

# LE TOUCHER RECTAL

*Ovidiu Fabian*

## **Objectifs pédagogiques**

### ***À savoir***

- Qu'est-ce que le toucher rectal
- Qu'est-ce qu'on explore par le toucher rectal
- Quel est le matériel nécessaire pour effectuer le toucher rectal
- Les positions dans lesquelles on effectue l'examen
- La technique du toucher rectal
- Quels signes cliniques on peut trouver à l'inspection de l'anus et de la région péri-anale
- Qu'est-ce qu'on recherche à l'examen de l'ampoule rectale
- Qu'est-ce qu'on recherche à l'examen des organes du voisinage de l'ampoule rectale
- Qu'est-ce qu'on recherche sur le gant du doigt explorateur

### ***Que faire***

- Rassembler le matériel nécessaire
- Expliquer au patient le geste médical et son utilité
- Expliquer au patient la position dans laquelle on effectue l'examen
- Effectuer le toucher rectal
- Décrire ce qu'on a constaté pendant l'examen

## **Définition**

Le toucher rectal est le geste médical par lequel on explore la région péri-anale, le canal anal, l'ampoule rectale et les organes adjacents. Le toucher rectal proprement-dit est une version de la palpation effectuée avec un seul doigt, mais ce geste médical comprend aussi l'inspection de la région anale. Le toucher rectal est le principal examen de dépistage du cancer de la prostate et du cancer rectal.

## **Indications**

- Toutes les situations dans lesquelles l'interrogatoire du patient et le reste de l'examen objectif oriente vers une pathologie anale, rectale ou périnéale

- rectorragie
- constipation ou transit intestinal alternant – surtout récemment
- élimination de pus dans la région péri-anale
- douleur persistante
- ténésmes rectaux
- incontinence anale
- occlusion intestinale ou d'autres formes d'abdomen aigu
- hémorragie digestive supérieure
- lorsque l'interrogatoire suggère une affection de la prostate ou d'autres organes autour
  - nycturie, pollakiurie, dysurie
  - ténésmes rectaux
- dans le but du dépistage
  - en principe le toucher rectal doit être effectué chez tous les patients de plus de 40 ans
  - cancer rectal
  - cancer de la prostate

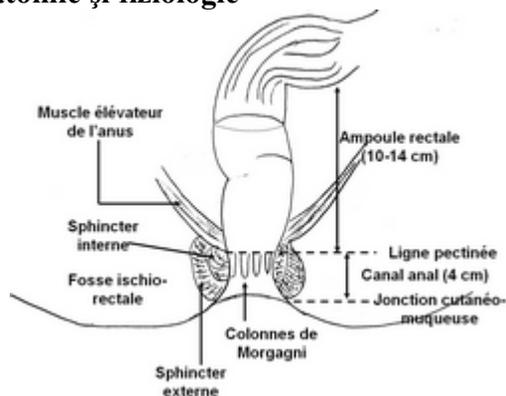
### Contre-indications

Il n'y a pas de contre-indications à ce geste médical. Cependant, on évitera d'effectuer le toucher rectal lorsque celui-ci peut être un examen douloureux:

- prostatite, abcès prostatique
- fissure anale avec contracture spastique du sphincter anal

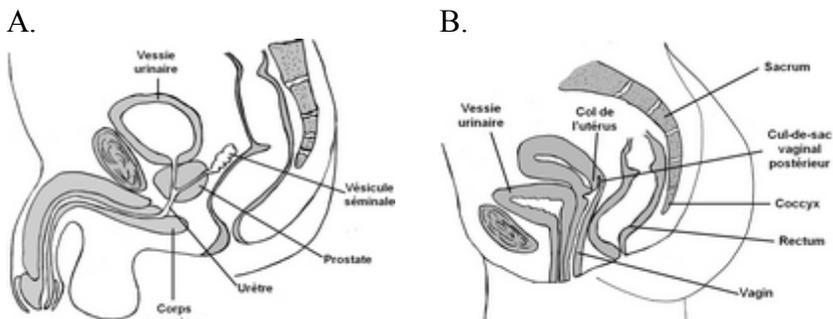
### Elemente de anatomie și fiziologie

- le rectum comporte deux parties: le canal anal et l'ampoule rectale:
  - la jonction entre les deux s'appelle ligne pectinée (au niveau de la partie supérieure des colonnes de Morgagni);



