DeepL

Abonnez-vous à DeepL Pro pour traduire des fichiers plus volumineux.
Visitez www.DeepL.com/pro pour en savoir plus.

RECOMMANDATIONS POUR LES TESTS EN CAS DE SUSPICION DE ME/CFS

US ME/CFS Clinician Coalition Version 1

20 février 2021

Vue d'ensemble

Les personnes atteintes d'EM/SFC peuvent présenter une série de symptômes comprenant une diminution du niveau de fonctionnement, une fatigue débilitante, des troubles cognitifs, une intolérance orthostatique, des symptômes pseudo-grippaux, une aggravation de leurs symptômes après un effort, des douleurs et d'autres symptômes. Les patients rapportent souvent que les symptômes ont commencé avec une infection virale. Récemment, certains patients atteints de COVID-19 ont fait état d'une maladie prolongée avec des symptômes similaires à ceux de l'EM/SFC.

Afin d'améliorer la rapidité et la précision du diagnostic, l'Académie nationale de médecine a établi en 2015 de nouveaux critères diagnostiques pour l'EM/SFC qui se concentrent sur les symptômes caractéristiques de la maladie. Bien qu'il n'existe pas de tests diagnostiques spécifiques pour l'EM/SFC, le clinicien peut s'appuyer sur les antécédents médicaux, l'examen physique, les résultats des tests de laboratoire (utilisés principalement pour identifier d'autres diagnostics et comorbidités) et la reconnaissance des symptômes caractéristiques pour diagnostiquer l'EM/SFC.

Ce document présente les tests recommandés pour identifier les diagnostics alternatifs et comorbides et pour mieux caractériser l'EM/SFC. Ces recommandations comprennent un ensemble limité de tests recommandés pour toutes les personnes soupçonnées d'EM/SFC et des tests supplémentaires à prescrire en fonction de la présentation particulière du patient. Ces recommandations sont destinées à servir de guide général pour un processus de diagnostic qui peut s'étendre sur plusieurs visites en cabinet et impliquer des références à des spécialistes. Le clinicien devra faire appel à son propre jugement clinique pour décider des tests à prescrire et de l'opportunité d'adresser le patient à un spécialiste.

Outre les tests destinés à faciliter le processus de diagnostic, ce document contient également des recommandations concernant les tests qui peuvent être utilisés pour étayer les demandes d'invalidité et orienter les décisions de traitement. Les recommandations de tests sont réparties en trois niveaux, comme suit :

Niveau 1 *(Page 2)* Diagnostics les plus courants	• Tests recommandés pour tous les patients suspects et tests pour une présentation spécifique afin d'identifier les diagnostics alternatifs et comorbides les plus courants ou les diagnostics fatals ou facilement traitables. Beaucoup de ces tests sont normaux chez les patients atteints d'EM/SFC.
Niveau 2 *(Page 7)* Suivi	• Suivi et/ou tests plus avancés pour une présentation donnée afin d'identifier des diagnostics alternatifs moins courants et des comorbidités.
Niveau 3 *(Page 11)* Spécifique à l'EM/SFC	• Tests permettant de caractériser l'EM/SFC, de documenter l'invalidité et d'orienter le traitement. Ces tests peuvent nécessiter l'accès à des laboratoires spécialisés.

Chaque niveau est subdivisé en fonction système, décrit la présentation qui pourrait indiquer un test donné et suggère les mesures à prendre en cas de détection d'anomalies.

Pour plus d'informations sur le diagnostic et la prise en charge de l'EM/SFC et sur les conditions d'utilisation de ces recommandations, voir le site web et le document de la ME/CFS Clinician Coalition.

Site web : https://mecfscliniciancoalition.org/

Polycopié : https://drive.google.com/file/d/1SG7hlJTCSDrDHqvioPMq-cX-rgRKXjfk/view

Ce document résume les diagnostics alternatifs et les comorbidités à évaluer en fonction de présentation lors du diagnostic différentiel.

Niveau 1 : Tests pour tous les patients suspects et pour les diagnostics différentiels courants

Le niveau 1 comprend les tests recommandés pour tous les patients soupçonnés d'être atteints d'EM/SFC. Plusieurs de ces tests peuvent être normaux chez les patients atteints d'EM/SFC, mais aident à identifier d'autres diagnostics. Le cortisol salivaire en 4 points peut appuyer un diagnostic d'EM/SFC. Pour plus d'information, voir le palier 3.

Le niveau 1 comprend également des tests pour les diagnostics alternatifs et comorbides les plus courants, ainsi que pour les diagnostics qui pourraient être fatals ou qui sont faciles à traiter. Les tests peuvent être prescrits par des prestataires de soins primaires ou des spécialistes, selon le cas.

