

Figure 26 : Réalisation du toucher vaginal : bien déprimer le périnée postérieur si besoin, et éviter le périnée antérieur.

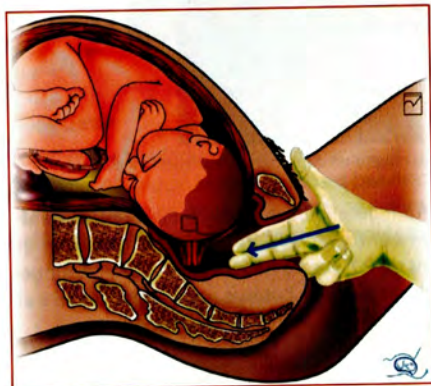


Figure 27 : Réalisation du toucher vaginal : diriger les doigts en bas et en arrière.



Figure 28 : Réalisation du toucher vaginal : faire finalement pivoter le poignet.



Figure 29 : Réalisation du toucher vaginal : les doigts intravaginaux peuvent explorer le vagin et le col de l'utérus en passant derrière le col.

Successivement tes doigts doivent rechercher :

- Le cul-de-sac vaginal postérieur (en bas et en arrière)
- La lèvre postérieure puis la lèvre antérieure du col

Tu dois faire le tour du relief cervical, **sans chercher à mettre tes doigts dans l'orifice cervical** (figure 30).

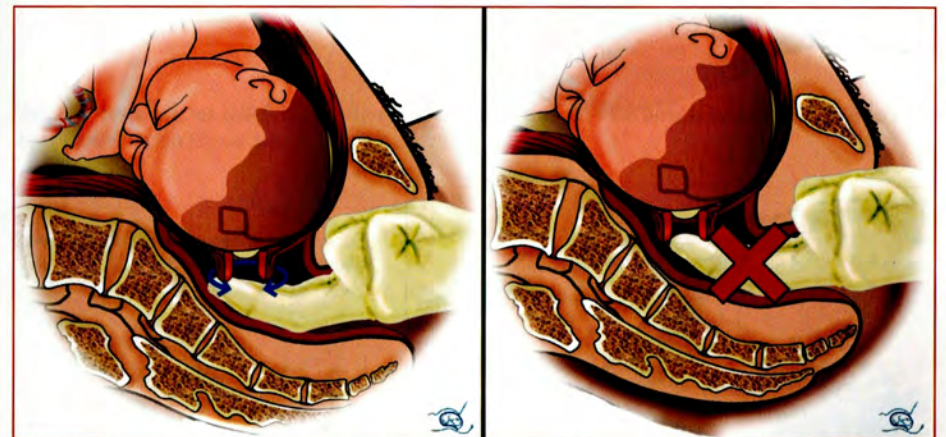


Figure 30 : Réalisation du toucher vaginal : l'exploration du col est faite en tournant autour, pas en explorant l'intérieur. Ne pas chercher à atteindre l'orifice interne.

Tu peux ainsi apprécier les **caractéristiques du col de l'utérus** :

- Consistance
- Longueur
- Position
- Ouverture

La surveillance du travail par l'ouverture du col n'est nécessaire qu'après un effacement complet de celui-ci (c'est-à-dire quand le col n'a plus de longueur).



Tu n'oublies pas que pour apprécier l'ouverture du col, tes doigts vont franchir l'orifice du col et seront en contact avec le pôle inférieur du contenu utérin. Ce geste peut être dangereux surtout en cas de **placenta prævia** : risque d'hémorragie cataclysmique (figure 31) mais aussi en cas de menace d'accouchement prématuré (MAP) avec des risques de stimulation des CU, d'infection et de rupture prématurée des membranes (figure 32).

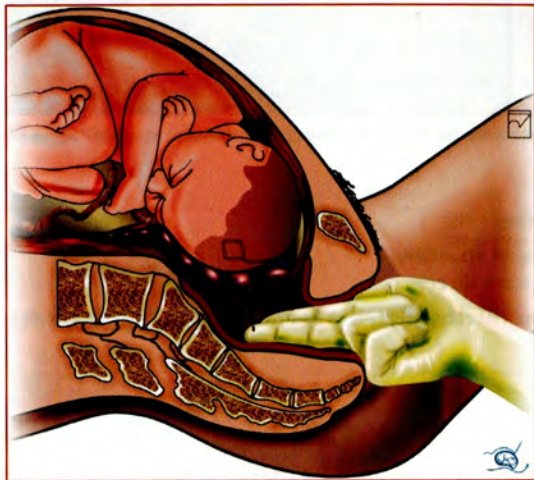


Figure 31 : Les risques du toucher vaginal : hémorragie possible en cas de placenta prævia.

