons ; essentiel production ATP
Riboflavine (B2)	400mg	Déjeuner/dîner avec gras	Précurseur FAD chaîne énergétique mitochondriale ; prévention migraine
BEFACT FORTE	1 cp	Matin	Support complexe B
Vitamine C	500mg	Matin	Antioxydant ; support absorption fer
N-Acétylcystéine (NAC)	600mg	Matin	Précurseur glutathion ; antioxydant ; anti-inflammatoire
Fer (FerroDyn FORTE)	1 cap	Matin	Reconstitution fer (séparer Ca/Mg 2-4h)
Glycinate magnésium	300-400mg	Coucher	Relaxation musculaire ; prévention crampes ; support sommeil
Huile MCT	1 c.à.c.	Coucher	Contourne navette carnitine pour substrat ATP immédiat
D-Ribose	5g	Coucher (opt.)	Précurseur ATP direct
Vitamine D3	25000 UI	Hebdo avec gras	Modulation immunitaire
Urolithin A + NAD+	2 caps (2000mg + 200mg)	Matin	Support mitophagie et énergie cellulaire
Électrol.	2-250mL	Mat+PM	Vse

Note importante : Le patient ne prend PAS actuellement :

- Quercétine (500-1000mg) - stabilisateur mastocytes naturel
- Rupatadine (10-20mg) - H1+PAF+stabilisateur mastocytes (SAMA)
- Famotidine (20mg 2×/jour) - Bloqueur H2 (SAMA)

Ces trois suppléments sont listés dans le protocole médicamenteux de référence mais ne sont pas actuellement utilisés. **Ils devraient être considérés comme RECOMMANDATIONS pour gestion SAMA** (voir section Recommandations de traitement).

Justification du protocole actuel : Restauration énergétique en trois phases :

1. **Contournement** (immédiat) : Huile MCT + D-Ribose fournissent substrats ATP qui contournent les voies métaboliques dysfonctionnelles

2. **Réparation** (4-6 semaines) : Acétyl-L-Carnitine rouvre la navette acides gras mitochondriaux
3. **Optimisation** (en cours) : CoQ10 + B2 + Mg supportent l'efficacité chaîne transport électrons

8 RECOMMANDATIONS DE TRAITEMENT BASÉES SUR PREUVES

8.1 Gestion de la dysrégulation autonome

8.1.1 Non pharmacologique (première ligne)

1. **Augmenter apport hydrique à 2-3L/jour** avec électrolytes adéquats
 - Preuves : US ME/CFS Clinician Coalition (Bateman et al. 2021) recommande hydratation agressive comme première ligne pour intolérance orthostatique
 - Patient utilise actuellement solution électrolytes 2×/jour ; envisager augmentation à 3×/jour
2. **Augmenter apport sodium alimentaire** (si pression artérielle le permet)
 - Cible : 5-10g sodium/jour (sous supervision médicale)
 - Surveiller pression artérielle ; contre-indiqué en hypertension
 - Preuves : Stock et al. (2022) recommandent augmentations modestes avec surveillance TA
3. **Vêtements de compression**
 - Bas de compression montant jusqu'à la taille (30-40 mmHg) plutôt que mi-bas (aux genoux)
 - Les liants abdominaux fournissent support retour veineux additionnel
 - Preuves : Recommandé par US ME/CFS Clinician Coalition (2021)
4. **Gestion posturale**
 - Éviter station debout prolongée (seuil actuel : <30 minutes)
 - S'asseoir ou s'allonger quand possible pendant activités
 - Se lever lentement des positions allongée/assise
 - Élever tête de lit 10-15 degrés (peut améliorer tolérance orthostatique matinale)

8.2 Prévention et gestion du PEM

8.2.1 Identification de l'enveloppe d'activité

Basé sur données récentes (8-13 février 2026), l'enveloppe d'activité sûre actuelle du patient est :

Type d'activité	Durée maximale	Notes
Travail debout/vertical	<30 minutes	Repassage, cuisine, courses ont tous déclenché crashes à 30 min

Travail cognitif assis	FATIGANT	Position assise fatigante, pas de récupération possible, envie constante de s'allonger ; PEM même en position assise
Marche (courses)	<60 minutes	1h20 marche a déclenché crash d'après-midi le 11 fév
Conduite	Toléré avec prudence	Faiblesse notée 11 fév mais pas de risque évanouissement/endormissement ; toléré même trajets longs

8.2.2 Rythme basé sur fréquence cardiaque

- **Limite FC cible** : 97 bpm $((220 - 44) \times 0,55)$
- **Justification** : Rester sous seuil anaérobie prévient accumulation acide lactique et déclencheurs PEM
- **Mise en œuvre** : Moniteur fréquence cardiaque continu pendant toutes activités
- **Preuves** : Protocole de rythme Workwell Foundation ; étude de faisabilité Davenport et al. (2025) sur surveillance FC pour prévention PEM

8.2.3 Protocole de gestion PEM

Quand les symptômes PEM se développent :

1. Cesser immédiatement toute activité non essentielle
2. S'allonger (position horizontale réduit stress autonome)
3. S'hydrater avec électrolytes
4. Ne pas tenter de "pousser à travers"
5. Permettre minimum 24-48 heures de repos avant réévaluer capacité d'activité
6. Surveiller aggravation sur 24-72 heures (apparition PEM souvent retardée)

8.3 Optimisation du sommeil

Problèmes de sommeil actuels :

- Sommeil nocturne fragmenté (réveil à 04 :30, incapable de se rendormir)
- Siestes diurnes non réparatrices (1-3 heures)
- Douleur nocturne perturbant le sommeil

Recommandations :

1. Référence médecine du sommeil pour polysomnographie avec surveillance autonome
2. Évaluer dysrégulation autonome dépendante du stade de sommeil
3. Envisager essai supplémentation mélatonine (1-3mg, 30-60 min avant heure cible sommeil) – aborde dysfonction pinéale hypothétique
4. Maintenir horaire sommeil-éveil cohérent quand possible
5. Aborder douleur nocturne (actuellement fesse droite ; envisager évaluation musculo-squelettique)

8.4 Optimisation médicamenteuse

Problèmes actuels :

1. **Incohérence dose LDN** : Alternance 3mg et 4mg empêche pharmacocinétique état stable
 - Recommandation : Choisir dose cohérente ; si 4mg cause effets secondaires, stabiliser à 3mg
2. **Schéma rebond stimulant** : Utilisation intermittente Ritalin cause jours rebond sévères
 - Recommandation : Discuter avec médecin si utilisation quotidienne faible dose cohérente serait préférable à utilisation intermittente forte dose
 - Alternative : Planifier “jours rebond” avec repos strict et pas de conduite
3. **Protocole SAMA incomplet** : Patient prend actuellement SEULEMENT cétirizine (H1 basique). Le protocole médicamenteux de référence liste rupatadine + famotidine + quercétine, mais le patient confirme ne PAS les prendre actuellement.
 - Recommandation : Envisager ajout protocole SAMA complet (voir section suivante pour détails)

8.5 Recommandations protocole SAMA (Syndrome activation mastocytes)

Contexte : Le SAMA est de plus en plus reconnu comme comorbidité dans l’EM/SFC, avec médiateurs dérivés mastocytes contribuant à fatigue, brouillard mental et dysfonction autonome. Patient prend actuellement SEULEMENT cétirizine (H1 basique).

Protocole SAMA recommandé complet :

Quercétine – 500-1000mg par jour

- **Classification** : Stabilisateur mastocytes naturel (flavonoïde)
- **Mécanisme** : Inhibe libération histamine et médiateurs inflammatoires des mastocytes
- **Dosage** : 500-1000mg matin avec repas
- **Preuves** : Études in vitro et animales montrent inhibition dégranulation mastocytes
- **Sécurité** : Bien toléré ; peut interférer avec certains médicaments (vérifier interactions)

Rupatadine – 10-20mg par jour

- **Classification** : Antihistaminique H1 + antagoniste PAF + stabilisateur mastocytes (triple action)
- **Mécanisme** : Supérieur à cétirizine : bloque H1 + PAF (facteur activation plaquettes) + stabilise mastocytes
- **Dosage** : 10-20mg matin
- **Avantage vs. cétirizine** : Triple mécanisme vs. simple H1 ; stabilisation mastocytes documentée
- **Preuves** : Études cliniques SAMA montrent efficacité supérieure aux H1 simples

Famotidine – 20mg deux fois par jour

- **Classification** : Bloqueur H2 (antagoniste récepteurs histamine-2)
- **Mécanisme** : Complémentaire blocage H1 (rupatadine/cétirizine) ; bloque voie H2 distincte
- **Dosage** : 20mg matin + 20mg soir
- **Justification** : Protocole SAMA complet nécessite blocage H1 + H2
- **Preuves** : Combinaison H1+H2 plus efficace que H1 seul pour SAMA

Recommandation globale :

1. **Ajouter famotidine 20mg 2×/jour** (bloqueur H2 manquant) – priorité ÉLEVÉE
2. **Envisager substitution cétirizine → rupatadine 10-20mg** (triple action supérieure)
3. **Ajouter quercétine 500-1000mg** (stabilisateur mastocytes naturel)

Justification pour ce patient : Dysfonction autonome et symptômes pseudo-hypoglycémiques peuvent être partiellement médiés par activation mastocytes. Protocole SAMA complet pourrait réduire fréquence événements autonomes.