Catégorie de test / Nom	**Qui doit passer le test ?**	**Exemples de diagnostics ciblés**	**Prochaines étapes en cas d'anomalies**
Tous les patients suspects			
NFS avec différentiel	Tous les patients suspects	Anémies, leucémies, hémoglobinopathies, troubles plaquettaires, myélopathies, infections	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste
Panel métabolique complet (Chem20 Panel)	Tous les brevets suspectés	Diabète, insuffisance rénale, maladie du foie, hypercalcémie, hépatite, lymphome de Hodgkin	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste
Analyse d'urine	Tous les patients suspects	Dépistage des infections, des troubles auto-immuns et des tumeurs malignes	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste
Ferritine	Tous les patients suspects	Carence en fer, hémochromatose Syndrome des jambes sans repos	Des taux faibles indiquent une carence en fer, due à une cause primaire. Bilan complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste REMARQUE : des taux élevés peuvent indiquer une infection ou une inflammation en cours.

Vitamine B12	Tous les patients suspects	Syndromes de malabsorption, maladie cœliaque, carence primaire en vitamine B12, neuropathies	Bilan complémentaire ou orientation vers un spécialiste. Envisager une supplémentation orale et un suivi
Vitamine D, 25-Dihydroxy	Tous les patients suspects	Carence en vitamine D	Supplémenter en vitamine D, mais aussi rechercher les causes d'une carence en vitamine D, telles qu'un apport insuffisant (végétalien), une malabsorption (cœliaque), un manque d'exposition au soleil, etc.
Vitesse de sédimentation des érythrocytes (ESR)	Tous les brevets suspectés	Inflammation, troubles auto-immuns et du tissu conjonctif, infections, tumeurs malignes	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste. À prendre en considération : ● Créatine kinase (en cas de douleur ou de faiblesse musculaire) ● Évaluation de la malignité ● Infection bactérienne/mycobactérienne chronique sous-jacente ou autre infection (par exemple, SBE, TB)
Anticorps antinucléaires (ANA)	Tous les brevets suspectés	Maladie auto-immune	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste
Facteur rhumatoïde (FR)	Tous les brevets suspectés	Maladie auto-immune	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste
Protéine C-réactive (CRP)	Tous les brevets suspectés	Inflammation, troubles auto-immuns et du tissu conjonctif, infections, tumeurs malignes	Examen complémentaire pour identifier la cause sous-jacente ou orientation vers un spécialiste. À prendre en considération : ● Créatine kinase (en cas de douleur ou de faiblesse musculaire) ● Évaluation de la malignité ● Bactéries/mycobactéries chroniques sous-jacentes

			Infections locales ou autres (par exemple, SBE, tuberculose)
Hormone thyroïdienne stimulante, T4 libre	Tous les patients suspects	Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, maladie thyroïdienne auto-immune	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste. Envisager : ● Anticorps de la peroxydase thyroïdienne (TPOAb) ● Anticorps de thyroglobuline (TgAb) ● Anticorps anti-récepteurs de la TSH
Cortisol AM	Tous les patients suspects	Insuffisance surrénale	Test de stimulation à la cortrosyn ou orientation vers un spécialiste
Cortisol salivaire en 4 points au réveil, à midi, à 16 heures et au coucher	Tous les patients suspects	Soutien d'un EM/SFC diagnostic	Des études ont démontré que la courbe du cortisol est plate chez les patients atteints d'EM/SFC. Le traitement à l'hydrocortisone n'est pas recommandé.
Dépistage psychiatrique	Tous les patients suspects	Major depression, severe anxiety disorders, bipolar and psychotic disorders, eating disorders	Distinguer les troubles mentaux primaires et secondaires. Les troubles mentaux ne sont pas exclusifs de l'EM/SFC. Bilan complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Dysfonctionnement autonome			
10 minutes de NASA Lean Test ou Stand Test (Note : cela peut prendre jusqu'à 30 minutes pour provoquer une hypotension à médiation neuronale.	Tous les patients présentant des symptômes ou des signes suggérant une intolérance à l'activité debout ou une intolérance orthostatique (vertiges, maux de tête, mains et pieds froids, palpitations, nausées, etc.)	Intolérance orthostatique, hypotension orthostatique, syndrome de tachycardie orthostatique posturale (POTS), hypotension à médiation neuronale (NMH)	Bilan complémentaire ou orientation vers un spécialiste. REMARQUE : ce test commence par des valeurs de tension artérielle et de fréquence cardiaque en couchée détendue, suivies par des valeurs de tension artérielle et de fréquence cardiaque toutes les 1 à 2 minutes en position debout ou penchée pendant 10 minutes ou plus, en fonction de la réponse et de la tolérance du patient.
Test de la table basculante (généralement 10-45 min)	Symptômes ou signes suggérant une intolérance orthostatique	Intolérance orthostatique, orthostatique	Renvoi à un spécialiste

