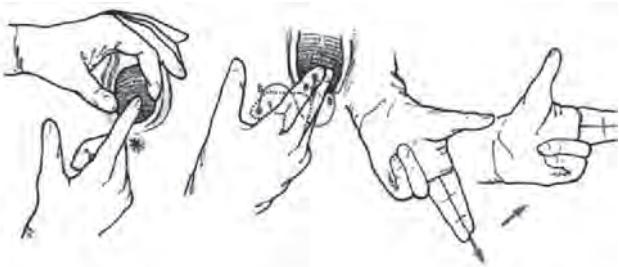


On utilise deux doigts (index et médius) ou un seul en cas d'atrophie vaginale (l'index), protégés par un doigtier stérile à usage unique. Pour que l'exploration soit la plus profonde possible, il faut que le maximum de longueur digitale soit utilisable.

L'index appuyant fortement sur la fourchette, le médius se dégage et vient très aisément se mettre à côté de l'index. Les doigts sont tout d'abord orientés en bas et en arrière (45° environ) puis on les horizontalise.



La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien.

→ Résultats

Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
- Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
- Le vagin et son cul-de-sac postérieur répondant au cul-de-sac de Douglas,
- Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité,
- Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers les culs-de-sac vaginaux latéraux.

→ Limites

Le TV est limité par :

- Le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
- Les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,
- En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente,
- Enfin, chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV. •

Controverses autour du Toucher Vaginal (TV)

Le TV a de nombreux intérêts et des limites dans la pratique. Faut-il le compléter ou le remplacer par d'autres examens ? Sa pertinence fait actuellement polémique dans l'opinion française.

Lors du suivi de grossesse, il permet d'évaluer le pronostic obstétrical en évaluant la conformation du bassin, la présentation et l'état du col. Il permet ainsi d'évaluer le risque de survenue de complications (Menace d'Accouchement Prématuré (MAP), présentation en siège, bassin retrécí...). Il a été fondamental pour la datation et le suivi de grossesse jusqu'à la fin de la première moitié du XX^e siècle, lorsque les femmes étaient peu suivies et les diagnostics échographique ou biologique quasi inexistant.

Actuellement, dans les recommandations (HAS 2011, CNGOF 2002, NICE 2014), l'examen obstétrical ne comporte pas de TV systématique. De nombreuses études ont démontré l'inutilité du TV systématique pour diminuer le risque d'accouchement prématuré, voire que les TV répétés seraient délétères pour la patiente ⁽¹⁾. Sa pratique régulière (1/semaine dans cette étude ⁽²⁾) augmente très significativement la survenue de rupture prématurée des membranes et donc un accouchement prématuré. La recherche d'une modification du col sans symptômes, chez une femme qui n'a pas d'antécédents (MAP ou accouchement prématuré ou fausse couche tardive), peut induire des prises en charge coûteuses alors qu'elle n'aurait peut-être jamais eu de signes menaçant le bon déroulement de sa grossesse ^(3, 4).

D'autres techniques sont développées pour le dépistage des MAP : l'échographie du col, le dosage de fibronectine ou d'autres marqueurs ^(5, 6) *. On peut aussi coupler les techniques et créer des scores.

La palpation des culs-de-sac vaginaux par TV peut faire suspecter une masse, kyste ovarien ou autre étiologie.

* CRH (corticotropin releasing hormone), estriol (salivaire et plasmatique), métalloprotéases matricielles, relaxine, G-CSF, AFP, endocannabinoïdes, PAPP-A, Ph-IGFBP-1...

D'après une étude de 1988 comparant le TV et l'échographie, la majeure partie des kystes est dépistée lors des échographies ; et ils sont rares pendant la grossesse⁽⁷⁾. L'échographie a plusieurs avantages sur le TV : elle est moins opérateur-dépendant, donc plus reproductible⁽⁸⁾, il y a moins de risque de rompre les membranes et d'infecter l'œuf⁽⁹⁾. Elle peut être réalisée par voie endovaginale ou transpéritonéale. Elle permet de s'assurer de la présentation. C'est aussi une technique qui est médierée par une sonde, un dispositif qui met une distance entre l'examineur et sa patiente, c'est probablement moins intrusif que les doigts du praticien. Toutefois, quand l'appareil n'est pas disponible, le TV reste une alternative rapide à mettre en œuvre et moins chère, dans le respect des contre-indications (placenta praevia recouvrant, rupture prématuée des membranes, menace d'accouchement prématué déjà diagnostiquée). Les marqueurs biologiques ne sont pas plus discriminants. Les études statistiques ne sont en faveur d'aucun de ces examens pour dépister les MAP.