9 AJOUTS MÉDICAMENTEUX POTENTIELS

9.1 Ivabradine (Procoralan/Corlanor)

Indication : Contrôle fréquence cardiaque dans intolérance orthostatique / symptômes type POTS

Dose initiale proposée : 2,5mg deux fois par jour, titrer à 5-7,5mg deux fois par jour

Mécanisme : Inhibiteur sélectif du canal If (funny) dans le nœud sinusal. Réduit fréquence cardiaque sans abaisser pression artérielle. N'affecte pas contractilité cardiaque.

Preuves :

- **Essai randomisé (Taub et al. 2021, JACC)** : Ivabradine supérieur au placebo pour réduire fréquence cardiaque et améliorer qualité de vie dans POTS hyperadrénergique (changement FC debout-couché : 13,1 bpm vs. 17,0 bpm placebo, p=0,001).
- **Revue systématique (Frontiers in Neurology, 2024)** : Ivabradine et midodrine démontrèrent taux le plus élevé d'amélioration symptomatique parmi médicaments POTS.
- **Résultats rapportés patients (2025)** : Chez patients EM/SFC et COVID long, ivabradine (66,8%) eut impact positif significativement plus élevé que bêta-bloquants.
- **Essais en cours** : Étude COVIVA (ivabradine pour POTS COVID-long) ; RECOVER-AUTONOMIC (achèvement prévu nov 2026).

Avantages pour ce patient :

- N'abaisse PAS pression artérielle (important pour patients avec hypotension orthostatique potentielle)
- Contourne dysfonction niveau récepteur en inhibant directement courant If (pertinent si anticorps anti-GPCR présents)
- Peut aborder pouls élevé observé pendant activités debout

- Mieux toléré que bêta-bloquants chez beaucoup patients EM/SFC

Risques :

- Bradycardie (dose-dépendante)
- Phosphènes (perturbations visuelles, typiquement transitoires)
- Fibrillation auriculaire (rare, < 1%)
- Pas extensivement étudié dans EM/SFC spécifiquement

Qualité preuves : Moyenne-Élevée pour POTS; Moyenne pour extrapolation EM/SFC.

Évaluation risque/bénéfice : FAVORABLE – aborde le pouls élevé documenté du patient pendant station debout avec effets minimaux sur pression artérielle. La préservation cognitive du patient pendant événements autonomes suggère que contrôle fréquence cardiaque seul peut être suffisant.

9.2 Propranolol faible dose (Bêta-bloquant non sélectif)

Indication : Contrôle fréquence cardiaque, réduction tremblements

Dose initiale proposée : 10mg une fois par jour, titrer à 10-20mg deux fois par jour

Mécanisme : Antagoniste bêta-adrénergique non sélectif. Réduit fréquence cardiaque, débit cardiaque et tremblements périphériques. Réduit aussi suractivité sympathique.

Preuves :

- **Raj et al. (2009, Circulation) :** Propranolol faible dose (20mg) réduisit significativement tachycardie et améliora symptômes dans POTS. Constatation clé : FAIBLES doses fonctionnent mieux; doses plus élevées peuvent paradoxalement aggraver symptômes.
- **Arnold et al. (2013, PMC) :** Propranolol faible dose améliora VO2max chez patients POTS, suggérant bénéfices capacité exercice.
- **Revue systématique (2025) :** Bêta-bloquants montrèrent plus grande réduction variabilité fréquence cardiaque parmi traitements POTS.

Avantages pour ce patient :

- Peut aborder directement symptômes tremblements (proéminents dans événements récents)
- Propriétés anti-migraine (pertinent vu historique migraines)
- Profil sécurité bien caractérisé
- Peu coûteux
- Peut réduire suractivité sympathique contribuant à instabilité autonome

Risques :

- Peut abaisser pression artérielle (problématique si hypotension orthostatique présente)
- Peut aggraver fatigue (effet secondaire commun pertinent pour EM/SFC)
- Peut masquer symptômes hypoglycémie (pertinent vu épisodes pseudo-hypoglycémiques)
- Risque bronchospasme (patient a historique asthme enfance, bien que résolu)
- Peut réduire davantage tolérance exercice

Qualité preuves : Moyenne-Élevée pour POTS ; Faible pour EM/SFC spécifiquement.

Évaluation risque/bénéfice : MODÉRÉ – contrôle tremblements et prévention migraine sont attrayants, mais aggravation fatigue est préoccupation significative. Le principe “moins c’est plus” s’applique : commencer très faible (10mg). Surveiller exacerbation fatigue.

IMPORTANT : Propranolol faible dose (10-20mg) recommandé sur doses standard. Doses plus élevées peuvent aggraver symptômes dans POTS/EM/SFC.

9.3 Midodrine (Agoniste alpha-1 adrénergique)

Indication : Intolérance orthostatique, hypotension orthostatique symptomatique

Dose initiale proposée : 2,5mg deux fois par jour (matin et midi), titrer à 5-10mg trois fois par jour

Mécanisme : Prodrogue convertie en desglymidodrine, agoniste alpha-1 adrénergique sélectif. Cause vasoconstriction périphérique, augmentant retour veineux et pression artérielle.

Preuves :

- **Revue systématique (Frontiers in Neurology, 2024) :** Midodrine démontra parmi taux les plus élevés d’amélioration symptomatique pour POTS.
- **Données renouvellement ordonnances :** 33,91% taux succès traitement pour midodrine dans POTS.
- **US ME/CFS Clinician Coalition (2021) :** Listé parmi options pharmacologiques première ligne pour intolérance orthostatique dans EM/SFC.
- **Guidance traitement CDC ME/CFS :** Midodrine recommandé pour hypotension orthostatique et POTS.

Avantages pour ce patient :

- Aborde intolérance orthostatique directement
- Peut réduire événements autonomes déclenchés par changement postural
- Bien caractérisé ; approuvé FDA pour hypotension orthostatique
- Ne cause pas dépression SNC

Risques :

- Hypertension en position couchée (ne pas prendre avant s’allonger ; dernière dose >4h avant coucher)
- Rétention urinaire
- Piloérection (“chair de poule”)
- Picotements cuir chevelu
- Maux de tête (pertinent vu historique migraines)

Qualité preuves : Moyenne pour EM/SFC ; Élevée pour hypotension orthostatique.

Évaluation risque/bénéfice : FAVORABLE si hypotension orthostatique confirmée par test inclinaison. Moins approprié si constatation primaire est tachycardie sans hypotension (auquel cas ivabradine ou bêta-bloquant faible dose préféré).

TIMING CRITIQUE : Dernière dose doit être prise au moins 4 heures avant s’allonger pour éviter hypertension en position couchée.

9.4 Fludrocortisone (Minéralocorticoïde synthétique)

Indication : Expansion volume sanguin pour intolérance orthostatique

Dose initiale proposée : 0,05mg par jour, titrer à 0,1-0,2mg par jour

Mécanisme : Minéralocorticoïde synthétique qui augmente réabsorption sodium et eau dans reins, expansant volume plasmatique. Aborde déficit volume sanguin documenté dans EM/SFC (Hurwitz et al. : 93,8% patientes et 50% patients masculins EM/SFC ont masse globules rouges réduite).

Preuves :

- **Freitas et al. (2000) :** Combinaison bêta-bloquant (bisoprolol) + fludrocortisone montra amélioration clinique dans intolérance orthostatique. Combinaison plus efficace que monothérapie.
- **Raj et al. (2005, Circulation) :** Déficits volume sanguin marqués documentés chez patients POTS avec niveaux aldostérone paradoxalement normaux à bas.
- **Données renouvellement ordonnances :** 42,78% taux succès traitement pour fludrocortisone dans POTS (le plus élevé parmi médicaments POTS communs).
- **US ME/CFS Clinician Coalition (2021) :** Listé parmi options première ligne pour intolérance orthostatique dans EM/SFC.

Avantages pour ce patient :

- Aborde déficit volume sanguin probable (93,8% patientes, 50% patients masculins EM/SFC affectés)
- Peut réduire fréquence événements orthostatiques
- Dosage une fois par jour (simple)
- Peut être combiné avec autres agents (midodrine, bêta-bloquants)

Risques :

- Hypokaliémie (surveiller niveaux potassium)
- Rétention liquidienne / œdème
- Hypertension (surveiller pression artérielle)
- Maux de tête
- Gain de poids
- Long terme : suppression surrénale potentielle à doses plus élevées

Qualité preuves : Moyenne pour intolérance orthostatique EM/SFC ; Moyenne-Élevée pour POTS.