		hypotension, syndrome de tachycardie orthostatique posturale, hypotension à médiation neuronale	
Troubles du sommeil Références : Oxymétrie de nuit : https://intermountainhealthcare.org/ckr-ext/Dcmnt?ncid=520707915 Directives AASM 2017 : https://aasm.org/resources/clinicalguidelines/diagnostic-testing- osa.pdf			
Oxymétrie nocturne, étude du sommeil à domicile, polysomnographie	À considérer dans tous les cas d'EM/SFC chez l'adulte présentant des troubles du sommeil	Hypoxémie nocturne d'origine variée. Apnées du sommeil. Troubles des mouvements périodiques des membres	Le type de test doit être déterminé au cas par cas en fonction de facteurs cliniques et du jugement du prestataire. Envisager d'orienter le patient vers un spécialiste du sommeil
Maladies infectieuses			
Panel d'anticorps contre le virus d'Epstein-Barr (VCA IgM, VCA IgG, EA, EBNA)	Tous les patients à haut risque (adolescents/jeunes adultes) ou dont l'EM/SFC a fait suite à une mononucléose EBV aiguë, ou qui présentent un risque élevé ou une présentation clinique compatible avec une réactivation de l'EBV.	EBV mononucléose ou réactivation de l'EBV	Consulter un spécialiste si les IgM EBV et/ou les EA EBV sont toujours positifs plus de 9 mois après une mononucléose primaire connue, ou si les titres d'antigène précoce (EA) ou d'antigène de la capside virale IgG sont extrêmement élevés pour des raisons obscures.
Panel d'anticorps contre le cytomégalovirus (CMV) (IgM et IgG)	Tous les patients présentant un risque élevé d'infection, de réactivation ou une présentation clinique constante. Tous les patients immunodéprimés	CMV mononucléose, infection atypique à CMV ou réactivation du CMV	Consulter un spécialiste si les IgM CMV sont positives ou si les IgG CMV sont extrêmement élevées pour des raisons obscures.
Virus de l'immunodéficience humaine	Les CDC suggèrent un dépistage pour les personnes âgées de 13 à 65 ans	Infection par le virus de l'immunodéficience humaine	Renvoi à un spécialiste
Panel d'anticorps contre l'hépatite C	Les CDC suggèrent de dépister toutes les personnes nées entre 1945 et 1965. Facteurs de risque et tests hépatiques anormaux	Infection par le virus de l'hépatite C	Renvoi à un spécialiste

	devrait inciter à effectuer des tests dans d'autres pays		
Panel d'anticorps contre l'hépatite B	Pas nécessaire en cas de vaccination ; les facteurs de risque et les résultats anormaux des tests hépatiques doivent inciter à effectuer des tests.	Infection par l'hépatite B	Renvoi à un spécialiste
Test cutané PPD, tests de libération de l'interféron gamma	Sueurs nocturnes, toux, hémoptysie, perte de poids, exposition connue à la tuberculose ou autres facteurs de risque.	Mycobacterium tuberculosis	Renvoi à un spécialiste
Réagine plasmatique rapide, test d'anticorps tréponémiques	Signes cognitifs/ neurologiques, facteurs de risque d'exposition à la syphilis	Syphilis, y compris la syphilis tertiaire	Évaluer et traiter comme il convient ou référer à un spécialiste Note : Le test tréponémique est le test de dépistage préféré. La réacine plasmatique rapide peut être utilisée, mais elle peut donner des résultats faussement positifs ou faussement négatifs et doit confirmée.
Maladies à transmission vectorielle (Lyme, dengue, fièvre Q, fièvre boutonneuse des montagnes Rocheuses, etc.)	Habitation actuelle ou antérieure dans une zone endémique ; antécédents de voyages dans des zones endémiques ; antécédents d'exposition à des animaux, en particulier des chats, des chiens et des chevaux ; antécédents de griffures et de morsures ; ou symptômes et signes évocateurs.	Maladies à transmission vectorielle (Lyme, dengue, fièvre Q, fièvre boutonneuse des montagnes Rocheuses, etc.)	Renvoi à un spécialiste pour des examens complémentaires
Anticorps IgM et IgG dans le sérum du virus du Nil occidental	Zones à haut risque ou endémiques. Symptômes évocateurs d'une infection par le virus du Nil occidental, tels qu'un dysfonctionnement cognitif	Infection par le virus du Nil occidental / encéphalite	Renvoi à spécialiste
IgM et IgG sériques du parvovirus B19	Début avec éruption des joues giflées, coryza, fièvre, maux de tête, polyarthopathie.	Infection par le parvovirus B19	Renvoi à un spécialiste
Hémocultures	Patients présentant une fièvre persistante, des sueurs nocturnes, une élévation de l'ESR et de la CRP,	Endocardite bactérienne subaiguë	Hospitalisation/traitement ou orientation vers un spécialiste