**Figure 1.** Schéma anatomique du rectum

- dans la sous-muqueuse du canal anal se trouvent les plexus veineux hémorroïdaux (supérieur et inférieur) à partir desquels se développent les hémorroïdes;
- latéralement au rectum et au-dessous des muscles élévateurs de l'anus se trouve la graisse des fosses ischio-rectales (droite et gauche);
- le canal anal et le tiers inférieur de l'ampoule rectale (6-8 cm de la marge ano-cutanée) sont accessibles à l'examen par le toucher rectal
- les rapports du canal anal et du tiers inférieur de l'ampoule rectale:
  - postérieurement se trouvent: le sacrum et le coccyx;
  - antérieurement se trouvent: la prostate et les vésicules séminales – chez l'homme, le vagin et le col de l'utérus – chez la femme, le cul-de-sac de Douglas (le repli recto-vésical chez l'homme, respectivement utéro-rectal chez la femme);
  - latéralement se trouvent les fosses ischio-rectales



**Figure 2.** Rapports du rectum chez l'homme (A) et chez la femme (B)

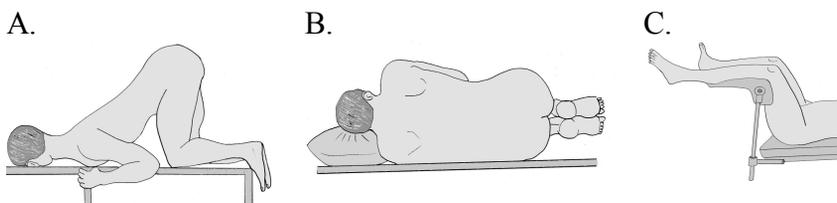
### **Matériel nécessaire**

- gants non stériles
- onguent (vaseline, gel pour l'échographie)
- une compresse (pour essuyer l'onguent après avoir effectué le toucher)

### **Préparer le patient**

- commencer par expliquer le geste médical, sa nécessité et son utilité
  - il est indiqué d'expliquer le geste médical dans un cadre privé et pas dans la chambre à côté d'autres patients

- souvent le patient est anxieux ou a des préjugés en ce qui concerne cet examen (peur de la douleur, honte)
- rassurer le patient: le geste n'est pas douloureux même s'il est désagréable
  - maintenir une attitude professionnelle
  - rassurer le patient en lui expliquant que le geste sera effectué en respectant son intimité; à l'exception des patients comateux ou avec un état général altéré (non déplaçables), ne pas effectuer le toucher rectal dans la chambre, en présence d'autres patients
- expliquer au patient la position dans laquelle il restera pendant l'examen
  - position génu-pectorale ("genoux et coudes posés sur la table d'examen")
    - c'est la position la plus confortable pour l'examineur
  - en décubitus latéral, les genoux remontés vers la poitrine
    - convient aux patients qui ne peuvent pas adopter la position génu-pectorale (patients obèses, avec une ascite importante, avec insuffisance cardiaque, gonarthrose ou coxarthrose etc.)
  - sur la table d'examen gynécologique
    - d'habitude lorsque la symptomatologie suggère une affection qui pourrait être traitée sur place
      - par exemple chez un patient avec thrombose hémorroïdale, l'examen peut se prolonger avec la thrombectomie sous anesthésie locale

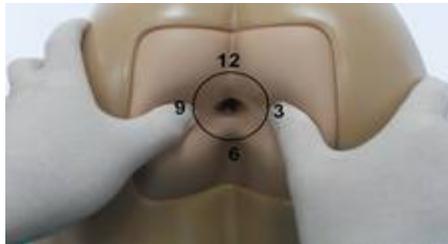


**Figure 3.** Position du patient pour l'examen rectal: A. Position génu-pectorale; B. En décubitus latéral; C. Sur la table gynécologique