Évaluation risque/bénéfice : FAVORABLE comme thérapie adjuvante. Particulièrement approprié si déficit volume sanguin documenté. Nécessite surveillance électrolytes (potassium).

9.5 Pyridostigmine (Mestinon)

Indication : Dysfonction autonome, intolérance à l'exercice

Dose initiale proposée : 30mg deux fois par jour, titrer à 60mg trois fois par jour

Mécanisme : Inhibiteur acétylcholinestérase qui améliore tonus parasympathique (vagal) en prévenant dégradation acétylcholine. Améliore équilibre autonome.

Preuves :

- **Étude croisée randomisée** : 30mg pyridostigmine fournit soulagement symptômes dans 4 heures et réduit fréquences cardiaques debout chez patients POTS.
- **Étude rétrospective (n=300 patients POTS)** : Environ 50% expérimentèrent amélioration symptômes orthostatiques.
- **Enquête rapportée patients** : ~70% patients rapportèrent au moins quelque efficacité pour POTS.
- **Life Improvement Trial (OMF, 2024-en cours)** : Étudie effets synergiques pyridostigmine + LDN dans EM/SFC.
- **Revue systématique (2025)** : Études uniques impliquant effets hémodynamiques bénéfiques dans POTS.

Avantages pour ce patient :

- Peut aborder échec transition état autonome (hypothèse primaire pour événement 11 fév)
- Améliore tonus vagal, qui peut stabiliser transitions autonomes pendant cycles sommeil-éveil
- Effets secondaires cardiovasculaires minimaux
- Peut être combiné avec autres agents autonomes
- Potentiellement synergique avec LDN (étudié dans Life Improvement Trial)

Risques :

- Malaise gastro-intestinal (plus commun ; nausée, diarrhée, crampes)
- Salivation accrue
- Crampes musculaires (patient a déjà crampes chroniques – surveiller attentivement)
- Fréquence urinaire
- Fasciculations

ATTENTION pour ce patient : Vu hypersensibilité vagale documentée et historique syncope vasovagale, pyridostigmine (qui AMÉLIORE tonus vagal) devrait être utilisé avec extrême prudence. Commencer à dose la plus faible avec surveillance étroite est essentiel.

Qualité preuves : Moyenne pour POTS ; Faible-Moyenne pour EM/SFC.

Évaluation risque/bénéfice : INCERTAIN – justification est forte (modulation autonome), mais hypersensibilité vagale documentée du patient crée risque spécifique. Discuter attentivement avec spécialiste.

9.6 Tableau comparatif : Ajouts médicamenteux potentiels

Méd.	Cible	TA	FC	Fatig.	Preuv.	Pri.
Ivabr.	Fréq.C	Neutre	↓	Faible	Moy.	ÉL.
Pr.f	FC+tr	↓	↓	Modéré	Faible	Moy.
Midodr.	Press.art	↑	Neutre	Faible	Moy.	Moy.
Fludro.	Vol.sang	↑	Neutre	Faible	Moy.	Moy.
Pyrid.	Éq.aut.	Neutre	↓	Faible	Fb.-M.	Att.

Ordre priorité recommandé (pour présentation spécifique de ce patient) :

1. **Ivabradine** – meilleures preuves pour contrôle FC sans effets TA ; aborde plainte autonome centrale
2. **Fludrocortisone** – aborde déficit volume sanguin probable ; dosage simple
3. **Midodrine** – si hypotension orthostatique confirmée
4. **Propranolol faible dose** – si tremblements restent problématiques ; attention avec fatigue
5. **Pyridostigmine** – différer jusqu'à hypersensibilité vagale mieux caractérisée

10 RECOMMANDATIONS DIAGNOSTIQUES

10.1 Niveau 1 : Urgent (Dans 2-4 semaines)

Test	Objectif	Constata- tion tendue	at-	Priorité
Test d'inclinaison	Caractériser réponse autonome au changement postural	POTS, hypotension orthostatique, ou réponse vasovagale		CRI-TIQUE
Signes vitaux orthostatiques (Test Lean NASA)	FC/TA de base allongé vs. debout	Augmentation FC \geq 30 bpm diagnostique POTS		ÉLEVÉE (peut faire à domicile)
Moniteur Holter 24-48h	Capturer rythme cardiaque pendant épisodes naturels	Schémas FC, arythmies pendant événements tremblements		ÉLEVÉE
Glucose à jeun + HbA1c	Exclure vraie hypoglycémie	Attendu normal (sympômes sont autonomes, pas métaboliques)		ÉLEVÉE
Panel métabolique de base	Électrolytes, fonction rénale	Exclure déséquilibre électrolytes contribuant aux symptômes		ÉLEVÉE

10.2 Niveau 2 : Important (Dans 1-3 mois)

Test	Objectif	Constata- tion tendue	at-	Prio
Test variabilité fréquence cardiaque (HRV)	Quantifier tonus autonome	HRV réduite, possible dominance sympathique		Moy
Polysomnographie avec surveillance autonome	Évaluer architecture sommeil et fonction autonome pendant sommeil	Dysrégulation autonome dépendante stade sommeil		Moy
Mélatonine salivaire chronométrée (soir, nuit, matin)	Évaluer fonction pinéale	Mélatonine potentiellement basse (aborde hypothèse fluorure-pinéale)		Moy
Mesure volume sanguin (double isotope ou CO rebreathing)	Quantifier déficit volume sanguin	Attendu : masse globules rouges et/ou volume plasmatique réduits		Moy
Cortisol/ACTH (matin, chronométré)	Évaluer fonction axe HPA	Schéma cortisol potentiellement dysrégulé		Moy

10.3 Niveau 3 : Supplémentaire (Dans 6 mois)

Test	Objectif	Priorité
Panel carnitine (totale, libre, acyl)	Confirmer déficience carnitine	Faible-Moyenne
Niveaux CoQ10	Confirmer statut CoQ10	Faible
Actigraphie continue deux semaines	Évaluation rythme circadien	Faible-Moyenne
Tests neuropsychologiques	Évaluation cognitive de base	Faible
Panel fer	Évaluer statut fer	Faible

10.4 Surveillance à domicile (Immédiat)

Le patient peut commencer les évaluations suivantes immédiatement :

1. **Test Lean NASA** (évaluation orthostatique à domicile) :
 - Allongé en décubitus dorsal 5 minutes ; enregistrer FC et TA
 - Se lever et s'appuyer contre mur ; enregistrer FC et TA à 1, 3, 5 et 10 minutes
 - Augmentation FC ≥ 30 bpm = positif pour POTS
 - Enregistrer symptômes à chaque point temporel
2. **Surveillance fréquence cardiaque continue** pendant toutes activités
3. **Mesure glucose sanguin** pendant épisodes pseudo-hypoglycémiques (pour confirmer que ceux-ci sont autonomes, pas métaboliques)

11 RYTHME D'ACTIVITÉ ET PRÉVENTION PEM

11.1 Seuils d'activité actuels (déterminés empiriquement)

Basé sur données du 25 janvier - 13 février 2026 :

Activité	Durée sûre	Preuves
Travail debout (repas-sage, cuisine)	<30 min sans pause	12 fév : 30 min a déclenché crash
Marche (courses)	<60 min	11 fév : 1h20 a déclenché crash d'après-midi
Travail cognitif assis	Variable	Surveiller avec acouphènes comme indicateur fatigue
Conduite	Restreindre jusqu'à évaluation	11 fév : événement autonome pendant conduite

11.2 Protocole de rythme

1. **Surveillance fréquence cardiaque** : Rester sous 97 bpm (seuil anaérobie : $(220-44) \times 0,55$)
2. **Acouphènes comme signal arrêt** : Quand acouphènes apparaissent, réduire immédiatement niveau d'activité
3. **Ratio repos-activité 3 :1** : Pour chaque période d'effort, repos pour $3 \times$ la durée
4. **Évaluation pré-activité** : Évaluer fragilité matinale avant planifier activités debout
5. **Fractionner tâches** : Diviser activités en segments de 15 minutes avec 15 minutes repos assis entre
6. **Alternatives assises** : Repasser assis ; utiliser tabouret pour travail cuisine ; livraison courses en ligne
7. **Protection post-stimulant** : Jours après utilisation Ritalin, planifier repos strict (vulnérabilité rebond)

11.3 Signaux d'avertissement PEM

Cesser toute activité immédiatement si :

- Fréquence cardiaque dépasse 97 bpm
- Apparition acouphènes
- Faiblesse ou “jambes en gelée”
- Pouls élevé palpable
- Sensation pseudo-hypoglycémique (tremblements, transpiration, faiblesse)
- Traitement cognitif notablement ralenti