	analyse d'urine anormale, souffle cardiaque		
Troubles rhumatologiques			
Créatine kinase	En cas de douleur ou de faiblesse musculaire	Inflammation musculaire, myosite, myopathie	Orientation vers un service de rhumatologie
Troubles oncologiques			
Dépistage approprié du cancer en fonction du facteur de risque	Symptômes et facteurs de risque individuels (âge, sexe, antécédents familiaux, exposition, etc.)	Cancers courants - par exemple, cancer du sein, de la prostate, du colon, du poumon, du col de l'utérus, de l'endomètre, leucémie/lymphome, mélanome, etc.	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Troubles cardiovasculaires et pulmonaires			
Radiographie pulmonaire	Symptômes ou signes cardio-pulmonaires, facteurs de risque de maladie pulmonaire, sueurs nocturnes	Post-aiguë COVID cancer du poumon, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque congestive, asthme, pneumonie, épanchement pleural, sarcoïdose.	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Tomodensitométrie (CT scan)	Toux, dyspnée, , douleur thoracique, infection antérieure suspectée ou connue par le SRAS-CoV2	Syndrome COVID post-aigu	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Tests de la fonction pulmonaire	Essoufflement, intolérance à l'effort, symptômes ou signes pulmonaires, facteurs de risque de maladie pulmonaire, hypoxémie mesurée par oxymétrie de pouls pendant la nuit.	BPCO, asthme, maladie pulmonaire interstitielle, hypertension pulmonaire	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste

Électrocardiogramme	A envisager chez tous les patients présentant une intolérance à l'effort, des palpitations, un essoufflement, une gêne thoracique.	Arythmie, QT long, h/o ischémie, anomalies structurelles	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Échocardiographie trans-thoracique	Envisager chez les patients présentant une intolérance à l'effort, des palpitations, un , une gêne thoracique, une syncope, une orthopnée/ dyspnée paroxystique nocturne, un examen cardiaque anormal ou un œdème pédieux.	Post-aiguë COVID syndrome, modifications structurelles ou fonctionnelles du cœur, foramen ovale, péricardite ou épanchement péricardique.	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Surveillance cardiaque de 24 heures ou plus	Syncope, palpitations, vertiges,	Arythmie, dysautonomie	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Test d'effort pour la maladie coronarienne	Douleur/pression thoracique/ sueurs/ nausées/ vomissements à l'effort, examen cardiaque anormal	Maladies coronariennes, arythmies et maladies pulmonaires	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste

Niveau 2 : Suivi et/ou tests avancés

Les tests de niveau 2 comprennent des tests de suivi et/ou des tests plus avancés pour identifier des diagnostics alternatifs moins courants et des comorbidités. Ces tests peuvent être demandés par des prestataires de soins primaires ou des spécialistes, selon le cas.

Catégorie de test / Nom	Qui doit passer le test ?	Exemples de diagnostics ciblés	Prochaines étapes
Vitamine B6 (pyridoxine)	Préoccupation clinique pour la neuropathie. Personnes prenant des suppléments de B6	Neuropathie périphérique ou à petites fibres due à une carence ou à un surdosage	Vérifier le niveau en cas de surdosage. Des valeurs basses sont observées chez les végétaliens et en cas de mauvaise absorption gastro-intestinale, par exemple en cas de maladie cœliaque.)
Homocystéine sérique	Les patients qui souhaitent subir un test génétique pour les mutations du MTHFR. Patients ayant des antécédents familiaux importants de maladie vasculaire mais ne présentant pas de facteurs de risque connus	Carence en vitamine B12, en folate ou en pyridoxine. Conditions génétiques. Certains médicaments et certaines conditions médicales peuvent augmenter l'homocystéine.	Traiter la cause d'un taux élevé d'homocystéine après un bilan approprié.
MTHFR mutations	Patients présentant un taux d'homocystéine élevé ou des antécédents familiaux de mutations de la MTHFR		Supplémenter les carences en vitamine B12, folate, pyridoxine. Envisager les formes L-méthyl folate et méthylcobalamine.
Dysfonctionnement autonome			
Capnographie	Symptômes ou signes suggérant une intolérance orthostatique	Intolérance orthostatique, tachypnée, hypocapnie orthostatique	Bilan complémentaire ou orientation vers un spécialiste NOTE : Ce test commence par des valeurs de RR et de CO2 en fin d'expiration en position couchée détendue, suivies par des valeurs de RR et d'eTCO2 toutes les 1 à 2 minutes en position debout ou penchée pendant 10 minutes ou plus, en fonction de la réponse et de la tolérance du patient.
Troubles neurologiques			
IRM du cerveau	Neurologique focal	Accident vasculaire cérébral, cerveau	Renvoi à un spécialiste pour

