

Pénétration du poing — Définition et vigilance

Article rédigé par Susan Short, infirmière autorisée, infirmière examinatrice spécialisée en agressions sexuelles - adultes et adolescents, infirmière médico-légale examinatrice, Colombie-Britannique

Introduction

Le présent article définira la pratique sexuelle qu'est la pénétration du poing, passera en revue l'anatomie et la physiologie des régions vaginale et ano-rectale, caractérisera les traumatismes pénétrants et les traumatismes contondants, puis présentera quelques études de cas choisies. La pénétration du poing est aussi appelée « *fisting* » ou insertion brachio-vaginale ou brachio-rectale. Elle peut entraîner une lacération ou une perforation du vagin, du périnée, du rectum ou du côlon et potentiellement causer la mort.

La pénétration du poing a fait son apparition vers la fin des années 1960 et le début des années 1970 dans les clubs et la vie nocturne des homosexuels. L'huile Crisco était couramment utilisée comme lubrifiant jusqu'à l'arrivée sur le marché des lubrifiants commerciaux. La pénétration du poing non protégée peut avoir contribué à l'étiologie de la transmission du VIH à cause des microlacérations résultant de la pénétration dans l'anus. Elle s'est répandue dans les relations hétérosexuelles au cours du 21^e siècle.

Il est donc pertinent de se renseigner sur cette pratique sexuelle.

Définition de la pénétration du poing

La pénétration du poing est un acte sexuel dans lequel il y a pénétration de la main en entier à l'intérieur du corps. Il est possible de pratiquer tant la pénétration vaginale, c'est-à-dire l'insertion de la main dans le vagin, que la pénétration anale, c'est-à-dire l'insertion de la main dans le canal ano-rectal. Le terme « pénétration du poing » est trompeur, étant donné que la main n'est pas nécessairement, voire jamais, serrée en forme de poing avant d'avoir été complètement insérée dans le vagin ou l'anus.

Deux techniques sont reconnues comme les plus courantes : la main en canard et les mains en prière.

Dans la première technique, les doigts sont allongés et placés de manière à se chevaucher; le pouce est placé contre la paume ou à la base des doigts. Dans cette position, la main ressemble à un bec d'oiseau, d'où l'image souvent employée de « canard silencieux » ou de « bec de canard ». La main est ensuite insérée

lentement dans l'orifice désiré. Une fois l'insertion complète, les doigts se serrent naturellement pour former un poing ou demeurent étirés.

La seconde technique est considérée comme avancée et réservée aux pratiquants expérimentés. Les paumes sont jointes dans une position qui rappelle la prière. Les mains sont ensuite tournées parallèlement au plancher et les doigts pointent vers l'orifice choisi pour l'insertion.

En règle générale, la pénétration du poing n'implique pas de forcer l'entrée du poing déjà fermé dans le vagin ou le rectum. Dans les formes plus vigoureuses, comme le « coup de poing » (*punching*), le poing totalement fermé peut être inséré puis lentement retiré.

Anatomie et physiologie

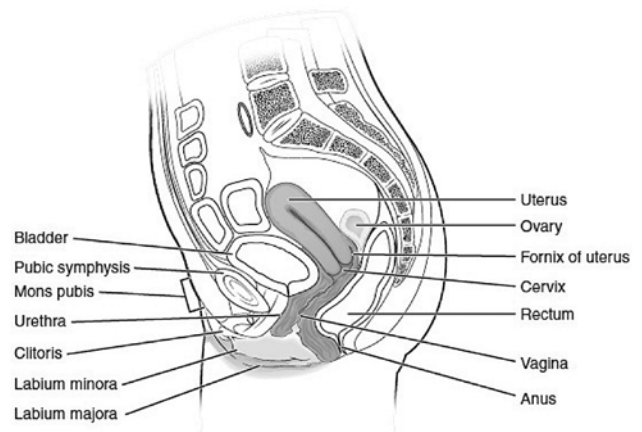


Figure 1. Vagin

https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Female_Reproductive_Lateral.JPG