12 PARAMÈTRES DE SURVEILLANCE

12.1 Suivi quotidien (auto-rapport patient)

Paramètre	Comment mesurer	Cible
Niveau d'énergie	Échelle 0-10, matin et soir	Stabilité tendance, éviter $<3/10$
Fonction cognitive	Échelle 0-10	Stabilité tendance
Acouphènes	Présent/absent + intensité 0-10	Utiliser comme biomarqueur fatigue
Douleur	Échelle 0-10 + localisation	Identifier corrélations activité-douleur
Fréquence cardiaque	car- Moniteur continu, enregistrer max	Rester sous 97 bpm
Sommeil	Heures, qualité, perturbations	Améliorer continuité

Temps debout	Minutes cumulées	Rester dans enveloppe
Médicaments pris	Doses exactes et timing	Assurer cohérence

12.2 Évaluation hebdomadaire

Paramètre	Objectif
Épisodes PEM (compte, sévérité, déclencheurs)	Calibration seuil activité
Fréquence migraines	Efficacité traitement
Événements autonomes (faiblesse, tremblements, pouls élevé)	Identification schéma
Tendance capacité fonctionnelle globale	Trajectoire maladie

12.3 Si nouveaux médicaments démarrés

Médicament	Surveillance clé	Fréquence
Ivabradine	FC repos, symptômes brady-cardie	Quotidien 2 semaines, puis hebdo
Propranolol	FC, TA, niveau fatigue, tolérance exercice	Quotidien 2 semaines
Midodrine	TA en décubitus (avant s'allonger), picotements cuir chevelu	Chaque dose 1 semaine
Fludrocortisone	TA, poids, niveaux potassium	TA quotidien ; analyses à 2 et 6 semaines
Pyridostigmine	Symptômes GI, crampes musculaires, FC	Quotidien 1 semaine

12.4 Critères de succès pour essais médicamenteux

Critère	Définition
Succès	$\geq 20\%$ réduction événements autonomes ET/OU ≥ 2 points amélioration énergie quotidienne moyenne
Succès partiel	Amélioration symptômes sans gains énergie OU amélioration énergie avec nouveaux effets secondaires
Échec	Pas d'amélioration après durée essai adéquate OU effets secondaires intolérables

13 QUESTIONS POUR DISCUSSION

13.1 Pour médecin généraliste / soins primaires

1. Vu les événements récurrents de dysrégulation autonome (10-13 fév), une référence urgente en cardiologie ou médecine autonome est-elle justifiée ?
2. Devrions-nous restreindre la conduite jusqu'à ce que les tests autonomes formels soient complétés ?
3. Le schéma actuel d'utilisation intermittente de stimulant (Ritalin certains jours, pas d'autres) contribue-t-il aux événements autonomes de rebond ? Une utilisation quotidienne cohérente à faible dose serait-elle plus sûre ?
4. Pouvons-nous obtenir mesure glucose sanguin pendant le prochain épisode pseudo-hypoglycémique pour exclure vraie hypoglycémie ?
5. Panel métabolique de base et niveaux cortisol devraient-ils être vérifiés vu l'instabilité autonome ?

13.2 Pour cardiologie / spécialiste autonome

1. Basé sur le schéma symptômes (pouls élevé en station debout, faiblesse, tremblements pendant transitions sommeil-éveil, préservation cognitive), test d'inclinaison formel est-il indiqué ?
2. Vu hypersensibilité vasovagale documentée (pré-2018) et dysfonction autonome post-commotion, quelle est la caractérisation la plus appropriée du syndrome autonome de ce patient ?
3. L'ivabradine est-elle appropriée comme agent contrôle fréquence cardiaque première ligne, vu ses effets neutres sur pression artérielle et la préoccupation du patient sur aggravation fatigue avec bêta-bloquants ?
4. Surveillance Holter devrait-elle être effectuée spécifiquement pour capturer le schéma transition sommeil-éveil (phases de 25 minutes de faiblesse suivies de tremblements) ?
5. La combinaison d'utilisation stimulant (méthylphénidate, qui augmente FC/TA) avec instabilité autonome crée-t-elle un schéma dangereux qui devrait être abordé pharmacologiquement ?

13.3 Pour médecine du sommeil

1. Polysomnographie avec surveillance autonome (FC, TA, HRV continu) est-elle indiquée pour évaluer dysrégulation autonome dépendante du stade de sommeil ?
2. Vu la voie fluorure-pinéale hypothétique, les niveaux de mélatonine salivaire chronométrés aideraient-ils à guider la supplémentation en mélatonine ?
3. Le patient a hypersomnie idiopathique prédatant diagnostic EM/SFC. Une réévaluation de ce diagnostic est-elle justifiée vu le tableau autonome plus large ?
4. Les événements autonomes post-sieste (faiblesse, tremblements au réveil) sont-ils cohérents avec un trouble de transition de sommeil connu ?

13.4 Pour neurologie

1. Vu l'historique de commotion (juin 2018, amnésie post-traumatique 5h) et détérioration autonome subséquente, imagerie neurologique (IRM cérébrale avec focus sur tronc cérébral/centres autonomes) est-elle indiquée ?
2. Le tremblement des mains (présent depuis 16 ans, s'aggravant) avec tremblements autonomes récents – sont-ils les mêmes ou différents phénomènes ?
3. Caractérisation formelle tremblements devrait-elle être effectuée pour distinguer tremblement essentiel, tremblement autonome et tremblement potentiel post-TCC ?

A CONSIDÉRATIONS D'INTERACTIONS MÉDICA-MENTEUSES

A.1 Médicaments actuels et ajouts potentiels nouveaux

Méd. actuel	Ivabradine	Propranolol	Midodrine	Fludrocortisone	Pyridostigmine
LDN 3-4mg	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction
Cétirizine	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction
Ritalin MR 30mg	Surveiller FC	ATTENTION : effets FC opposés	Surveiller TA	Pas d'interaction	Pas d'interaction
Modafinil	Surveiller FC	Préoccupation légère	Surveiller TA	Pas d'interaction	Pas d'interaction
Glycinate magnésium	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Pas d'interaction	Surveiller K+	Pas d'interaction

Interactions clés à surveiller :

1. **Ritalin + bêta-bloquant** : Effets cardiovasculaires opposés. Méthylphénidate augmente FC/TA ; propranolol diminue FC/TA. Peut partiellement annuler effets thérapeutiques de chacun, ou peut causer réponses autonomes imprévisibles. Utiliser doses efficaces les plus faibles des deux.
2. **Ritalin + ivabradine** : Les deux affectent fréquence cardiaque par différents mécanismes. Méthylphénidate augmente FC (sympathomimétique) ; ivabradine diminue FC (blocage canal If). Cette combinaison peut en fait fournir contrôle équilibré – l'ivabradine peut prévenir tachycardie induite par stimulant tout en préservant bénéfices cognitifs stimulant. Surveiller FC étroitement.
3. **Fludrocortisone + électrolytes** : Les deux affectent équilibre hydrique/électrolytes. Surveiller niveaux potassium étroitement lors combinaison minéralocorticoïde avec solutions électrolytes contenant potassium.

B STRATÉGIE D'INTERVENTION PEM BASÉE SUR LE TIMING

B.1 Cascade PEM : Points d'intervention temporels

Basé sur modèle événementiel de malaise post-effort (EPC PEM Cascade Model, certitude 0.7), avec corrélation aux événements patient récents :

B.1.1 Fenêtres temporelles et opportunités d'intervention

1. **E1 → E2 : Activité → Décalage métabolique (30min–4h)**
 - **Patient Feb 12 11 :15–11 :45** : 30min repassage debout → faiblesse, pouls élevé (activation E1→E2)
 - **Prévention primaire** : Surveillance FC <97 bpm ($0,55 \times [220 - \text{âge}]$) ; pacing basé FC
 - **Biomarqueurs** : Lactate >2,0 mmol/L, marqueurs ROS élevés (95% probabilité chez patients EM/SFC)

