

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-27 - Fatigue - Femme 28 ans

Cabinet médical

Lakeesha Willis, femme de 28 ans, consultant pour fatigue

T° 36.4°C	TA 110/65 mmHg	FC 60 bpm	FR 15/min
--------------	-------------------	--------------	--------------

Anamnèse (25%)

Score : 0/60

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [J'ai été vraiment fatiguée dernièrement]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la fatigue				0
Début [Peut-être depuis 5 mois maintenant]	<input type="checkbox"/>			
Évolution temporelle [Tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Eh bien, j'ai donné naissance à mes jumeaux il y a 6 mois]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Ça s'aggrave]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Non]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Rien. Même dormir n'aide pas]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Quand les garçons pleurent beaucoup et se réveillent l'un l'autre tout le temps. Parfois je n'ai pas de sommeil pendant des nuits d'affilée]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [J'ai vraiment froid dernièrement. Je dois mettre un pull quand personne d'autre ne le fait]	<input type="checkbox"/>			
3. Recherche de symptômes spécifiques post-partum				0
Traumatisme [Non]	<input type="checkbox"/>			
Céphalées [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Non]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Palpitations [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée/changements cutanés [Non]	<input type="checkbox"/>			
Dyspnée [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux [Non]	<input type="checkbox"/>			
Troubles du sommeil [Je ne dors pas beaucoup. Je suis debout avec l'un ou l'autre des jumeaux la nuit beaucoup]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [Je n'ai pas beaucoup d'appétit]	<input type="checkbox"/>			
Variations pondérales [Je n'ai pas pu perdre mon poids de grossesse encore]	<input type="checkbox"/>			
Infections récentes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Vertiges [Parfois je me sens étourdie quand je reste debout longtemps. Pas souvent, cependant]	<input type="checkbox"/>			
Cheveux secs [Peut-être, je n'arrive pas vraiment à utiliser des produits capillaires. Je n'ai pas le temps pour ce genre de choses, avec les jumeaux et tout]	<input type="checkbox"/>			
Allaitement [Je n'ai pas pu allaiter. Je nourris les jumeaux au biberon]	<input type="checkbox"/>			

4. Évaluation de l'humeur et symptômes dépressifs

0

- Humeur [Je n'ai pas vraiment été heureuse ces derniers mois. Je suis juste tellement épuisée] ☐
- Perte d'intérêt [Je suis trop fatiguée pour faire les choses amusantes que j'avais l'habitude de faire] ☐
- Culpabilité/faible estime de soi [Je sais que ça devrait être le meilleur moment de ma vie avec les enfants qui viennent de naître, mais je ne suis juste pas heureuse] ☐
- Difficultés de concentration [J'essaie de mon mieux, mais j'oublie de faire des choses simples tout le temps, comme fermer les portes d'armoires ou sortir les poubelles] ☐
- Agitation ou ralentissement psychomoteur [Non] ☐
- Idées suicidaires [Non] ☐
- Soutien social [Je vis avec mon mari et les enfants. Il a été vraiment solidaire mais il est parti toute la journée car il travaille à une heure de chez nous] ☐
- Intention de nuire aux enfants [Non, je ne ferais jamais de mal à mes enfants !] ☐

5. Antécédents médicaux [Aucun]

☐
☐

0

6. Allergies [Chats]

☐
☐

0

7. Médicaments [Aucun]

☐
☐

0

8. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux

0

- Hospitalisations [Pour la naissance des jumeaux et quand j'ai eu mon appendice enlevé quand j'étais enfant] ☐
- Antécédents chirurgicaux [J'ai eu mon appendice enlevé quand j'avais environ 10 ans] ☐

9. Antécédents familiaux [Ma mère a un trouble bipolaire]

☐
☐

0

10. Habitudes et mode de vie

0

- Travail [Je suis en congé maternité pour rester à la maison avec les enfants. J'avais prévu de retourner à mon travail d'ingénieure aérospatiale déjà, mais je n'ai juste pas eu l'énergie] ☐
- Alcool [Non, pas depuis que j'ai découvert que j'étais enceinte] ☐
- Drogues récréatives [Non, jamais] ☐
- Tabac [Non] ☐
- Exercice [Non] ☐
- Alimentation [Je n'ai pas le temps de cuisiner ou beaucoup d'appétit, et mon mari est parti la plupart de la journée, donc je grignote juste des petites choses comme des chips et du chocolat] ☐