### **Technique du toucher rectal**

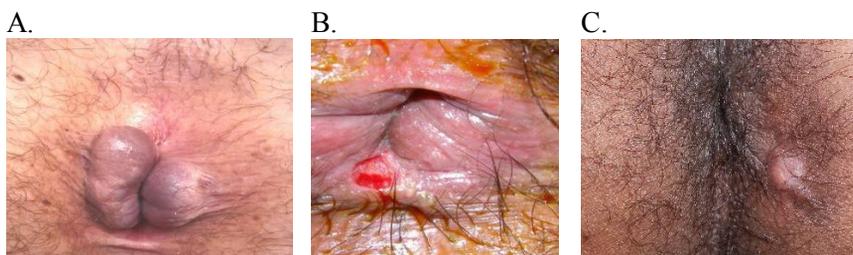
- confirmer (si nécessaire) l'identité du patient; le médecin qui effectue le geste médical se présente (si nécessaire)
- expliquer au patient le geste médical, son but et son utilité ainsi que la position à adopter

- préparer le matériel nécessaire, positionner le patient (voir ci-dessus), mettre les gants; appliquer l'on-guent sur l'index explorateur; de la main gauche tenir à portée de main une compresse écarter les fesses du patient; demander au



**Figure 4.** Inspection de la région péri-anale

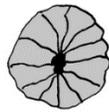
- au patient de relâcher le sphincter; étirer les plis de l'anus (progressivement, lorsque le patient relâche le sphincter) et observer la région anale; rechercher:
  - des hémorroïdes thrombosées - plus dures, non dépressibles, douloureuses
  - le polype sentinelle situé habituellement à la commissure postérieure, qui accompagne la fissure anale
  - une fissure anale – située le plus souvent postérieurement
  - un abcès de la fosse ischio-rectale – tuméfaction accompagnée de douleur, érythème et (parfois) chaleur locale au niveau de l'une des fosses ischio-rectales
  - une fistule péri-anale - orifice fistuleux (entouré parfois d'une petite saillie d'induration cutanée) par lequel s'élimine le pus
  - Observation: afin localiser correctement une lésion anale ou péri-anale on compare l'anneau anal au cadran d'une montre; on utilise comme référence le patient en position gène-pectorale: midi correspond à la commissure anale postérieure, 6h correspond à la commissure anale antérieure



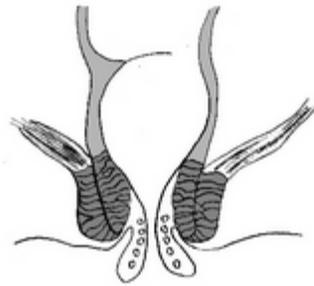
**Figure 5.** Inspection de la région péri-anale: A. Hémorroïdes non compliquées; B. Fissure anale; C. fistule péri-anale

- Demander au patient de mimer un effort de défécation. On peut observer:

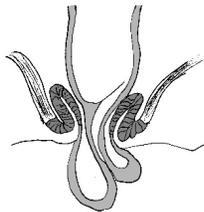
- des hémorroïdes internes proci- dentes
- un prolapsus rec- tal ou un prolap- sus de la mu- queuse rectale:



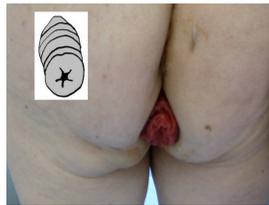
- în prolapsul rectal mucoasa prezintă pliuri concentrice
- în prolapsul de mucoasă rectală pliurile sunt orientate radier



**Figure 6.** Prolapsus de la muqueuse rectale



**Figure 7.** Prolapsus rectal proprement-dit



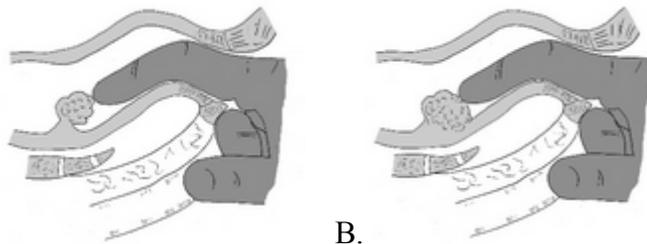
**Figure 8.** Palpation de l'orifice anal; introduction de l'index