- **Intervention** : ARRÊT IMMÉDIAT activité si FC dépasse seuil ; repos horizontal obligatoire
- 2. **E2 → E3 : Décalage métabolique → Activation immunitaire (4–24h)**
 - **Patient Feb 12 après-midi/soir** : Sieste 1h20 non réparatrice → probablement transition E2→E3
 - **Fenêtre critique anti-inflammatoire** : 4–24h post-activité
 - **Biomarqueurs** : Cytokines pro-inflammatoires (IL-1 α , IL-8, IFN- γ , CXCL1)
 - **Interventions possibles** :
 - Quercétine 1000mg (stabilisateur mastocytes, anti-inflammatoire naturel)
 - Famotidine 20mg BID (bloqueur H2, effets anti-inflammatoires)
 - LDN dose timing optimisé (modulation immunitaire)
 - Repos strict horizontal (prévenir progression cascade)
 - **Probabilité activation** : 87% chez patients <3 ans maladie ; réduite >3 ans
- 3. **E3 → E4 : Activation immunitaire → Pic symptomatique (12–48h)**
 - **Patient Feb 13 midi** : Faiblesse après préparation déjeuner → confirmation E4 (Jour 2 post-crash)
 - **Durée médiane jusqu'à pic** : 48h post-activité déclenchante
 - **Manifestation symptômes** : 100% probabilité une fois activation immunitaire établie
 - **Gestion symptômes** :
 - Repos horizontal strict (position assise NON réparatrice pour ce patient)
 - Hydratation + électrolytes (expansion volume sanguin)
 - Aucune activité debout (seuil <30min déjà dépassé)
- 4. **E4 → E5a/E5b : Pic → Récupération vs Chronification (7–21 jours)**
 - **CRITIQUE - Patient actuellement à ce stade (Feb 13)**
 - **Récupération complète (E5a)** : 40% probabilité SI repos \geq 7 jours ininterrompu
 - **Activation chronique (E5b)** : 60% probabilité SI repos <7j OU nouveaux déclencheurs
 - **Impact chronicité** : Réduction baseline 5–10% fonction ; ATP baseline -5%
 - **RECOMMANDATION URGENTE** :
 - **Repos \geq 14 jours recommandé** (dépasse minimum 7j, augmente probabilité E5a >60%)
 - AUCUNE activité debout >10min
 - Reprise activité graduelle SEULEMENT après normalisation symptômes
 - Éviter absolument nouveaux déclencheurs pendant fenêtre récupération

B.1.2 Boucle rétroaction chronique (FL1)

Pattern préoccupant identifié : Patient montre épisodes PEM récurrents (11 fév, 12 fév, 13 fév) suggérant entrée possible boucle chronique immune-métabolique.

Caractéristiques boucle :

- Chaque cycle : ATP baseline \times 0,95 (perte permanente 5%)

- Chaque cycle : Difficulté récupération $\times 1,1$ (10% plus difficile récupérer)
- Convergence : ATP baseline \rightarrow minimum critique (déclin progressif)
- **Probabilité alimentation boucle** : 60% si repos insuffisant

Conditions rupture boucle :

1. **Repos >14 jours ininterrompu** (permet réparation complète) - PRIORITÉ ABSOLUE
2. **Intervention anti-inflammatoire** (brise étape activation immunitaire) - protocole SAMA
3. **Éducation pacing** (prévenir re-déclenchement) - surveillance FC strict
4. **Résolution spontanée** (<10% probabilité, mécanisme unclear)

C INTERVENTIONS QUOTIDIENNES

Note : Cette section répertorie les interventions que le patient prend quotidiennement ou presque quotidiennement. Ces interventions sont basées sur une analyse croisée des protocoles généraux et du régime actuel du patient.

C.1 Support métabolisme énergétique

1. **Acetyl-L-Carnitine 1000mg (matin)**
 - **Fonction** : Ouvre “navette carnitine” pour transport graisses à longue chaîne dans mitochondries
 - **Justification** : Aborde cause racine dysfonction métabolisme grasse (“running on empty”)
 - **Timeline** : 4–6 semaines effet initial ; 3–6 mois bénéfice maximum
 - **Forme acétyl** : Traverse barrière hémato-encéphalique pour support cognitif
 - **Preuves** : Correction racine vs bypass temporaire MCT oil
2. **CoQ10 Ubiquinol 100–200mg (avec grasse alimentaire)**
 - **Fonction** : “Bougie d’allumage” chaîne transport électrons ; cofacteur essentiel synthèse ATP
 - **Justification** : Support machinerie production énergie mitochondriale
 - **CRITIQUE** : **Fat-soluble - DOIT prendre avec grasse alimentaire sinon absorption <10%**
 - **Forme ubiquinol** : Active, réduite (meilleure absorption qu’ubiquinone)
3. **Riboflavin (B2) 400mg (dîner avec grasse)**
 - **Fonction triple** :
 - Précurseur FAD (flavine adénine dinucléotide) - essentiel bêta-oxydation (combustion graisses)
 - Cofacteur critique chaîne transport électrons
 - Prévention migraines (prouvé à 400mg/jour)
 - **Justification** : Support métabolisme graisses (synergie acetyl-L-carnitine) + prévention migraines déclenchées vasoconstriction stimulant
 - **Timeline** : 4–12 semaines pour prévention migraines

- **CRITIQUE** : **Fat-soluble - prendre dîner contenant graisse**

4. MCT Oil 1 càc (matin) + 1 càc (coucher)

- **Fonction** : Triglycérides chaîne moyenne (C8-C10) contournent navette carnitine cassée
- **Justification URGENCE : BYPASS ÉNERGÉTIQUE IMMÉDIAT** pendant réparation acetyl-L-carnitine
- **Mécanisme** : Va direct au foie pour production énergie ; NE NÉCESSITE PAS navette carnitine
- **Support absorption** : Aide absorption vitamines fat-soluble (D3, CoQ10, B2)
- **Timing** : 1 càc avant coucher pour support ATP nocturne (prévention crampes)
- **CRITIQUE** : **Commencer 1 càc, augmenter lentement sur 1-2 semaines (éviter diarrhée)**
- **Note** : Ceci est **PAS huile coco** - huile MCT est pure C8/C10 concentrée uniquement

5. D-Ribose 5g (coucher + matin pour 10g/jour total)

- **Fonction** : Sucre simple qui est brique construction directe molécule ATP
- **Justification** : Reconstitue réserves ATP cellulaires rapidement ; contourne voies métaboliques complexes
- **Ciblage** : Déplétion ATP nocturne (pendant jeûne nuit, corps devrait brûler graisse - navette bloquée → ATP s'épuise)
- **Effet** : ATP faible cause crampes nocturnes et sommeil non réparateur
- **Timeline** : Certains notent effet en jours ; évaluer à 2 semaines pour réduction crampes

C.2 Support malabsorption graisses (déficience chronique vitamine D suggère ceci)

1. MetaDigest TOTAL (Metagenics) - avant repas

- **Formule enzyme complète** : lipase (décompose graisses), protéase (protéines), amylase (glucides), cellulase (fibres), lactase (laitier)
- **Justification** : Pancréas nécessite énergie pour produire enzymes ; dysfonction mitochondriale réduit production enzyme → maldigestion/malabsorption
- **Évidence** : Déficience chronique vitamine D malgré supplémentation suggère fortement malabsorption graisses
- **Timing** : Prendre immédiatement avant ou avec première bouchée repas contenant vitamines fat-soluble
- **Synergy avec MCT oil** : MCT + enzymes assurent vitamines fat-soluble absorbent réellement

C.3 Protocole électrolytes (pour support autonome)

1. Solution électrolyte custom 250mL, 2×/jour

- **Sodium** : Expanse volume sanguin (effet "éponge" tirant eau dans circulation)
- **Potassium** : Permet relaxation musculaire ; maintient charge électrique cellulaire

- **Glucose** : Améliore absorption sodium via transporteur SGLT1 ; fournit énergie rapide quand combustion graisses altérée
- **Justification EM/SFC** : Implique typiquement faible volume sanguin et intolérance orthostatique
- **Dose après-midi** : Nettoie acide lactique accumulé depuis activités matinales
- **Formule** : 7g mélange sec (sucre + sel Jozo faible sodium + sel table) dans 250mL eau
- **Alternative** : 4,3g par dose (version faible sucre)

C.4 Optimisation timing magnésium

1. Magnésium Glycinate 300–400mg (coucher)

- **Fonction double** :
 - “Interrupteur off” pour contraction musculaire - permet relaxation
 - Cofacteur critique pour 300+ réactions enzymatiques incluant synthèse ATP
- **Timing coucher** : Cible crampes nocturnes quand ATP est au plus bas
- **Forme glycinate** : Effet pH minimal (safe coucher, 6–8h après stimulants)
- **CRITIQUE** : **Jamais utiliser magnésium carbonate/oxide - cause dose dumping méthylphénidate**

D HYPOTHÈSES CLINIQUES À VÉRIFIER

D.1 Hypothèse 1 : Identification stade cascade PEM

Hypothèse : Patient actuellement à E4 (pic symptomatique) le 13 fév ; prochains 7–14 jours déterminent E5a (récupération) vs E5b (réduction baseline chronique).

Prédictions testables :

- SI repos ≥ 14 jours maintenu ET aucun nouveau déclencheur \rightarrow récupération baseline d’ici 21 fév (probabilité $>60\%$)
- SI repos < 7 jours OU activité reprise prématurément \rightarrow baseline fonction réduit 5–10% de façon permanente
- Chronologie symptômes : 11 fév activité \rightarrow 12 fév crash (E1 \rightarrow E2 \rightarrow E3, 24h) \rightarrow 13 fév pic (E4, 48h post-déclencheur)

Test : Surveillance stricte symptômes quotidiens ; mesure capacité fonctionnelle pré/post période repos.