11. Antécédents gynéco-obstétricaux

0

- Activité sexuelle [Je n'ai pas vraiment eu de rapports avec mon mari depuis la naissance de nos enfants. Je suis juste trop fatiguée] ☐
- Douleur lors des rapports [Je ne sais pas. Pas avant d'avoir eu les jumeaux] ☐
- Libido [Je n'ai pas vraiment envie d'avoir des rapports] ☐
- Dernières règles [Je n'ai pas eu mes règles depuis avant d'être enceinte] ☐
- Ménarche [Quand j'avais 12 ans] ☐
- Durée des règles [Environ 3-4 jours, avant d'être enceinte] ☐
- Règles régulières [Avant d'être enceinte, oui] ☐
- Grossesses [Seulement avec les jumeaux] ☐
- Antécédents prénataux [Tout était normal. Ils sont juste nés un peu tôt, à 37 semaines et 4 jours] ☐
- Antécédents d'accouchement [C'était un accouchement normal. Les jumeaux étaient encore vraiment petits car ils étaient précoces. Et puis j'ai dû rester un peu plus longtemps car il y a eu beaucoup de saignements après l'accouchement et ils ont dû me donner des transfusions] ☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/13

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Mesures d'hygiène				0
Lavage des mains	<input type="checkbox"/>			
Respect de la pudeur avec drap	<input type="checkbox"/>			
2. Examen de la tête et du cou				0
Inspection de la tête	<input type="checkbox"/>			
Inspection des conjonctives [Recherche de pâleur]	<input type="checkbox"/>			
Examen de la glande thyroïde	<input type="checkbox"/>			
3. Examen cardiovasculaire				0
Palpation du pouls radial	<input type="checkbox"/>			
Auscultation cardiaque	<input type="checkbox"/>			
4. Examen des extrémités et cutané				0
Inspection des membres inférieurs	<input type="checkbox"/>			
Examen cutané	<input type="checkbox"/>			
5. Examen neurologique				0
Évaluation de l'orientation dans le temps, l'espace et les personnes	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé de l'état mental [Affect plat constaté]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des mouvements passifs et actifs [Force diminuée des bras et jambes bilatéralement lors de la poussée contre l'examineur]	<input type="checkbox"/>			
Examen ciblé des réflexes ostéo-tendineux	<input type="checkbox"/>			

Management (25%)

Score : 0/22

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
<i>2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic</i>				

Diagnostiques différentiels à considérer

Pathologies endocriniennes post-partum

- **Syndrome de Sheehan (hypopituitarisme post-partum)** → Dosages hormonaux : cortisol, ACTH, œstradiol, FSH, LH, IGF-1, TSH

Arguments POUR:

- ☐ Hémorragie post-partum avec transfusions
- ☐ Symptômes d'hypothyroïdie : fatigue, intolérance au froid, perte d'appétit, absence de perte de poids post-partum
- ☐ Déficit en gonadotrophines : perte de libido, aménorrhée depuis grossesse malgré absence allaitement
- ☐ Déficit en prolactine : échec allaitement
- ☐ Déficit ACTH : faiblesse, TA basse (110/65), FC basse (60)
- ☐ Constellation symptômes suggérant déficits hormonaux multiples
- ☐ Chronologie : 6 mois post-partum

- **Thyroïdite post-partum** → TSH, T3, T4 libres, anticorps anti-TPO

Arguments POUR:

- ☐ Fatigue persistante post-partum
- ☐ Intolérance au froid
- ☐ Perte d'appétit
- ☐ Troubles de l'humeur
- ☐ Phase hypothyroïdienne (4-8 mois post-partum)

Contre : Absence perte poids initial, pas de phase hyperthyroïdienne décrite

Pathologies psychiatriques

- **Dépression post-partum** → Échelles EPDS, évaluation psychiatrique

Arguments POUR:

- ☐ Humeur dépressive depuis accouchement
- ☐ Perte d'intérêt/plaisir (anhédonie)

- ☐ Fatigue/perde d'énergie
 - ☐ Sentiments de culpabilité
 - ☐ Difficultés concentration
 - ☐ Troubles appétit et sommeil
 - ☐ Perte libido
 - ☐ Antécédents familiaux troubles bipolaires
- Contre : Symptômes physiques (aménorrhée, échec allaitement, faiblesse musculaire) suggèrent cause organique

Pathologies hématologiques

• Anémie ferriprive → NFS, fer sérique, ferritine, TIBC

Arguments POUR:

- ☐ Hémorragie post-partum avec transfusions
 - ☐ Fatigue persistante
 - ☐ Difficultés concentration
 - ☐ Vertiges orthostatiques
 - ☐ Alimentation inadéquate (grignotage)
 - ☐ Absence supplémentation fer
 - ☐ Pâleur conjonctivale potentielle
- Mais : N'explique pas ensemble des symptômes endocriniens

2. Examens complémentaires de première intention

0

- Dosages hormonaux hypophysaires : cortisol sérique, ACTH ☐
- [tests pour déficit ACTH]
- Dosages hormonaux gonadiques : œstradiol, FSH, LH [tests pour déficit en gonadotrophines] ☐
- IGF-1 [test pour déficit en hormone de croissance] ☐
- TSH [pour tester l'hypothyroïdie] ☐
- Électrolytes sériques, glucose [hypoglycémie et hyponatrémie sont des symptômes du déficit ACTH] ☐

3. Examens complémentaires hématologiques

0

- NFS, VGM, TCMH [hémoglobine basse est un critère d'anémie. Une anémie hypochrome microcytaire suggérerait une anémie ferriprive] ☐
- Fer sérique, ferritine, TIBC [évaluation des réserves en fer] ☐
- Frottis sanguin [morphologie érythrocytaire] ☐

4. Imagerie spécialisée



0

IRM cérébrale [modalité d'imagerie de choix dans le syndrome de Sheehan, bien que l'imagerie ne suivrait probablement que les études hormonales si elles sont anormales]

5. Communication avec la patiente

0

- Explications à la patiente des impressions diagnostiques préliminaires ☐
- Explication du plan de prise en charge ☐
- Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes médicaux ☐
- Évaluation de l'accord de la patiente avec le plan diagnostique ☐
- Recherche des préoccupations et questions de la patiente ☐

6. Conseil et soutien

0

- Conseil sur les modifications du mode de vie pour améliorer l'humeur ☐
- Réaction appropriée au défi sur la maternité ☐
- Orientation vers assistance sociale ☐
- Éducation sur l'importance du soutien familial ☐
- Information sur les ressources de soutien post-partum ☐

Prise en charge selon diagnostic

- Si syndrome de Sheehan confirmé :
 - Hydrocortisone 15-20 mg/j (déficit ACTH)
 - Lévothyroxine 25-50 µg/j initial (déficit TSH)
 - Traitement œstro-progestatif si désir fertilité
 - Surveillance étroite pendant traitement
 - Éducation : port carte urgence médicale
 - Augmentation hydrocortisone si stress/maladie
 - Si dépression post-partum :
 - Psychothérapie cognitive-comportementale
 - ISRS si sévère (sertraline, paroxétine compatibles allaitement)
 - Thérapie familiale/couples
 - Groupes de soutien mères
 - Surveillance risque suicidaire
 - Si anémie ferriprive :
 - Fer per os : fumarate ferreux 200 mg × 3/j
 - Supplémentation vitamine C (absorption)
 - Contrôle NFS à 4-6 semaines
 - Fer IV si intolérance digestive
 - Correction facteurs causaux
 - Mesures générales :
 - Amélioration nutrition (alimentation équilibrée)
 - Aide domestique/familiale
 - Repos adapté malgré contraintes jumeaux
 - Soutien psychologique conjoint
 - Surveillance développement enfants

Clôture de consultation

Défi : Culpabilité maternelle

[Pensez-vous que je suis une mauvaise mère ?]