- appliquer l'index sur l'orifice anal et l'introduire délicatement dans le canal anal; observer la réaction du patient:
  - l'introduction de l'index est désagréable mais pas douloureuse
  - une réaction disproportionnée (douleur) peut être causée soit par l'anxiété du patient, soit par une fissure anale
  - chez certains patients présentant une fissure anale, le sphincter est spastique et ne permet pas l'introduction de l'index ou alors l'introduction de l'index est très douloureuse; dans ce cas, il faut renoncer au toucher rectal et effectuer une anoscopie sous anesthésie
- palper les commissures antérieure et postérieure; une douleur à ce niveau peut être due à une fissure anale
- demander au patient de serrer et de relâcher alternativement l'anus plusieurs fois, pour apprécier la tonicité du sphincter
  - la tonicité est diminuée chez les femmes multipares ou chez les patients ayant subi des interventions chirurgicales pelviennes avec l'atteinte des nerfs honteux

- un tonus sphinctérien diminué chez le patient avec incontinence fécale indique une lésion du sphincter
- le sphincter peut être spastique dans la constipation chronique, les suppurations péri-ano-rectales ou les processus inflammatoires de voisinage
- introduire le doigt jusqu'à l'ampoule rectale; apprécier le contenu de celle-ci:
  - l'ampoule rectale peut être vide
  - les matières fécales ont une consistance molle et peuvent être mobilisées, entourées avec le doigt
  - les polypes rectaux sont des tumeurs végétantes de dimensions réduites, implantées au niveau de la paroi
  - la tumeur rectale est dure, végétante ou ulcéro-végétante; elle est fixe, avec une partie implantée dans la paroi du rectum
- glisser le doigt sur la paroi de l'ampoule rectale (antérieurement, latéralement et postérieurement)
- apprécier les parois de l'ampoule, les éventuelles tumeurs et les organes autour
  - un polype rectal est une tumeur de dimensions réduites (quelques cm) à base d'implantation large ou étroite au niveau de la paroi rectale
  - polypes sessiles – à base d'implantation large
  - polypes pédiculés – à base d'implantation étroite, qui "pendent" dans la lumière de l'ampoule rectale



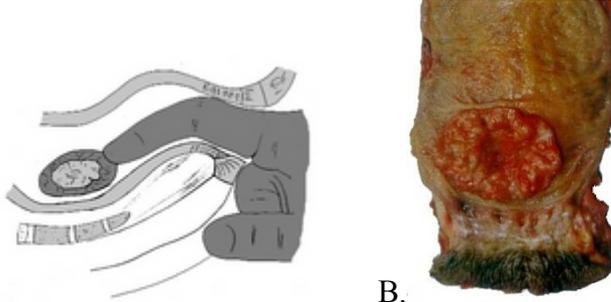
**Figure 9.** Palpation de l'ampoule rectale et des organes péri-rectaux



**Figure 10.** Palpation d'un polype pédiculé. B. Palpation d'un polype sessile

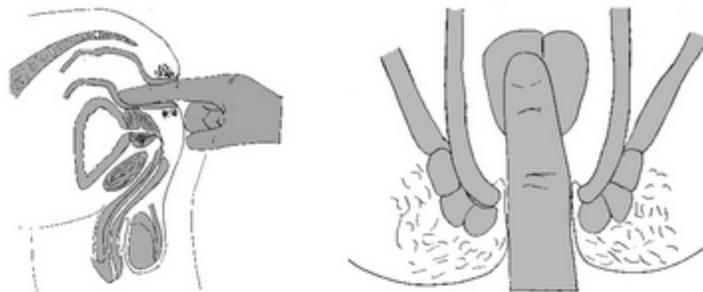
- une tumeur rectale peut être:

- végétante – proémine dans la lumière de l’ampoule rectale;
- infiltrante – la paroi rectale est dure;
- ulcérate – comme un défaut (manque) de la paroi rectale;
- les tumeurs rectales représentent en fait un mixte entre ces 3 types: ulcéro-végétantes, ulcéro-infiltrantes etc.;
- la tumeur villosité est friable, de consistance molle