Implications traitement :

- **URGENT** : Prescrire repos ≥ 14 jours IMMÉDIATEMENT (actuellement Jour 2 post-crash)
- Éviter tout standing > 10 min jusqu’à normalisation symptômes complète
- Documentation quotidienne énergie, faiblesse, symptômes cognitifs

D.2 Hypothèse 2 : Malabsorption graisses

Hypothèse : Déficience chronique vitamine D malgré supplémentation suggère absorption altérée graisses secondary à production enzyme pancréatique déficiente (énergie-dépendante).

Prédictions testables :

- MCT oil + enzymes digestives + graisse alimentaire → normalisation niveaux vitamine D d'ici 2–3 mois
- Test absorption vitamines fat-soluble montre amélioration avec support enzyme
- Symptômes amélioration énergie avec MCT oil (contourne malabsorption) dans jours-semaines

Test : Retester vitamine D à 2–3 mois sur protocole : D3 25000 U.I. hebdomadaire + MetaDigest TOTAL + MCT oil + repas gras.

Cible : 30–50 ng/mL (75–125 nmol/L)

D.3 Hypothèse 3 : Identification seuil métabolique individuel

Hypothèse : Seuil activité patient actuellement ≈ 30 min travail debout (démonstré 12 fév double épisode repassage déclenchant crash).

Prédictions testables :

- Test effort cardiopulmonaire (CPET) identifie seuil anaérobie précis
- Surveillance FC pendant activités quotidiennes corrèle déclenchement symptômes avec dépassement seuil
- Seuil calculé : $(220 - \text{âge}) \times 0,55 \approx 97$ bpm pour patient âge 39 ans

Test : CPET 2-jours (gold standard EM/SFC) OU surveillance FC stricte avec journalisation activités/symptômes.

Implications traitement : Pacing basé FC strict - ARRÊT immédiat activité si FC dépasse seuil.

D.4 Hypothèse 4 : Fenêtre anti-inflammatoire E2→E3

Hypothèse : Intervention anti-inflammatoire pendant fenêtre 4–24h post-activité (E2→E3) peut prévenir activation immunitaire et réduire sévérité PEM.

Prédictions testables :

- Quercétine 1000mg + famotidine 20mg BID débuté ≤ 4 h post-dépassement seuil activité → réduit progression vers E4 (pic symptomatique)
- Timing LDN optimisé (prise post-activité vs routine matinale) → modulation immunitaire dans fenêtre critique
- Mesure cytokines (IL-1 α , IL-8, IFN- γ) pré/post-intervention montre réduction élévation

Test : Essai N-of-1 : Prochain épisode dépassement seuil, administrer quercétine + famotidine immédiatement ; comparer sévérité symptômes vs épisode non traité.

Probabilité activation baseline : 87% chez patients < 3 ans maladie → si intervention réduit à $< 50\%$, cliniquement significatif.

D.5 Hypothèse 5 : Urgence support autonome

Hypothèse : Événements autonomes récurrents (11 fév tremblements/faiblesse, 12-13 fév crashes) indiquent dysfonction autonome sévère nécessitant intervention pharmacologique immédiate, pas seulement gestion conservative.

Prédictions testables :

- Ivabradine 2,5mg BID → réduction fréquence événements autonomes dans 1–2 semaines
- Propranolol faible dose → stabilisation transitions autonomes (particulièrement réveil sommeil)
- Test inclinaison + Holter 24h confirme POTS vs hypotension orthostatique vs autre dysautonomie

Test : Essai ivabradine 2,5mg BID × 2 semaines ; journalisation quotidienne : fréquence événements, FC repos/debout, symptômes orthostatiques.

Endpoint : Réduction $\geq 50\%$ fréquence événements autonomes = succès traitement.

D.6 Hypothèse 6 : Mécanisme disruption sommeil

Hypothèse : Réveil 04 :30 le 13 fév (16–17h post-crash 12 fév) représente disruption architecture sommeil induite cytokines (phase activation immunitaire E3).

Prédictions testables :

- Pattern temporal disruptions sommeil corrèle avec timing cascade PEM (réveil 12–24h post-activité déclenchante)
- Intervention anti-inflammatoire (quercétine, famotidine) dans fenêtre E2→E3 → amélioration qualité sommeil nuit suivante
- Polysomnographie post-activité déclenchante montre fragmentation sommeil, réduction sommeil profond

Test : Journalisation sommeil détaillée (heure coucher, réveils, qualité) corrélée avec activités déclencheuses.

Implications traitement : Si confirmé, cible anti-inflammatoire peut améliorer sommeil ET réduire PEM simultanément.

E TRAITEMENTS ADDITIONNELS IDENTIFIÉS DANS DOCUMENTATION PRINCIPALE

Cette section identifie les options de traitement supplémentaires documentées dans le document principal ME/CFS (ms.tex) qui ne sont pas actuellement incluses dans le protocole du patient mais qui peuvent être pertinentes pour son cas particulier de forme sévère avec dysfonction autonome prononcée.

E.1 Support antioxydant et anti-inflammatoire

E.1.1 N-Acétylcystéine (NAC)

Classification : Précurseur de glutathion, antioxydant direct, agent anti-inflammatoire

Statut actuel : DÉBUTÉ 13 février 2026 – 600mg quotidien (Lysomucil, forme acétylcystéine)

Note : Lysomucil contient N-acétylcystéine – c’est bien la forme correcte pour support glutathion et effets antioxydants.

Mécanismes d’action multiples :

- **Précurseur glutathion :** Fournit cystéine, acide aminé limitant pour synthèse glutathion (principal antioxydant cellulaire)
- **Antioxydant direct :** Neutralise radicaux libres indépendamment du glutathion
- **Anti-inflammatoire :** Réduit activation NF- κ B (facteur transcription pro-inflammatoire)
- **Support détoxification hépatique :** Utilisé cliniquement pour surdose acétaminophène
- **Mucolytique :** Fluidifie mucus (bénéfique si problèmes sinusaux/respiratoires)
- **Potentiel antiviral :** Preuves préliminaires réduction réplication virale

Dosage :

- **Dosage typique :** 600–1200 mg quotidien
- **Dosages élevés :** 1800–2400 mg quotidien (utilisés en applications psychiatriques)
- **Administration :** Estomac vide pour meilleure absorption
- **Division doses :** Si >600 mg, diviser en doses multiples

Chronologie réponse : Effets antioxydants en jours ; bénéfices systémiques peuvent nécessiter 4–8 semaines.

Synergie avec suppléments actuels :

- **Glycine :** Autre précurseur glutathion (patient ne prend pas actuellement)
- **Sélénium :** Requis pour fonction glutathion peroxydase
- **Vitamine C :** Régénère glutathion oxydé (patient prend 500mg)

Qualité preuves : Moyenne pour effets antioxydants/anti-inflammatoires généraux ; Préliminaire pour EM/SFC spécifiquement. Largement utilisé avec rapports patients généralement positifs.

Recommandation pour ce patient : ÉLEVÉE – Le stress oxydatif est documenté dans l’EM/SFC, particulièrement dans formes sévères. NAC est bien toléré, accessible (OTC), et offre multiples mécanismes bénéfiques. DÉBUTÉ 13 février 2026 à 600mg quotidien. Plan : augmenter à 1200mg si bien toléré après 2–3 semaines.

E.1.2 Acide alpha-lipoïque (ALA)

Classification : Antioxydant universel (hydro- et liposoluble)

Statut actuel : NON inclus dans protocole actuel

Justification :

- Fonctionne dans tous compartiments cellulaires (solubilité eau + graisse)
- Régénère autres antioxydants (vitamines C et E, glutathion)

- Support fonction mitochondriale
- Preuves pour neuropathie diabétique (pertinent pour symptômes neurologiques patient)

Dosage : 300–600 mg quotidien ; forme R-acide lipoïque est plus bioactive.

Précautions : Peut abaisser glycémie ; peut chélater minéraux (prendre séparément suppléments minéraux).

Qualité preuves : Moyenne pour neuropathie diabétique ; Théorique pour EM/SFC.

Recommandation pour ce patient : MOYENNE – Pourrait bénéficier symptômes neurologiques (tremblements, neuropathie). Surveillance glycémie pendant initiation.

E.1.3 Oméga-3 (EPA/DHA) – Dosages anti-inflammatoires

Statut actuel : NON inclus dans protocole actuel du patient

Justification dosages élevés :

- **Santé générale :** 1–2 g EPA+DHA combinés quotidien
- **Effet anti-inflammatoire :** 2–4 g quotidien requis
- Ratio EPA plus élevé peut être plus anti-inflammatoire
- Compétition avec oméga-6 pour synthèse médiateurs inflammatoires
- Support fluidité membrane cellulaire
- Neuroprotecteur
- Peut supporter fonction endothéliale (pertinent pour hypothèse vasculaire)

Dosage recommandé pour EM/SFC sévère : 2–4 g EPA+DHA quotidien (forme triglycéride pour meilleure absorption).

Qualité preuves : Moyenne pour effets anti-inflammatoires généraux ; Limitée pour EM/SFC spécifiquement.