(pondérée en T2) ou d'autres techniques d'imagerie appropriées	symptômes, problèmes cognitifs, changement dans la sévérité ou la nature des maux de tête chroniques, examen neurologique anormal, antécédents traumatisme crânien	tumeurs, anévrisme, sclérose en plaques, malformation de Chiari, hématome sous-dural chronique	bilan complémentaire
IRM de la colonne cervicale (ou autre imagerie appropriée)	Symptômes neurologiques focaux ou examen neurologique anormal, douleur cervicale positionnelle chronique, changements neurologiques orthostatiques, hypermobilité, antécédents traumatisme crânien ou cervical.	Sténose rachidienne cervicale, syringomyélie, sclérose en plaques, syndromes d'instabilité cranio-cervicale	Renvoi à un spécialiste pour des examens complémentaires
IRM de la colonne lombaire (ou autre imagerie appropriée)	Examen neurologique anormal suggérant une atteinte de la colonne lombaire ou une compression des racines nerveuses : faiblesse du bas du corps, douleurs lombaires ou dans les jambes ou modifications sensorielles, dysfonctionnement intestinal ou vésical, modifications de la démarche.	Sténose rachidienne, sclérose en plaques, néoplasmes rachidiens, cordon ombilical, spina bifida occulta, spondylarthrite ankylosante, hernie discale	Renvoi à un spécialiste pour des examens complémentaires
Ponction lombaire	Un sous-groupe de patients présentant un examen neurologique anormal, une photophobie, une raideur de la nuque, des signes méningés, des symptômes neurologiques dus à une posture verticale.	Infections du SNC, sclérose en plaques, syndromes de fuite chronique du liquide céphalo-rachidien	Avant la PL, une IRM cérébrale peut être nécessaire pour évaluer la présence d'une tumeur cérébrale ou d'une augmentation de la pression intracrânienne. Renvoi à un spécialiste pour des examens complémentaires
Maladies infectieuses			
Titre anti-streptolysine O (ASO), culture de gorge streptococcique, anti-DNaseB	Patients présentant des infections à streptocoques/pharyngites récurrentes ou des antécédents suspects d'infection à streptocoques et n'ayant pas fait l'objet d'un dépistage ou d'un traitement antérieur.	Infections chroniques à streptocoques non traitées et pathologies associées. Exposition à un porteur de streptocoque du groupe A (risque de transmission à d'autres personnes)	Envisager des schémas thérapeutiques appropriés pour la pharyngite ou pour traiter le porteur. Envisager la possibilité d'une transmission à partir d'un porteur
Troubles immunologiques			
Histamine,	Les patients souffrant d'une	Activation des mastocytes	Renvoi à spécialiste

tryptase et chromo-granine A	allergies, intolérances, réactions aux expositions ; changements soudains des symptômes dans des environnements différents. Au moins deux systèmes doivent être affectés : respiratoire supérieur ou inférieur, cardiovasculaire, gastro-intestinal ou dermatologique.	syndrome	pour un bilan et un traitement supplémentaires
Tests cutanés d'allergie ou tests RAST	Patients souffrant d'allergies et de réactions chroniques ; antécédents de rhume des foins, d'asthme, d'allergies cutanées, d'anaphylaxie (gonflement, hypotension, éruptions cutanées).	Allergies chroniques et réactions. Dérèglement immunitaire	Orientation vers un allergologue/immunologiste pour des tests et un traitement
Tests immunitaires : Immunoglobulines totales, sous-classes d'IgG	Patients souffrant d'infections fréquentes ou prolongées	Déficit immunitaire commun variable, autres déficits immunitaires	Orientation vers un spécialiste pour des tests et un traitement
Troubles rhumatologiques			
Panneau de Sjögren précoce, SSA, SSB	Sécheresse des yeux, sécheresse de la bouche	Syndrome de Sjögren	Orientation vers une biopsie de la lèvre ou d'autres tests diagnostiques
Récepteur de l'acétylcholine (AChR) anticorps	Tableau clinique d'une faiblesse musculaire qui s'aggrave lors de mouvements répétitifs ou qui s'aggrave tout au long de la journée.	Éliminer la myasthénie grave et les affections apparentées. Élaborer des options de traitement	Orienter vers un spécialiste en cas de résultat positif
Troubles endocriniens/métaboliques			
Hémoglobine A1C	Si 'on constate une élévation de la glycémie ou si l'on soupçonne l'existence d'un diabète ou d'un syndrome métabolique	Prédiabète ou diabète limite	Traitement supplémentaire et orientation vers un spécialiste en cas d'absence de réponse
Hormone parathyroïdienne (PTH) et calcium ionisé	Patient d'âge moyen ou plus âgé souffrant de fatigue, d'arthralgie, de myalgie, d'une diminution de la densité osseuse et d'une élévation du taux de calcium.	Hyperparathyroïdie m	Renvoi à un spécialiste

