

Situations authentiques vécues en stage Proposées par interne pour illustrer la présentation

Cas N°1 :

Mme B, 33 ans, consultant pour souhait de reprise d'une contraception, sachant qu'elle avait auparavant une contraception par MIRENA qu'elle avait fait retirer 3 mois plus tôt pour souhait de grossesse.

Elle dit avoir beaucoup réfléchi, et n'est finalement pas prête pour une nouvelle grossesse, a peur de subir une nouvelle MFIU (ATCD de MFIU à 36 SA il y a 8 ans).

Ses désirs ? Elle ne souhaite pas un nouveau DIU car souhaite pouvoir arrêter sa contraception quand elle le veut, une fois prête pour une nouvelle grossesse, elle préférerait donc une contraception orale qu'elle pourrait ainsi stopper sans l'intervention du médecin.

ATCD personnels : MFIU à 36 SA, tabagisme sevré depuis 1 mois, IMC 30 Kg/m²

ATCD familiaux : HTA grand-mère maternelle, cancer du sein tante maternelle à l'âge de 45 ans

DIAGNOSTIC DE SITUATION :

Patiente de 33 ans consultant pour souhait de reprise d'une contraception orale sur peur de démarrer une nouvelle grossesse avec pour antécédents un tabagisme sevré depuis 1 mois seulement et une obésité.

La question que l'on se pose : Oestro-progestatifs ou Progestatifs seuls ?

- pas de contre indication absolue aux O-P car moins de 35 ans
- mais IMC à 30, tabagisme sevré depuis 3 mois seulement et la patiente approche des 35 ans ...

La patiente adhère finalement à une microprogestative car avait déjà ce type de contraception avant son DIU et en était satisfaite

CONCLUSION :

- Choix de la patiente +++,
- Le tabac n'est pas une contre-indication absolue aux O-P si moins de 35 ans,
- Penser à l'obésité comme facteur de risque thrombo-embolique

Cas N°2 :

Jeune femme de 16 ans, consultant pour renouvellement de contraception. Une pilule oestro-progestative minidosée (20 gamma ethinyl-oestradiol) a été instaurée 6 mois plus tôt.

L'objectif premier était alors une régularisation des cycles et une amélioration des douleurs menstruelles.

Elle est actuellement gênée par des spotting tout au long du cycle, qui ont l'air de persister au fil des mois.

DIAGNOSTIC DE SITUATION :

Patiente de 16 ans consultant pour suivi de contraception se plaignant de spotting sous oestro-progestatifs faiblement dosés avec gêne importante au quotidien.

Il s'agit d'un effet indésirable fréquent sous O-P 20 gamma. Mais les recommandations plaident pour un début aux plus faibles doses en ethinyl-oestradiol. Dans ce cas, on peut passer à une O-P plus fortement dosée (30 gamma par exemple).

CONCLUSION :

- Importance du suivi avec réévaluation à chaque fois
- Démarrer avec les plus petites doses en ethinyl-oestradiol

CAS N°3 :

Patiente de 37 ans consultant pour pose d'un nouveau DIU Mirena (posé 5 ans plus tôt par son gynécologue), elle est déjà passée à la pharmacie chercher son DIU.

Lors de l'entretien d'évaluation systématique avant le changement, elle nous dit qu'elle est très satisfaite de cette contraception si ce n'est une prise de poids de 10 Kg depuis 5 ans, qu'elle attribue au DIU, et qu'elle a beaucoup de mal à accepter.

DIAGNOSTIC DE SITUATION :

Patiente de 37 ans consultant pour changement de DIU hormonal posé 5 ans plus tôt, qui vit mal une prise de poids de 10 Kg depuis.

On lui réexplique alors (à 1 min du changement !) tous les modes de contraception qui existent et en particulier le DIU cuivre, qui aurait peut être moins d'incidence sur le poids. Son choix s'oriente finalement vers un DIU cuivre.

CONCLUSION :

- Réévaluer en permanence la contraception
- Toujours proposer les alternatives possibles

CAS N°4 :

Patiente de 25 ans consultant un médecin remplaçant pour renouvellement de contraception orale O-P.

ATCD de tabagisme actif à 10 cigarettes par jour.

La patiente n'est pas prête pour un sevrage en tabac, elle est opposée au changement de contraception dans l'immédiat malgré les informations données par le médecin remplaçant sur le risque thrombo-embolique. L'échange devient alors très vite conflictuel, si bien que la patiente repart de la consultation sans aucune prescription.

Nous revoyons alors la patiente 3 mois plus tard pour demande d'IVG : la patiente n'avait pas repris de contraception depuis, n'osant pas en reparler, dans un contexte de tensions dans son couple avec absence de rapports sexuels. Elle a fini par avoir une relation qui a donc abouti à une grossesse non désirée.

DIAGNOSTIC DE SITUATION :

Patiente de 25 ans consultant pour demande d'IVG après arrêt de contraception O-P sur mésentente avec médecin remplaçant sur contraception O-P et tabagisme dans un contexte de conjugopathie.

CONCLUSION :

- Attention à la façon de mener une consultation de contraception, notamment avec (adolescents++)
- Le tabagisme n'est pas une contre-indication absolue aux O-P si la patiente a moins de 35 ans

CAS N°5 :

Patiente de 20 ans, non connue du cabinet, arrivant en consultation avec le motif suivant : « mon copain a des boutons sur le gland depuis plusieurs semaines, et ça s'étend. Je voudrais donc vérifier si je n'ai pas un problème et donc faire un frottis ».

Au cours de l'interrogatoire, après avoir pris en charge la question des IST et le dépistage qui en découle, vient la problématique de la contraception : elle ne possède pas de contraception, n'utilise pas de préservatif, mais n'a pas de désir de grossesse. Elle pense de toute façon être stérile puisque n'ayant pas de grossesse malgré l'absence de contraception. Elle nous avoue tout de même qu'elle aimerait bien qu'on se penche sur la question de la contraception.