Recommandation pour ce patient : MOYENNE – Considérer 2g quotidien comme anti-inflammatoire de base. Surveillance si anticoagulants prescrits.

E.2 Support mitochondrial additionnel

E.2.1 Précurseurs NAD⁺ – Protocoles dosage élevé

Statut actuel : Patient prend Urolithin A 2000mg + NAD⁺ 200mg quotidien (1 portion = 2 gélules)

Preuves nouvelles 2025 : Étude Heng 2025 a documenté anomalies métabolisme NAD⁺ dans EM/SFC. Essai RCT Long COVID 2025 a montré nicotinamide riboside (NR) 2000mg/jour a augmenté niveaux NAD⁺ de 2,6–3,1 fois. Bénéfices cognitifs variables mais amélioration substantielle chez certains individus après ≥ 10 semaines.

Dosages :

- **NR (Nicotinamide Riboside) :** 300–1000mg quotidien typique ; doses recherche jusqu'à 2000mg
- **NMN (Nicotinamide Mononucléotide) :** 250–1000mg quotidien
- **Chronologie réponse :** Peut nécessiter 10+ semaines pour bénéfices notables

Protocole urgence pour prévention PEM : Pour prévention PEM post-effort d'urgence, chargement haute dose (1000–2000mg NR ou NMN immédiatement post-effort, puis 500mg deux fois quotidien pour 3–5 jours) peut prévenir déplétion NAD^+ de l'activation PARP pendant réparation ADN.

Recommandation pour ce patient : ÉLEVÉE si budget permet – Patient a crashes fréquents ; protocole haute dose NAD^+ peut aider prévention PEM. Envisager augmenter dose actuelle ou passer à NR/NMN spécifique avec dosage connu.

E.2.2 D-Ribose – Protocoles d'urgence

Statut actuel : Patient prend 5g au coucher (optionnel)

Protocole urgence additionnel : Pour prévention PEM post-effort d'urgence, doses aiguës plus élevées (10–15g immédiatement post-effort, puis 5g toutes 4–6 heures pour 24–48h) peuvent être utilisées dans protocole prévention crash complet.

Justification : D-ribose est sucre squelette ATP ; supplémentation peut accélérer resynthèse ATP après déplétion.

Recommandation pour ce patient : MOYENNE – Patient a déjà ribose. Considérer protocole chargement aigu après dépassement seuil activité connu.

E.2.3 Créatine

Classification : Tampon ATP, support énergie rapide

Statut actuel : NON inclus dans protocole actuel

Justification :

- Créatine tamponne ATP, fournissant énergie rapide situations haute demande
- Bien étudié pour fatigue musculaire populations générales
- Preuves émergentes pour bénéfices cognitifs

Dosage :

- **Chargement (optionnel) :** 5g quatre fois quotidien pour 5–7 jours
- **Maintenance :** 3–5g quotidien

Précautions : Nécessite hydratation adéquate. Peut causer rétention eau.

Qualité preuves : Théorique pour EM/SFC ; Forte pour fatigue musculaire généralement.

Recommandation pour ce patient : FAIBLE-MOYENNE – Pourrait aider faiblesse musculaire. Essai 3–5g quotidien si hydratation adéquate maintenue.

E.2.4 PQQ (Pyrroloquinoline Quinone)

Classification : Stimulant biogenèse mitochondriale

Statut actuel : NON inclus dans protocole actuel

Justification : PQQ stimule biogenèse mitochondriale (création nouvelles mitochondries) et a propriétés antioxydantes.

Dosage : 10–20mg quotidien.

Qualité preuves : Préliminaire. Petites études suggèrent bénéfices cognitifs ; pas essais EM/SFC spécifiques.

Recommandation pour ce patient : FAIBLE – Preuves limitées mais mécanisme plausible. Coût-bénéfice défavorable comparé à options mieux établies.

E.3 Stratégies spécialisées de pacing et prévention

E.3.1 Bêta-bloqueurs pour pacing pharmacologique

Concept : Utilisation propranolol faible dose (10–20mg) PRN AVANT activités à haut risque pour créer “plafond pharmacologique” fréquence cardiaque et prévenir crashes.

Justification du document principal :

“Propranolol 10–20mg PRN avant activité à haut risque crée plafond FC qui prévient dépassement seuil énergétique. Basé sur règle <5 crashes patient et concept dommage cumulatif. Empêche physiquement FC de dépasser zone sécuritaire même si perception effort altérée.”

Mécanisme : Bloqueur bêta-adrénergique empêche FC de dépasser zone sécuritaire, offrant “filet de sécurité” quand stimulants (Ritalin) peuvent masquer vrais niveaux énergie.

Utilisation proposée pour ce patient :

- Propranolol 10mg PRN 30–60 minutes avant :
 - Activités debout connues (courses, cuisine prolongée)
 - Jours utilisation Ritalin (pour contrer effets tachycardiques)
 - Événements sociaux/familiaux où dépassement activité probable
- **Cible :** Maintenir FC <97 bpm même avec stimulation sympathique

Précautions :

- Peut aggraver fatigue chez certains patients
- Surveillance TA requise (patient a déjà tendance hypotensive probable)
- Contre-indiqué si asthme/BPCO
- Peut masquer symptômes hypoglycémie (pertinent vu épisodes pseudo-hypoglycémiques patient)

Qualité preuves : Faible pour EM/SFC spécifiquement ; preuves mécanistiques fortes.

Recommandation pour ce patient : MOYENNE-ÉLEVÉE – Concept innovant qui pourrait protéger contre crashes induits par activité. Particulièrement pertinent jours utilisation Ritalin. Discussion avec cardiologue/interniste recommandée vu complexité autonome.

E.4 Protocoles d’urgence pour cas sévères

Source : Chapitre 14a du document principal (Urgent Action Plan for Severe Cases)

E.4.1 Contexte : EM/SFC sévère comme urgence mé-dicale

Le document principal souligne :

“L’EM/SFC sévère représente une des conditions chroniques les plus invalidantes, avec scores qualité de vie inférieurs à nombreuses maladies terminales. Patients alités, confinés à domicile, ou expérimentant symptômes constants sévères méritent gestion symptomatique immédiate et agressive – pas attente passive pour recherche future.”

Pertinence pour ce patient : Patient démontre fonctionnalité sévèrement réduite (seuil activité debout <30 minutes, crashes récurrents, événements autonomes). Approches urgentes garanties.

E.4.2 Composants protocole urgent identifiés

1. Support autonome pharmacologique immédiat Ne PAS attendre que mesures comportementales “échouent” :

- Document principal recommande : “Initier fludrocortisone + midodrine dans premières 2 semaines si symptômes OI présents”
- Cible : **Résolution complète** symptômes orthostatiques, pas amélioration partielle
- Justification : OI peut être facteur déclencheur en amont ; correction précoce peut prévenir implication systèmes en aval

Implications pour ce patient :

- Patient a symptômes OI clairs (crashes posturaux, pouls élevé debout, faiblesse)
- Recommandation : Initiation pharmacothérapie agressive (fludrocortisone 0,05–0,1mg + midodrine 2,5–10mg TID) SANS délai
- Ne pas attendre que hydratation/compression “échouent”

2. Optimisation sommeil agressive Pertinence : Patient rapporte sommeil fragmenté, siestes non-réparatrices, réveil 04 :30 incapable de se rendormir.

Recommandations document principal :

- **Mélatonine** : Première ligne pour dysfonction sommeil pédiatrique, mais également efficace adultes
- **Trazodone faible dose** : Deuxième ligne si mélatonine insuffisante
- **Amitriptyline** : Alternative, bénéfice additionnel pour douleur
- Maintenir horaire sommeil-éveil cohérent même si confiné à domicile

Implications pour ce patient :

- Essai mélatonine 1–3mg, 30–60 min avant heure cible sommeil
- Si insuffisant après 2–4 semaines, envisager trazodone 25–50mg
- Aborder douleur nocturne (actuellement fesse droite) – peut perturber architecture sommeil

3. Protocole SAMA complet (déjà identifié) Patient prend actuellement SEULEMENT cétirizine. Document principal souligne activation mastocytes comme contributeur significatif fatigue, brouillard mental et dysfonction autonome dans EM/SFC.

Recommandation : Compléter protocole avec rupatadine + famotidine + quercétine (déjà détaillé section précédente rapport).

E.5 Considérations spéciales : Hypersensibilité médicamenteuse dans EM/SFC

Avertissement critique du document principal :

“Patients EM/SFC nécessitent typiquement 1/4 à 1/3 doses standard médicaments. Exemples d’observation clinique : Pyridostigmine 60mg causant prostration sévère (dose initiation standard) ; Famotidine causant dépression et idéation suicidaire ; Corticostéroïdes faible dose causant hypermanie ou psychose ; LDN causant dépression sévère (typiquement bien toléré).”