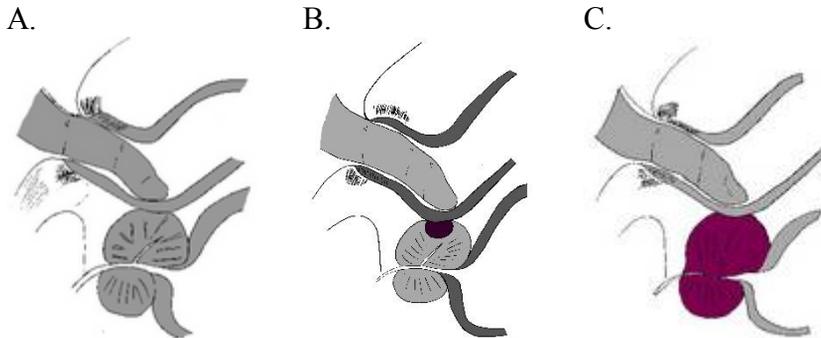
**Figure 11.** A. Palpation d’une tumeur rectale. B. Néoplasme rectal ulcéro-végétant (rectum réséqué ouvert)

- antérieurement palper la prostate chez l’homme et le col de l’utérus chez la femme
- palpation de la prostate:
  - normale: environ 3 cm, proéminent environ 1 cm dans l’ampoule rectale, ayant deux lobes latéraux, avec une surface lisse et une consistance homogène, parenchymateuse (qui ressemble à la consistance d’une balle de tennis/ comparable à l’éminence thénar de la main à l’opposition pouce - auriculaire) avec un sillon médian entre les deux lobes



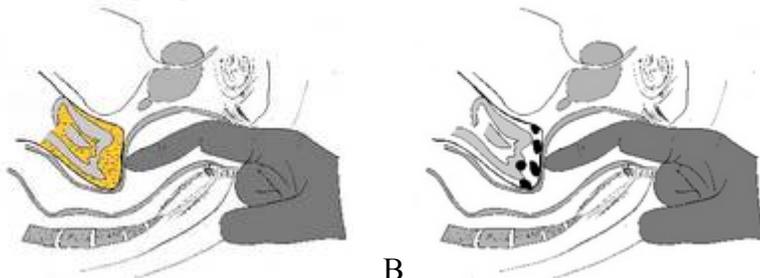
**Figure 12.** Examen transrectal de la prostate

- l'hyperplasie bénigne: l'augmentation du volume – globale ou prédominante d'un lobe, avec l'effacement du sillon médian, mais de consistance normale
- la prostate nodulaire (néoplasme, prostatite chronique): un ou plusieurs nodules de consistance modifiée (dure); consigner le nombre, la localisation, la dimension des nodules
- la prostatite aiguë: prostate hypertrophiante, mais très douloureuse; la douleur impose l'arrêt de l'examen



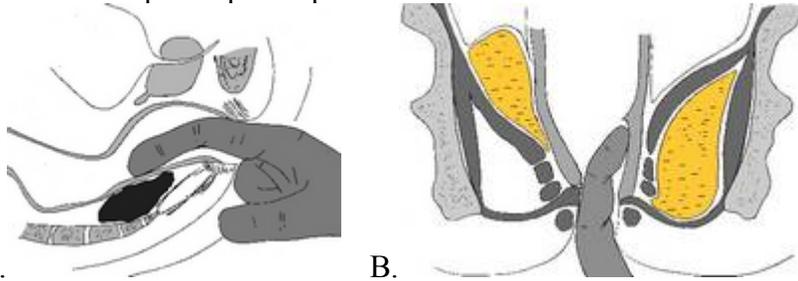
**Figure 13.** A. Hypertrophie prostatique bénigne B. Nodule prostatique (cancer?) C. Prostatite aiguë

- antérieurement, au-dessus de la prostate/ du col de l'utérus, le rectum est en contact avec le péritoine du cul-de-sac de Douglas; la palpation transrectale de celui-ci peut relever:
  - une douleur ("le cri du Douglas") – est le signe d'un processus inflammatoire à ce niveau (péritonite généralisée, abcès pelvien)
  - la présence de formations tumorales:
    - tumeur sigmoïdienne se développant sur une anse sigmoïdienne longue „tombée” dans le sac de Douglas
    - métastases péritonéales (carcinomatose péritonéale) – les plaques de Blumer