Réponse type du candidat

Mme Willis, je comprends que vous avez été sous beaucoup de stress et que vous vous sentez épuisée. Je pense que le fait que vous soyez venue me voir aujourd'hui parce que vous êtes préoccupée de bien vous occuper de vos enfants me montre que vous êtes une bonne mère et que vous essayez de vous assurer que vos enfants reçoivent les meilleurs soins possibles. J'aimerais faire quelques tests supplémentaires pour découvrir ce qui cause vos symptômes. Une fois que nous aurons fait cela, nous pourrions nous assurer que vous recevez le meilleur traitement possible. Si vous le souhaitez, je peux aussi vous mettre en contact avec l'une de nos assistantes sociales et vous pourrez lui parler des moyens de vous soutenir, vous et votre famille. Qu'est-ce que vous en pensez ?

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères

1. Réponse aux sentiments et besoins du patient

Empathie, écoute active, validation des émotions
Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien

2. Structure de l'entretien

Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps
Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation

3. Expression verbale

Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension
Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats

4. Expression non verbale

Contact visuel, posture, gestuelle appropriée
Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire

5. Évaluation générale de la communication

Qualité globale de l'interaction médecin-patient

A

B

C

D

E

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

Axe hypothalamo-hypophysaire hormonal

L'hypothalamus libère l'hormone de libération des gonadotrophines (GnRH), l'hormone de libération de la corticotrophine (CRH) et l'hormone de libération de la thyrotrophine (TRH) dans les vaisseaux portaux de la tige hypophysaire, par lesquels elles atteignent l'hypophyse antérieure.

Ces hormones hypothalamiques influencent alors directement la libération d'hormones tropiques de l'hypophyse antérieure dans la circulation périphérique.

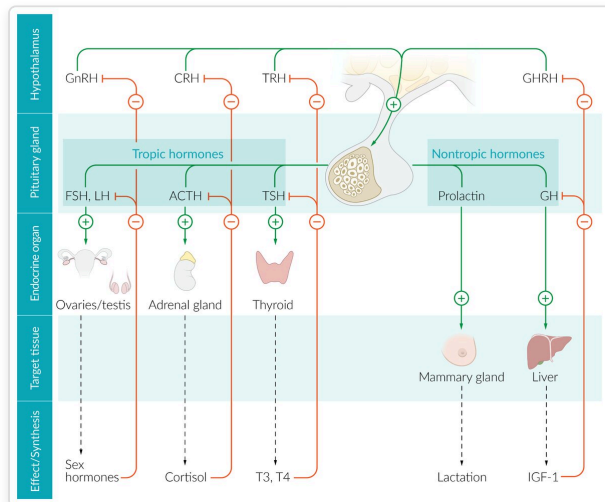
La GnRH stimule la libération de l'hormone lutéinisante (LH) et de l'hormone folliculo-stimulante (FSH), la CRH stimule l'hormone corticotrope (ACTH), et la TRH stimule l'hormone thyroïdienne stimulante (TSH).

La LH et la FSH agissent sur les ovaires/testicules pour produire des hormones sexuelles (œstrogène, progestérone et testostérone) ; l'ACTH stimule la glande surrénale pour produire des glucocorticoïdes (principalement le cortisol) ; et la TSH stimule la glande thyroïde pour produire des hormones thyroïdiennes (T3 et T4).

L'hypothalamus influence également la libération d'hormones non-tropiques comme la prolactine et l'hormone de croissance (GH) de l'hypophyse antérieure.

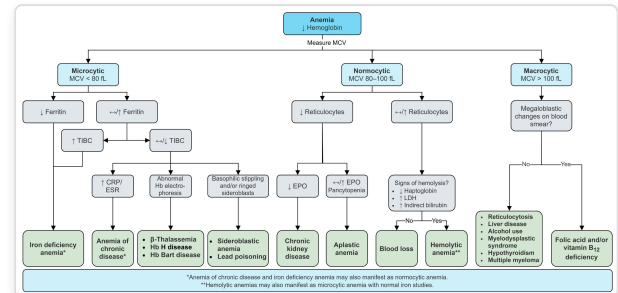
La prolactine régule la lactation dans les glandes mammaires ; la GH est stimulée par l'hormone de libération de l'hormone de croissance (GHRH) et stimule à son tour la production du facteur de croissance insulino-mimique 1 (IGF-1) dans le foie.