Hormone folliculo-stimulante	Les patientes susceptibles d'être péri- ou post-ménopausées.	Péri ou post-ménopause	Envisager les risques/bénéfices des régimes de remplacement des œstrogènes et/ou de la progestérone pour la prise en charge des symptômes.
Testostérone libre et totale	Patients masculins se plaignant de fatigue, de faiblesse musculaire, de dysfonctionnement érectile, sous opioïdes ou présentant un syndrome métabolique.	Hypogonadisme primaire ou secondaire	Orientation vers un spécialiste pour la prise en charge des symptômes
Hormone adrénocorticotrope (ACTH)	Patients souffrant d'hypotension, d'intolérance orthostatique, de fatigue, de faiblesse, de prise de poids, de contusion.	Insuffisance surrénale ou Cushings	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Troubles gastro-intestinaux			
Oesophago-gastro-Duodéno-scopie (EGD)	Douleurs abdominales hautes, brûlures d'estomac persistantes, nausées, satiété précoce, perte de poids importante et involontaire, méléna	Gastrite, gastroparésie, maladie cœliaque, H. pylori, cancer	Renvoi à un spécialiste pour un bilan et un traitement supplémentaires
Coloscopie	Constipation persistante, diarrhée, méléna, hématochézie, stéatorrhée, perte de poids importante et involontaire, antécédents familiaux de cancer du côlon ou de polypose.	Cancer du côlon, maladie inflammatoire de l'intestin, diverticulose/itis, confirmation du syndrome du côlon irritable	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste
Tests de sensibilité alimentaire	Patients présentant sensibilités alimentaires importantes		Renvoi à un spécialiste pour des tests et des traitements supplémentaires
Douleur			
Biopsies cutanées à l'emporte-pièce	Patients présentant une neuropathie périphérique, une neuropathie parcellaire, une neuropathie autonome, une hyperalgésie généralisée, des facteurs de risque de neuropathie.	Neuropathie à petites fibres	Examen complémentaire ou orientation vers un spécialiste

Niveau 3 : Tests pour étayer le diagnostic et l'invalidité de l'EM/SFC et/ou guider le traitement

Le niveau 3 comprend les tests spécifiques à l'EM/SFC. Cette section est divisée en trois sous-sections :

A. Tests pour confirmer le diagnostic
B. Tests utilisés pour documenter le handicap
C. Des tests plus avancés pour mieux caractériser l'EM/SFC ou orienter le traitement. Ces tests peuvent nécessiter l'accès à des laboratoires spécialisés et/ou l'orientation vers des spécialistes.

A. Tests utilisés pour étayer un diagnostic d'EM/SFC

- Endocrinien/métabolique/HPA
  - Cortisol salivaire en 4 points chez tous les patients suspects (au réveil, à midi, à 16 h et au coucher). Des études ont démontré que la courbe du cortisol était plate chez les patients atteints d'EM/SFC (Nater). Ce test permet de confirmer le diagnostic d'EM/SFC, mais le traitement à l'hydrocortisone n'est pas recommandé.
    Note : Ce test est également mentionné au niveau 1 pour tous les patients suspects.
- Dysfonctionnement autonome et intolérance orthostatique
  - Test passif en position debout de 10 à 20 minutes (test NASA Lean) pour tous les patients suspects.
  - Test de la table basculante (pour les patients présentant un test passif anormal en position debout, lorsque des éclaircissements sont nécessaires, en cas de forte suspicion de quasi-syncope ou de syncope retardée, NMH).