Implications pour ce patient :

- **TOUJOURS commencer doses les plus faibles possibles**
- Titrer lentement (augmentations hebdomadaires, pas quotidiennes)
- Surveiller effets secondaires inattendus
- Patient a déjà démontré sensibilité médicamenteuse (effets dramatiques méthylphénidate à doses relativement faibles)

Protocole titration recommandé pour nouveaux médicaments :

1. Commencer à 25% dose standard
2. Maintenir 5–7 jours, surveiller effets
3. Si bien toléré, augmenter à 50% dose standard
4. Maintenir 7–14 jours
5. Augmenter graduellement jusqu'à dose efficace minimale
6. NE PAS supposer que “dose standard” s'applique

E.6 Tableau récapitulatif : Traitements additionnels par priorité

Traite-ment	Cible prin-ci-pale	Qua-li-té preu-ves EM/SFC	Prio-ri-té	Coût es-ti-mé
NAC 600mg (DÉ-BU-TÉ)	Stress oxy-da-tif, in-flam-ma-tion	Moyen-ne	AC-TIF	Faible (\$10–20/mois)
Omé-ga-3 2–4g	Anti-in-flam-ma-toire	Moyen-ne	M-Éle-vée	Moyen (\$20–40/mois)
NR/NMN do-sage éle-vé	Sup-port NAD ⁺ , éner-gie cel-lu-laïre	Moyen-ne (nou-vel-les preu-ves 2025)	Éle-vée	Éle-vé (\$50–150/m.)
Pro-pra-no-lol PRN	Pla-fond FC, pré-ven-tion crash	Faible (mé-ca-nis-tique fort)	M-Éle-vée	Faible (sur pres-crip-tion)
Acide al-pha-li-poï-que	Anti-oxy-dant uni-ver-sel	Faible-Moyen-ne	MOY-ENNE	Moyen (\$20–30/mois)
Créa-tine	Tam-pon ATP, éner-gie ra-pide	Théo-rique	FAIBLE-MOY	Faible (\$10–15/mois)
PQQ	Bio-ge-nèse mi-to-chon-driale	Pré-li-mi-naire	FAIBLE	Moyen (\$25–35/mois)
Méla-to-nine	Op-ti-mi-sa-tion som-meil	Moyen-ne	ÉLE-VÉE	Très faible (\$5–10/mois)

E.7 Recommandations d'implémentation séquentielle

Phase 1 (Semaines 1–4) : Fondation faible coût, haute priorité

1. [NAC 600mg quotidien – DÉBUTÉ 13 fév 2026](#) (augmenter à 1200mg semaine 3 si toléré)
2. Mélatonine 1–3mg au coucher
3. Compléter protocole SAMA (rupatadine + famotidine + quercétine)
4. Augmenter dose actuelle NAD⁺/Urolithin A si budget permet

Phase 2 (Semaines 5–8) : Ajouts anti-inflammatoires et autonomes

1. Oméga-3 2g quotidien (forme EPA haute)
2. Initiation pharmacothérapie autonome (fludrocortisone + midodrine) – **NÉCESSITE PRESCRIPTION**

3. Considérer protocole propranolol PRN jours Ritalin – NÉCESSITE PRESCRIPTION

Phase 3 (Semaines 9–12) : Optimisations avancées

1. Acide alpha-lipoïque 300mg quotidien si budget/tolérance permet
2. Créatine 3–5g quotidien si hydratation adéquate
3. Réévaluation complète efficacité tous traitements ; discontinuer inefficaces

Surveillance requise :

- Tests fonction hépatique baseline et 3 mois (multiples suppléments)
- Surveillance TA si fludro-corti-sone/mido-drine ajoutés
- Dépistage santé mentale (dépression/anxiété communs maladie aiguë)
- Documentation quotidienne symptômes pour identifier répondeurs vs non-répondeurs

ANNEXE B : MODÈLE CAUSAL POUR DISCUSSION CLINIQUE

Voie multi-coups proposée

Exposition fluorure enfance (SPÉCULATIF)

|

v

Dysfonction pinéale -> Vulnérabilité sommeil/autonome

|

v

Hypersensibilité vagale adolescente (DOCUMENTÉ, pré-2018)

|

v

Burnout fin 2017 -> Dysfonction axe HPA (HAUTE confiance)

|

v

Juin 2018 Syncope vasovagale -> Chute -> Commotion (DOCUMENTÉ)

|

v

Lésion axonale diffuse -> Dommage centres autonomes
tronc cérébral (HAUTE confiance)

|

v

Décompensation autonome complète -> Cascade EM/SFC (DOCUMENTÉ)

|

v

Actuel: Événements dysrégulation autonome
récurrents (fév 2026)

Implications pour traitement

Ce modèle multi-coups suggère que traitement devrait cibler multiples systèmes simultanément :

1. **Stabilisation autonome** (ivabradine, expansion liquidienne, compression)

2. **Optimisation sommeil** (mélatonine, hygiène sommeil, guidé par polysomnographie)
3. **Support métabolique** (carnitine, CoQ10, vitamines B, huile MCT)
4. **Modulation immunitaire** (LDN, protocole SAMA)
5. **Support cognitif** (méthylphénidate pour supplémentation catécholamine compensatoire)

Aucune intervention unique n'est probablement suffisante ; traitement multi-modal coordonné aligné avec physiopathologie multi-coups fournit base théorique la plus forte pour amélioration.

F RÉFÉRENCES

F.1 Références primaires citées

1. **Bateman L et al. (2021)** – ME/CFS : Essentials of Diagnosis and Management. Mayo Clinic Proceedings. Recommendations traitement US ME/CFS Clinician Coalition. [DOI : 10.1016/j.mayocp.2021.07.004]
2. **Taub PR et al. (2021)** – Randomized Trial of Iva-bradine in Patients With Hyper-adrenergic POTS. Journal of the American College of Cardiology (JACC). [DOI : 10.1016/j.jacc.2020.12.029]
3. **Raj SR et al. (2009)** – Propranolol Decreases Tachycardia and Improves Symptoms in the Postural Tachycardia Syndrome : Less Is More. *Circulation*. [DOI]
4. **Raj SR et al. (2005)** – Renin-aldosterone paradox and perturbed blood volume regulation underlying POTS. *Circulation*. [DOI : 10.1161/01.CIR.0000160356.97313.5d]
5. **Freitas J et al. (2000)** – Clinical improvement in patients with orthostatic intolerance after treatment with bisoprolol and fludrocortisone. *Clinical Autonomic Research*. [PMID : 11198485]
6. **Polo O et al. (2019)** – Low-dose naltrexone in the treatment of ME/CFS. *Fatigue : Biomedicine, Health & Behavior*. [DOI : 10.1080/21641846.2019.1692770]
7. **Bolton MJ et al. (2020)** – Low-Dose Naltrexone as a Treatment for Chronic Fatigue Syndrome. *BMJ Case Reports*.
8. **Cabanas H et al. (2021)** – LDN restores TRPM3 ion channel function in natural killer cells. *Frontiers in Immunology*. [DOI : 10.3389/fimmu.2021.687806]
9. **Hurwitz BE et al. (2010)** – Chronic fatigue syndrome : illness severity, sedentary lifestyle, blood volume and evidence of diminished cardiac function. *Clinical Science*.
10. **Stock JM et al. (2022)** – Dietary sodium and health : how much is too much for those with orthostatic disorders ? *Autonomic Neuroscience*.

F.2 Revues systématiques référencées

11. **Oral medications for POTS : systematic review (2024)** – *Frontiers in Neurology*. [DOI : 10.3389/fneur.2024.1515486]
12. **Systematic literature review : treatment of POTS (2025)** – *Clinical Autonomic Research*. [DOI : 10.1007/s10286-025-01172-2]
13. **Evidence for treatments for POTS : systematic review of randomized trials (2025)** – *American Heart Journal Plus*. [DOI : 10.1016/j.ahjo.2025.100933]

F.3 Sources de preuves en ligne

14. CDC : Managing ME/CFS
<https://www.cdc.gov/me-cfs/management/index.html>
15. US ME/CFS Clinician Coalition Treatment Recommendations
batemanhornecenter.org (PDF)
16. Workwell Foundation : Pacing with Heart Rate Monitor
workwellfoundation.org

17. Open Medicine Foundation : Life Improvement Trial (LDN + Pyridostigmine)
<https://www.omf.ngo/the-life-improvement-trial/>

Rapport préparé : 13 février 2026

Basé sur données de cas : 25 janvier 2026 jusqu'au 13 février 2026

Date recherche littérature : 13 février 2026

IMPORTANT : Ce rapport est une analyse préliminaire préparée pour faciliter discussion éclairée entre patient et médecins. Toutes recommandations médicamenteuses nécessitent évaluation médicale, incluant considération du dossier médical complet, constatations examen physique et résultats tests diagnostiques non capturés dans cette documentation. Les recommandations NE DOIVENT PAS être mises en œuvre sans approbation médicale.

Document généré à partir données de cas patient collectées dans patients/yannick/case-data/ au sein du système de documentation health-me-cfs.