Partage dans les mêmes conditions – Image créée par CFCF

Le vagin est formé d'une structure tubulaire fibromusculaire à parois minces qui s'étend du col à la vulve et mesure de 7 à 10 cm de longueur. Les parois internes du vagin sont couvertes de saillies, qui sont en fait des replis de tissu permettant l'étirement et l'expansion. Normalement, les parois du vagin sont affaissées et se touchent, sauf à l'extrémité supérieure, où elles sont séparées par le col. La structure élastique du vagin lui permet de s'étirer tant en longueur qu'en diamètre pour accommoder le pénis et le fœtus. Des glandes situées près de l'ouverture sécrètent du mucus pour garder la surface humide.

La structure anatomique du vagin change en réponse aux stimuli. Plusieurs facteurs, tant physiques que mentaux, peuvent entraîner un état d'excitation sexuelle, ce qui déclenche tout

un nombre de réactions physiologiques dans le corps. Chez la femme, ces réactions comprennent, entre autres, la lubrification vaginale, l'engorgement des parties génitales externes et l'élargissement interne du vagin.

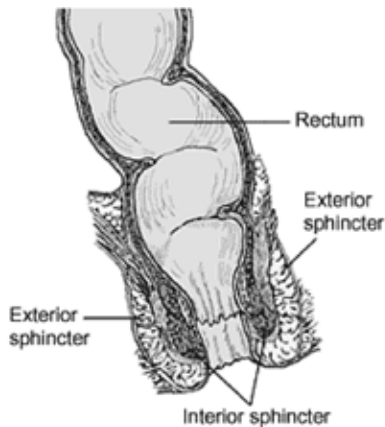


Figure 2. Région ano-rectale
<https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/7/75/Anorectum.gif>
 Domaine public

La région ano-rectale est située à la sortie du tractus gastro-intestinal. La section anale est recouverte de peau et dépourvue de poils ou de glandes sébacées; elle rejoint la muqueuse rectale à environ 4 cm à l'intérieur du canal.

Le rectum est innervé par des nerfs du système nerveux autonome, alors que l'anus et le canal anal contiennent de nombreux nerfs sensoriels somatiques. Le sphincter de l'anus est très sensible et il contient lui aussi de nombreuses terminaisons nerveuses. Ces dernières renforcent le plaisir ou la douleur ressentis pendant les relations anales. Pour l'homme, la sensation de plaisir est due au contact avec la prostate à travers la paroi anale. Pour la femme, la stimulation indirecte des terminaisons nerveuses clitoridiennes à travers la paroi anale produit le même résultat.

Blessures – force pénétrante ou contondante

Traumatisme pénétrant

Il s'agit de blessures causées par des objets pointus ou à bord coupant. Elles sont caractérisées par une séparation traumatique des tissus relativement bien définie et elles surviennent lorsqu'un objet pointu ou coupant entre en contact avec la peau et les tissus sous-jacents. On les désigne généralement par les termes « coupures » ou « incisions ».

Traumatisme contondant

Il s'agit de blessures résultant d'un impact avec une surface ou un objet dur et émoussé. Les différentes blessures peuvent présenter un motif (c'est-à-dire des caractéristiques suggérant l'utilisation d'un type particulier d'objet contondant) ou être non spécifiques. Les traumatismes contondants peuvent entraîner des contusions ou des ecchymoses et des lacérations.

Lacérations et coupures sont souvent confondues. La différence réside dans l'apparence des tissus atteints. En cas de lacération, les tissus demeurent liés en partie, comme c'est le cas lorsqu'il y a déchirement ou séparation tissulaire. Les bords de la blessure ne sont pas aussi bien définis que dans le cas d'une coupure.

Principes expliquant la cause des blessures contondantes

La gravité de la blessure est déterminée par la quantité d'énergie cinétique transférée et le type de tissus en cause.

Les caractéristiques de l'objet contondant et de la surface de contact influent également sur la gravité de la blessure. Si la surface est étendue, qu'il s'agisse de l'objet portant le coup ou des tissus touchés, l'énergie sera plus dispersée, ce qui diminuera la gravité de la blessure.