Références :

- Nater U et al. Alterations in Diurnal Salivary Cortisol Rhythm in a Population-Based Sample of Cases With Chronic Fatigue Syndrome. Psychosom Med 2008. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18378875/
- Centre Bateman Horne. 10 Minute Lean Test | Instructions pour les prestataires. http://batemanhornecenter.org/wp-content/uploads/2016/09/NASA-LeanTest- Instructions-April-2018.pdf
- Rowe, P. Brochure d'information générale sur l'intolérance orthostatique et son traitement. Mars 2014. https://www.dysautonomiainternational.org/pdf/RoweOIsummary.pdf

B. Tests à l'appui de la demande d'invalidité

Les tests objectifs sont un élément essentiel de la réussite d'un dossier d'invalidité. Deux tests se sont révélés particulièrement utiles :

- Évaluation neuropsychologique pour évaluer les troubles neurocognitifs
- Test d'effort cardio-pulmonaire de 2 jours pour évaluer la déficience fonctionnelle et le malaise post-effort (Stevens)

Il est à noter que ces tests ont des résultats spécifiques à l'EM/SFC et qu'ils doivent être interprétés par une personne connaissant bien le test et l'EM/SFC. Ces tests sont coûteux, peuvent déclencher un épisode de malaise post-effort et peuvent ne pas être couverts par l'assurance. Mais ces tests sont objectifs et ont été utilisés avec succès dans des cas d'invalidité lorsque d'autres parties du dossier médical étaient remises en question. D'autres tests objectifs ont été utilisés comme preuves dans des affaires d'invalidité, notamment le test de la table basculante, les EEG, les QEEG, les SPECT scans, les PET scans et les IRM (Podell).

Références :

- Stevens S, Snell C, Stevens J, Keller B, VanNess JM. Méthodologie du test d'exercice cardio-pulmonaire pour évaluer l'intolérance à l'effort dans l'encéphalomyélite myalgique/le syndrome de fatigue chronique. Front Pediatr. 2018 Sep 4;6:242
- Podell R, Dimmock ME, Comerford BB. Documenting disability in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS). Work. 2020;66(2):339-352. doi : 10.3233/WOR-203178

C. Tests avancés pour mieux caractériser l'EM/SFC ou orienter le traitement

Note : Ces tests peuvent nécessiter des laboratoires et/ou des procédures de prélèvement spécialisés.

Catégorie de test / Nom	Qui doit passer le test ?	Pourquoi l'utiliser - par exemple pour guider le traitement	Détails supplémentaires sur ce qu'il faut commander, quels laboratoires, etc.
Dysfonctionnement autonome et intolérance orthostatique			
Biopsie cutanée pour la neuropathie à petites fibres	Tous présentent une neuropathie périphérique, une dysrégulation autonome, une douleur généralisée et une amplification sensorielle.	Polyneuropathie à petites fibres (SFPN) Preuve objective de la maladie. Permet d'effectuer des tests supplémentaires pour déterminer les causes de la polyneuropathie à petites fibres. Envisager un traitement par immunoglobulines intraveineuses (IVIG) - orienter vers un spécialiste	Le différentiel des causes de la SFPN est bien décrit dans : Scientific Advances in and Clinical Approaches to Small-Fiber Polyneuropathy : A Review. Oaklander AL, Nolano M. JAMA Neurol. 2019 Sep 9. doi : 10.1001/jamaneurol.2019 .2917
Infections - agents pathogènes associés à l'apparition de syndromes post-viraux ou post-infectieux			
Panel sur le virus d'Epstein Barr	Apparition ou présentation clinique unique de la réactivation de l'EBV	Une raison d'essayer une thérapie antivirale chronique	Commander les anticorps EBV VCA IgG, VCA IgM, Early Ag ab, Nuclear Ag ab--- tous quantitatifs. La réactivation ou l'infection chronique peut être associée à une PCR EBV positive, à des IgM persistantes ou récurrentes et à des niveaux élevés d'IgG Early Ag, très élevés d'IgG VCA. Le traitement n'est pas approuvé par la FDA et son efficacité n'a pas été scientifiquement prouvée par des essais.
Cyto-	Début de l'EM/SFC de type monotone ou grippal avec	Complications de l'infection à CMV,	Idéalement, les IgM CMV devraient être identifiées à un stade précoce.