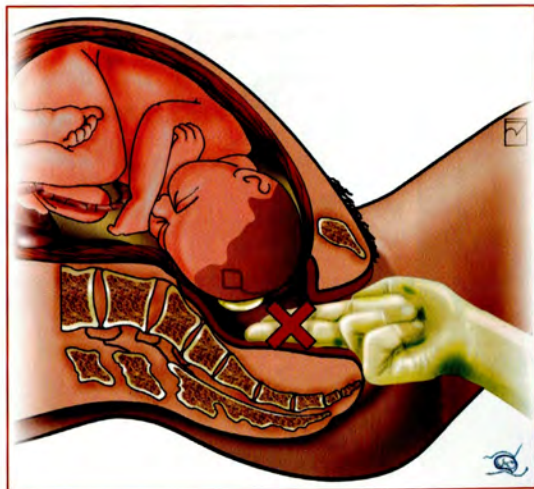


Figure 32 : Les risques du toucher vaginal : rupture des membranes.

- Hauteur de la présentation

Si le col est fermé, tu apprécies la descente de la présentation à travers l'ampliation du segment inférieur par le niveau le plus bas perçu de la présentation (figure 33).

Si le col est ouvert, tu apprécies le niveau de descente de la présentation directement par la palpation de la présentation foetale (tête ou siège).

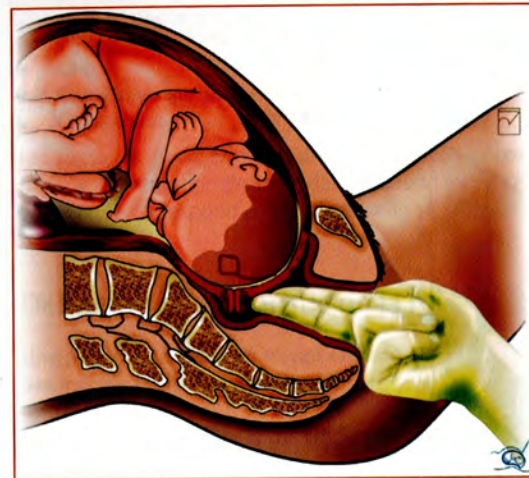


Figure 33 : Toucher vaginal : palpation de la présentation à travers le segment inférieur.

Dans les deux cas, les reliefs du bassin maternel, te permettent de définir les niveaux de descente de la présentation (figure 34).

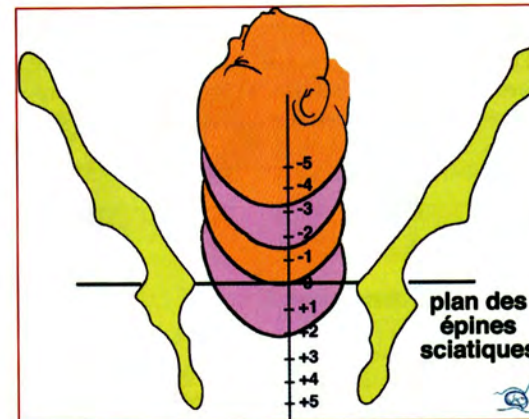


Figure 34 : Niveaux de descente de la tête foetale dans l'excavation pelvienne pendant le travail. L'engagement est défini par le niveau 0, le vertex atteint les épines sciatiques.



Tu dois savoir que le TV est difficile et faussé si la vessie et/ou le rectum de la patiente ne sont pas vides (figure 35).

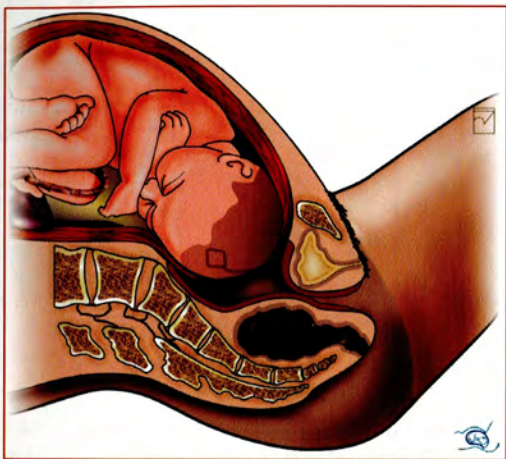


Figure 35 : Toucher vaginal : rendu difficile si fécalome ou vessie pleine.



Références bibliographiques

1. Schaal JP, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Quereux C, Camponovo J, Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. Encycl Méd Chir (Elsevier). Paris, 1998 (vol Obstétrique).
2. Schaal JP, Equy V, Hoffmann P. Examen de fin de grossesse. In: Schaal JP, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Mécanique et Techniques obstétricales (3ème édition). Montpellier: Sauramps Médical, 2007.



Vidéo

1. Examen obstétrical
2. Vulve, spéculum, TV en obstétrique