DIAGNOSTIC DE SITUATION :

Patiente de 20 ans vivant en couple, consultant devant la présence de lésions génitales chez son compagnon, avec besoin de rassurance et d'une prise en charge gynécologique générale, notamment d'une contraception.

Entretien :

- ce qu'elle a : pas d'ATCD médicaux personnels ou familiaux en dehors d'un tabagisme actif, et la consommation de cannabis voire plus
- ce qu'elle fait : en couple, sans emploi
- ce qu'elle croit : elle pense être stérile, et a aussi peur du déni de grossesse. Elle souhaiterait donc réaliser un test de grossesse.
- ce qu'elle sait/ses désirs : ne veut pas d'implant ou de pilule car voudrait quelque chose de « naturel » ; elle a vu qu'il existait « un stérilet pour vierge » qui « a l'air bien », s'est beaucoup renseignée sur internet

Après renseignement sur tous les modes de contraception, elle choisira finalement un mini DIU hormonal JAYDESS

CONCLUSION :

- Importance de l'interrogatoire pour identifier les idées reçues, et essayer de les comprendre
- Choix de la patiente ++

Situation authentique vécue par Dr Victor Chaplet Pour illustrer présentation contraception et adolescente

Un vendredi soir Mlle N consulte avec son père pour douleurs abdominales. Interne dans un lycée de la région, elle fait plus que son âge : 1,71 et 78 kilos, jeune sapeur pompier, sportive, je ne la connais pas beaucoup, je l'avais vue une fois en l'absence de son médecin habituel qui fait parti du cabinet.

Je l'interroge sur les caractéristiques de sa douleur :

Depuis 10J plutôt après les repas à type de crampes, péri-ombilicales, pas de troubles du transit, pas de nausées, ni de vomissements, pas de fièvre pas de symptômes urinaires. Pour compléter mon diagnostic de situation, il me fallait explorer d'autres champs, je suggère à son père de me laisser seule avec elle pour évoquer des choses plus intimes (l'observation du non verbal m'a conforté dans cette décision) le père sort sans difficultés et j'aborde avec elle :

Si elle a des symptômes gynéco : pertes anormales, douleurs pelviennes : non, si elle a déjà eu des rapports sexuels. Elle me répond que oui : il y a 3 semaines, étaient ils protégés ? elle me dit que oui mais le préservatif s'est rompu, c'était son premier rapport, je lui demande si elle craint quelque chose et si elle a eu ses règles, elle me répond que oui elle a eu peur d'une grossesse elle attendait ses règles avec impatience et comme elles sont venues en début de semaine, cela l'a soulagée et d'ailleurs depuis cela va un peu mieux au niveau des douleurs mais elle n'est pas tranquille, et comme ses parents avaient pris rdv car elle avait passé un mauvais week-end, elle est venue quand même.

Je l'ai examiné, TA, température, auscultation cardio pulmonaire, examen abdomino pelvien et fosses lombaires, je commente l'examen en étant rassurante, je n'ai pas fait d'examen gynécologique car je n'avais pas de points d'appel, je lui ai dit qu'il faudrait tout de même éliminer une grossesse, puis nous avons discuté contraception.

Elle optait plutôt pour une COP, il n'y a pas d'ATCD familiaux vasculaires, elle ne fume pas (ni cigarettes ni cannabis), fait du sport je lui ai dit que si elle voulait, elle pouvait bénéficier de l'anonymat pour la prescription de la pilule et même pour la prise de sang avec le Pass-contraception mais elle m'a dit qu'elle pensait que ses parents ne feraient aucune difficulté pour la prise de la pilule car ils savaient qu'elle avait un petit ami depuis quelques mois, mais par contre elle ne voulait pas les informer de l'accident.

Nous avons convenu d'un bilan à faire au début de la prise de pilule en y mettant les bêta hcg et qu'elle dirait à ses parents que c'est prescrit systématiquement quand on commence la pilule au milieu d'un cycle (méthode quickstart), elle était satisfaite de cette proposition.

Je lui ai rappelé la règle des oublis avec remise de la carte INPES, lui ai parlé des IST et de l'usage du préservatif, je lui ai prescrit un traitement symptomatique pour ses douleurs, 6 mois de pilule(leeloo®) et une boîte de norlevo®. Enfin je lui ai demandé de reconsulter dans 3 à 6 mois pour faire le point ou avant si problème.

Je fais rentrer son père pour le passage de la carte vitale et le paiement, à sa question : alors ce n'est pas trop grave ? Je réponds : non rien de grave votre fille vous expliquera. Elle a eu un grand sourire !!!

DIAGNOSTIC DE SITUATION:

Douleurs abdominales atypiques chez adolescente de 15 ans sans contraception accompagnée de son père, qui en entretien singulier me fait part de sa crainte d'une grossesse.

Cette consultation permet de pointer :

- 1- l'importance de pouvoir voir les adolescentes seules pour faciliter le dialogue et l'exploration des champs psycho sociaux.
- 2- La possibilité de prescrire une contraception de façon anonyme et gratuite chez l'adolescente.
- 3- La nécessité d'être empathique sans jugement pour trouver la meilleure prise en charge en accord avec l'adolescente.
- 4- L'importance de convenir avec l'adolescente du contenu du retour d'information fait aux parents.
- 5- L'importance d'aborder lors de la mise en route d'une contraception : la contraception d'urgence avec prescription anticipée, les IST et l'usage du préservatif.
- 6- L'inutilité de pratiquer un examen gynécologique d'emblée chez une adolescente en l'absence de signes cliniques.