mégalovirus IgG, IgM	douleur généralisée sévère, symptômes neuropathiques, encéphalopathiques ou gastro-intestinaux	inhabituelle chez une personne immunocompétente, peut justifier un traitement au valganciclovir ou à d'autres médicaments contre le CMV.	les stades de la maladie, sinon un taux très élevé d'IgG CMV dans un contexte chronique pourrait confirmer (mais non prouver) une infection à CMV chronique ou en réactivation.
Herpèsvirus humain 6 (HHV-6)	Antécédents de maladie de type encéphalite, de maladie de type sclérose en plaques ou de crises d'épilepsie.	Établir la "charge" de l'exposition au virus de l'herpès pour justifier l'essai de médicaments antiviraux	Les IgG sont positives chez la plupart des gens et ne permettent pas de diagnostiquer l'EM/SFC. Considérer la PCR comme un autre moyen d'évaluer l'infection chronique ou la réactivation.
Herpès Simplex 1 & 2 IgG	Présentation clinique de poussées fréquentes de HSV, ou en association avec la réactivation d'autres virus de la famille de l'herpès.	Soutien indirect à la réactivation virale chronique et possibilité de traitement par des thérapies antivirales chroniques	La suppression prolongée des poussées de HSV peut améliorer la qualité de vie et réduire l'activation immunitaire associée aux poussées virales. Traitement antiviral chronique indiqué en cas de poussées fréquentes d'HSV
Parvovirus B19 IgG, IgM	Début de la maladie avec polyarthralgie ou exposition au ParvoB19	Considération des IgIV comme intervention primaire	Il s'agirait d'une utilisation non conforme à l'étiquetage avec un faible soutien scientifique dans l'EM/SFC.
Panel d'entérovirus : Coxsackie, Echovirus	EM/SFC avec symptômes gastro-intestinaux comorbides intéressés par des traitements non approuvés par la FDA	Envisager un essai d'oxymatrine (Equilibrant est un produit).	Anticorps contre le Coxsackievirus B1-6 et l'Echovirus 6, 7, 9, 11, 30 (laboratoires ARUP) ; si le titre est supérieur à 1:320, toute biopsie tissulaire peut être colorée par immuno-essai pour la protéine de l'entérovirus et l'ARN double brin (disponible auprès du laboratoire John Chia).
Virus du Nil occidental IgG, IgM	Risque élevé ou forte suspicion d'infection ou d'exposition au VNO	Preuve objective d'un agent pathogène sous-jacent pouvant contribuer aux symptômes cognitifs	Il n'existe pas de traitement spécifique pour l'infection aiguë par le VNO, mais il peut être utile d'être conscient des complications neurologiques possibles du VNO.

Autres infections : Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Mycoplasma fermentans, Giardia, Coccidioides, Lyme, Bartonella, Brucella, etc.	Patients présentant une présentation clinique suggestive, géographie, facteurs de risque épidémiologiques	Identification des infections actives ou chroniques potentiellement traitables	Envisager des schémas thérapeutiques appropriés
Aspects immunologiques			
Immunoglobulines totales : IgG, IgM, IgA, IgE totales si cliniquement indiqué ; sous-classes d'IgG 1-4	Présentation clinique d'un déficit immunitaire ou d'une activation immunitaire chronique	Identifier un traitement potentiel par IgIV, estimer le risque clinique, preuves objectives de la maladie	Les anomalies peuvent justifier l'orientation vers un immunologiste et/ou la prise en charge par l'assurance des traitements choisis.
Panel de complexes immuns circulants	Utile uniquement en cas d'utilisation d'un dosage radio-immunologique très sensible		
Fonction des cellules tueuses naturelles	Preuves à l'appui chez la plupart des patients répondant aux critères	Signe objectif/support d'une maladie chronique, mais non spécifique	Exécution en 24 heures ou moins, à température ambiante, nécessite un laboratoire qualifié. Quelques études ont démontré que l'Isoprinosine peut améliorer la fonction des cellules NK.
Test de réponse vaccinale pour établir l'immunodéficience	Présentation clinique suggérant une immunodéficience	Identifier les options thérapeutiques possibles. Preuve objective de la maladie	Ces tests sont généralement effectués par des immunologistes. Il existe plusieurs protocoles. Ils consistent essentiellement à mesurer les anticorps avant et après un vaccin afin de déterminer la capacité du système immunitaire à réagir normalement
Aspects neurologiques et neurocognitifs			

Tomographie informatisée à émission monophotonique (SPECT)	Présentation clinique de troubles cognitifs ou de symptômes neurologiques	Preuve objective d'une perfusion anormale dans le cerveau	Peut aider à mieux caractériser l'EM/SFC, mais ne permet pas actuellement de prendre des décisions thérapeutiques éclairées.
Tomographie par émission de positons (TEP)	Présentation clinique de troubles cognitifs ou de symptômes neurologiques	Preuve objective d'une perfusion anormale dans le cerveau	Peut aider à mieux caractériser l'EM/SFC, mais ne permet pas actuellement de prendre des décisions thérapeutiques éclairées.
Spectroscopie par résonance magnétique (SRM)	Présentation clinique de troubles cognitifs ou de symptômes neurologiques	Preuve objective d'une perfusion anormale dans le cerveau	Peut aider à mieux caractériser l'EM/SFC, mais ne permet pas actuellement de prendre des décisions thérapeutiques éclairées.