En obstétrique, le TV reste incontournable pour suivre le travail, réaliser des manœuvres obstétricales (désincarcération d'utérus rétroversés, décollement des membranes pour déclencher le travail, rupture artificielle des membranes, pose de tocomètre interne, pH au scalp, etc.). Il est nécessaire au calcul de score de Bishop, qui mesure les chances de succès d'un déclenchement du travail. L'examen du bassin à la recherche de pathologies pouvant contre-indiquer l'accouchement voie basse était complété par une radiopelvimétrie. Mais cet examen conduisait à trop de césariennes, il est abandonné et on lui préfère l'épreuve du travail (chez les patientes sans antécédents).

Il existe d'autres limites au TV : un doigtier explore mieux le côté droit du vagin, les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ramène difficilement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse. En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente. Enfin, chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

En France, cet examen est quasiment réalisé de façon systématique à chaque visite prénatale, avec ou sans symptômes, malgré l'absence de recommandations. Les raisons invoquées sont plus pour satisfaire/rassurer les patientes que pour réellement dépister une anomalie.

Il y a actuellement une polémique dans l'opinion française, sur la pertinence de cet examen. En février 2015, un article parlant de la formation des médecins à ce geste, sur patientes endormies, a mis le feu aux poudres⁽¹⁰⁾. Un document de formation des étudiants en médecine de Lyon expliquait qu'il fallait s'entraîner au TV sur des patientes dont on n'avait pas recueilli le consentement. Les réseaux sociaux sur internet ont commencé un débat sur le consentement et la toute-puissance des médecins.



Les raisons invoquées sont plus pour satisfaire/rassurer les patientes que pour réellement dépister une anomalie.



Un *tumblr* circule : « *je n'ai pas consenti* ». Il existe aussi une discussion *#payetonuterus*, depuis novembre 2014, dans laquelle les femmes racontent leurs expériences traumatisantes en gynéco obstétrique.

Suite à cela, une émission de radio « *Sur les docks* » a traité de la maltraitance gynécologique, qui va beaucoup plus loin que le TV sur patientes non consentantes. Diverses personnes étaient interviewées : des experts et des patientes. Il s'avère que la gynécologie obstétrique s'occupe d'organes qui ont un poids symbolique particulier, touchant à la sphère intime. Il faut plus de tact pour obtenir le consentement de la patiente et réaliser le geste. Néanmoins, dans de nombreuses études, il apparaît que les femmes trouvent ce geste important dans le suivi de grossesse, elles sont rassurées par sa réalisation. Elles se disent non gênées par le geste **. Les médias et les réseaux sociaux ont un biais de mise en exergue : ils ne réalisent pas une enquête d'opinion représentative. Cependant, ils font réfléchir à un sujet, voire peuvent induire des changements en valorisant certaines opinions.

Le toucher vaginal dans l'examen de la femme est un geste de plus en plus controversé. Il fait partie de l'examen depuis les origines de l'Homme mais actuellement, il ne serait plus si obligatoire et nécessaire. Sa pratique est même remise en cause par les patientes elles-mêmes depuis une vingtaine d'années, même si la plupart le réclame pour être rassurée. Et le dernier « scandale » médiatique sur son apprentissage par les étudiants sur patientes endormies ne va pas permettre de clore le débat... Les praticiens n'appliquent d'ailleurs pas encore les recommandations, il y a toujours les « pour » et les « contre ».

Il apparaît, à force d'étude, que le toucher vaginal dans le suivi de grossesse n'est pas nécessaire lors d'une grossesse de déroulement normal. Il reste utile en première ligne dès qu'il y a des symptômes car peu cher (le prix d'un doigtier) et analyse le col mieux que l'examen au spéulum ou l'échographie. Il permet lors des dernières consultations d'évaluer le bassin obstétrical et d'éviter parfois à certaines femmes une épreuve du travail inutile lorsqu'il dépiste des anomalies. C'est un examen qui peut néanmoins être iatrogène.

>

** à 62 % en 2010 dans l'étude à Angers de Lorioux⁽¹¹⁾.