La sécrétion d'hormones est régulée par des boucles de rétroaction, où les hormones produites par les organes cibles peuvent inhiber la libération de leurs hormones de contrôle de l'hypothalamus et de l'hypophyse.



Diagnostic de l'anémie

Algorithme diagnostique pour l'évaluation de l'anémie basé sur le VGM et les indices érythrocytaires.



Scénario pour la patiente standardisée

Nom : Lakeesha Willis | **Âge :** 28 ans

Contexte : Ingénieure aérospatiale en congé maternité avec fatigue sévère post-hémorragie du post-partum

Motif de consultation

Plainte principale : «J'ai été vraiment fatiguée dernièrement.»

Si on demande s'il y a autre chose : «Ça fait 5 mois maintenant.»

Consignes

- Parler lentement et sans beaucoup d'émotion.
- Garder votre visage inexpressif, comme il le serait pendant le sommeil.
- Si l'examineur teste la force de vos bras ou jambes en vous demandant de pousser contre eux, ne poussez que faiblement.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (ex: IRM, CT) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Demander 'Pensez-vous que je suis une mauvaise mère ?'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Fatigue persistante depuis 5 mois
- Début après naissance des jumeaux (6 mois)
- Aggravation progressive
- Aucune amélioration malgré le repos
- Intolérance au froid marquée

Symptômes associés :

- Échec de l'allaitement
- Aménorrhée post-partum persistante
- Perte de libido complète
- Faiblesse musculaire généralisée
- Troubles de concentration et mémoire
- Perte d'appétit et troubles alimentaires
- Symptômes dépressifs secondaires

Simulation

Durant l'entretien :

- Affect plat et expression faciale inexpressive
- Réponses lentes et monotones
- Mentionner la culpabilité de ne pas être heureuse
- Insister sur l'épuisement constant
- Minimiser les symptômes physiques
- Préoccupation principal : bien-être des jumeaux

Durant le status :

- Faiblesse musculaire évidente (test de force)
- Réflexes diminués possibles
- Affect plat persistant
- Réponses lentes aux commandes
- Signes possibles d'hypothyroïdie clinique
- Bradycardie relative (FC 60)

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Femme 28 ans avec syndrome de Sheehan probable : fatigue post-hémorragie du post-partum + déficits hormonaux multiples (ACTH, TSH, gonadotrophines, prolactine). Triade classique : échec allaitement + aménorrhée + symptômes hypothyroïdiens. Facteur déclenchant clair : hémorragie massive nécessitant transfusions → nécrose hypophysaire. Diagnostic différentiel : dépression post-partum (symptômes psychiques) + anémie ferriprive (hémorragie). Urgence relative : risque insuffisance surrénale aiguë.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e fait :

- Dosages hormonaux : Cortisol 8h bas (< 100 nmol/L)
- ACTH bas, FSH/LH indétectables, œstradiol bas
- TSH normal-bas, T4 libre basse
- IGF-1 très bas, prolactine indétectable
- NFS : anémie microcytaire (Hb 8.5 g/dL)
- IRM hypophyse : hypophyse atrophique, tige fine

Points clés

- Syndrome Sheehan = nécrose hypophysaire post-hémorragie
- Triade classique : agalactie + aménorrhée + hypothyroïdie
- Déficits multiples : ACTH, TSH, FSH/LH, GH, prolactine
- Chronologie : symptômes graduels 6 mois post-partum
- IRM : hypophyse 'vide' ou atrophique
- Traitement : substitution hormonale à vie (hydrocortisone prioritaire)

Pièges

- Attribuer fatigue uniquement à dépression post-partum
- Négliger l'histoire d'hémorragie post-partum
- Oublier l'urgence du déficit en cortisol
- Ne pas rechercher déficits hormonaux multiples
- Confondre avec hypothyroïdie primaire isolée
- Minimiser l'impact psychologique sur la famille

Diagnostic le plus probable

Syndrome de Sheehan (hypopituitarisme post-partum)