**Figure 14.** A. Abcès du cul-de-sac de Douglas B. Métastases dans le cul-de-sac de Douglas (carcinomatose péritonéale)

- postérieurement palper le sacrum
  - parfois dans l'espace pré-sacral apparaissent des tumeurs (kystes, tératomes, méningocèle sacrée, chordome présacré), qui peuvent être découvertes à la palpation de la paroi rectale postérieure
- latéralement:
  - un abcès latéro-rectal (abcès de la fosse ischio-rectale, abcès pelvi-sous-péritonéal – situé au-dessus des muscles élévateurs anaux et au-dessous du péritoine pelvien)
  - douleur intense au toucher, à la palpation de la paroi latérale – il faut l'interpréter en rapport avec les autres signes cliniques
  - une paroi rectale qui bombe (en réalité c'est difficile à remarquer) à cause de la douleur que la palpation intra-rectale provoque au patient



**Figure 15.** A. Palpation d'une tumeur dans l'espace présacral. B. Abscès pelvi-sous-péritonéal (gauche) et de la fosse ischio-rectale (droite); à l'examen on constate une douleur intense, rarement l'abcès qui bombe dans la lumière

- chez les patients avec constipation, défécation difficile/douloureuse, on peut tester la fonction du plancher pelvien en demandant au patient de simuler un effort de défécation et d'essayer de pousser le doigt avec lequel le médecin l'examine
  - en conditions normales le sphincter anal et le muscle pubo-rectal se relâchent et le périnée descend de 1-3,5 cm
  - si le sphincter et le muscle pubo-rectal demeurent tendus et/ou si le périnée ne descend pas, il s'agit probablement d'une dyssynergie du plancher pelvien, qui rend difficile l'acte de défécation
- retirer le doigt et examiner le gant
  - matières fécales: normal
  - selles mélaniques: hémorragie digestive supérieure

- sang: processus pathologique avec hémorragie au niveau du rectum (néoplasme, polype, rectocolite ulcéro-hémorragique etc.)
- sang chez un patient avec abdomen aigu dominé par le choc: infarctus entéro-mésentérique
- pus: abcès péri-anal ouvert dans le rectum
- mucus: probablement une tumeur villositaire
- essuyer les traces de vaseline – c'est important: il faut traiter le patient respectueusement
- enlever les gants; laver les mains
- consigner ce qui a été constaté dans la feuille du patient, la lettre médicale etc., éventuellement des indications (déterminer le PSA / échographie endorectale / colonoscopie / médication etc).

### **Incidents et accidents**

- douleur:
  - fissure anale – effectuer une anoscopie sous anesthésie
  - thrombose hémorroïdale – généralement il est possible d'effectuer le toucher; l'inspection et la palpation aident à établir rapidement le diagnostic
  - prostatite aiguë: douleur intense à la palpation de la prostate; arrêter l'examen
  - abcès de la fosse ischio-rectale: douleur à la palpation de la paroi latérale de l'ampoule rectale
- non compliance du patient:
  - le patient a le droit de refuser l'examen; son refus sera consigné dans la feuille d'observation

## Formulaire d'évaluation/ autoévaluation

Etape / Critère	Correct	Incorrect
Identifier le patient; se présenter		
Expliquer le geste médical		
Rassembler le matériel nécessaire		
Choisir / expliquer au patient la position à adopter		
Mettre les gants; lubrifier		
Inspecter la région anale – rechercher:		
présence des hémorroïdes		
présence d'une fissure anale		
présence d'un orifice fistuleux ou d'un abcès péri-anal		
polypes prolapsés par l'anus		
prolapsus rectal		
Introduire l'index		
Apprécier le tonus du sphincter anal		
Explorer l'ampoule rectale – observer:		
contenu		
parois de l'ampoule rectale		
Explorer la prostate – observer:		
dimension		
forme, symétrie de la prostate		
présence du sillon médian		
consistance (homogène / non homogène; parenchymateuse / zones modifiées etc.)		
Examiner le gant – rechercher:		
matières fécales		
sang		
mélaena		
pus		
mucus		
Essuyer l'onguent		
Consigner l'examen et son interprétation		