Syndrome de Sheehan

Nécrose ischémique de l'hypophyse antérieure après hémorragie post-partum :

- Incidence : 1-2/100 000 accouchements (pays développés)
- Physiopathologie : hypophyse augmentée grossesse + hypovolémie → nécrose
- Déficits hormonaux : ACTH > TSH > FSH/LH > GH > prolactine
- Présentation : aiguë (choc) ou chronique (fatigue progressive)
- Facteurs de risque : hémorragie massive, choc, CID
- Pronostic : bon si diagnostic précoce et traitement adapté

Physiopathologie hypopituitarisme

Cascade de déficits hormonaux par destruction hypophysaire :

- Hypophyse antérieure : ACTH, TSH, FSH/LH, GH, prolactine
- Hypophyse postérieure : habituellement épargnée (ADH)
- Hiérarchie déficits : GH et prolactine premiers touchés
- ACTH et TSH : déficits plus tardifs mais plus graves
- Gonadotrophines : impact fertilité et libido
- Compensation partielle : rétrocontrôle négatif aboli

Manifestations cliniques Sheehan

Syndrome clinique progressif multi-systémique :

- Phase aiguë (rare) : choc, collapsus, coma
- Phase chronique : fatigue, faiblesse, intolérance froid
- Déficit ACTH : asthénie, hypotension, hypoglycémies
- Déficit TSH : hypothyroïdie secondaire
- Déficit gonadotrophines : aménorrhée, perte libido, infertilité
- Déficit prolactine : agalactie (signe précoce pathognomonique)
- Déficit GH : moins symptomatique chez adulte

Diagnostic syndrome de Sheehan

Approche combinée clinique, biologique et morphologique :

- Clinique : triade agalactie + aménorrhée + hypothyroïdie
- Biologie : déficits hormonaux multiples, cortisol 8h bas
- Tests dynamiques : test à l'insuline (gold standard)
- IRM hypophysaire : hypophyse 'vide', atrophie, tige fine
- Critères diagnostiques : contexte + clinique + biologie
- Diagnostic différentiel : adénomes, craniopharyngiome

Dépression post-partum

Trouble mental fréquent période périnatale :

- Prévalence : 10-15% femmes post-partum
- Facteurs risque : ATCD psychiatriques, stress, isolement
- Symptômes : humeur dépressive, anhédonie, culpabilité
- Diagnostic : critères DSM-5, échelles EPDS
- Complications : négligence enfant, suicide maternel
- Traitement : psychothérapie, ISRS compatibles allaitement

Anémie ferriprive post-partum

Complication fréquente hémorragie obstétricale :

- Physiopathologie : pertes sanguines + déplétion réserves

- Symptômes : fatigue, dyspnée effort, pâleur, pica
- Biologie : microcytose, hypoferritinémie, ↑ TIBC
- Diagnostic : NFS + bilan martial complet
- Traitement : fer per os 100-200 mg/j élémentaire
- Surveillance : NFS à 4-6 semaines, normalisation 3-6 mois

Rappels thérapeutiques

- Urgence : hydrocortisone 15-20 mg/j (déficit ACTH mortel)
- Lévothyroxine : débiter après cortisol (crise surrénale)
- Dose initiale T4 : 25-50 µg/j, augmentation progressive
- Œstrogènes : si désir grossesse, sinon symptomatique
- GH : rarement indiquée chez adulte
- Éducation : carte urgence, adaptation stress/maladie
- Surveillance : dosages réguliers, adaptation doses
- Grossesse future : surveillance étroite, ajustements hormonaux

Examens complémentaires

- Cortisol 8h : normal > 550 nmol/L, déficit < 100 nmol/L
- ACTH : bas/normal inapproprié si déficit central
- Test stimulation ACTH : réponse diminuée déficit chronique
- TSH, T4 libre : TSH normal-bas + T4 basse = déficit central
- FSH, LH, œstradiol : gonadotrophines basses + œstradiol bas
- IGF-1 : reflet sécrétion GH, bas si déficit
- Prolactine : indétectable = signe pathognomonique
- IRM hypophysaire T1 avec gadolinium : morphologie, nécrose