La composition ou la plasticité des tissus influent aussi sur la gravité des blessures résultantes.

La durée du contact entre le corps et l'objet constitue un autre facteur déterminant. Plus le contact est prolongé, plus l'énergie cinétique se dissipe sur une longue période, ce qui cause moins de dommages aux tissus qu'un impact de force équivalente, mais dont la dispersion d'énergie s'effectue sur une courte période.

Pour résumer, « une blessure survient lorsque la force appliquée sur une surface corporelle excède la capacité de cette surface à s'étirer » [traduction] (notes de conférence, Sheila Early, programme d'études médico-légales du British Columbia Institute of Technology [BCIT], circa 2005).

Études de cas choisies

Cas n° 1

En 1989, Fain et collègues ont rapporté le décès d'une femme de 16 ans survenu à la suite d'un incident de pénétration du poing. L'homme concerné a admis avoir introduit son poing en entier ainsi que la majeure partie de son avant-bras dans le vagin de la femme. Les conclusions de l'autopsie font montre d'une lacération vaginale de 8 cm entourée d'une contusion. La blessure, rétro-cervicale, s'étendait jusqu'à la paroi vaginale postérieure. La vessie et le rectum présentaient aussi une contusion sans lacération atteignant la musculature rectale. L'autopsie a aussi révélé de nombreuses petites lacérations sur la surface latérale des parois vaginales. La cavité abdominale contenait entre 75 et 100 cc de sang. Deux poils pubiens ont été recueillis; ils appartenaient à l'homme en question. La cause du décès a été attribuée au choc dû à la perte de sang causée par la lacération vaginale de 8 cm.

Cas n° 2

Cohen et collègues (2004) décrivent le cas d'un homme de 39 ans qui s'est présenté aux urgences 14 heures après un acte consensuel de pénétration anale du poing. L'homme a dit avoir déjà pris de la kétamine, qu'il insérait par voie rectale. Pendant la pénétration du poing, il a rapporté avoir entendu un « pop »; son partenaire a alors mis fin à l'activité. Le rectum s'est mis à saigner, mais c'est la douleur abdominale croissante et les ballonnements qui l'ont conduit à l'hôpital. Il présentait une distension abdominale, ainsi qu'une défense abdominale dans le quadrant inférieur gauche. Une radiographie thoracique a révélé la présence d'air libre sous le diaphragme. Une laparotomie a montré quant à elle la présence de 550 ml de sang dans la cavité péritonéale, ainsi qu'une lacération très profonde de 1 cm dans le côlon sigmoïde inférieur.


Cas n° 3

Ce dernier cas décrit une pénétration ano-rectale de l'avant-bras ayant entraîné une perforation rectale. En 2011, Delacroix et collègues ont décrit le cas qui suit. Une femme de 16 ans s'est présentée aux urgences en se plaignant de saignements vaginaux, d'incontinence rectale et de douleurs thoraciques. Elle affirmait aussi souffrir de léthargie, de douleurs épigastriques, de nausées, de vomissements et de douleurs anales. Elle disait avoir consommé une grande quantité d'alcool et avoir eu des relations sexuelles vaginales et anales avec un homme. Elle ne se rappelait pas tous les événements de cette journée, mais elle a insisté sur le fait qu'il y avait eu seulement pénétration pénienne. À noter aussi que la patiente était ivre lorsqu'elle s'est présentée aux urgences. Elle avait déjà reçu un diagnostic de trouble dépressif majeur avec tendances psychotiques et prenait les médicaments appropriés. L'inspection anale, réalisée aux urgences, a révélé une lacération superficielle sur la surface antérieure, aucun saignement actif et un tonus sphinctérien intact. L'examen vaginal à l'aide d'un spéculum n'a révélé aucune lésion vaginale et une petite quantité de sang de type menstruel dans la cavité. Un examen médico-légal a été effectué, à l'exception de l'examen avec spéculum, puisqu'il avait déjà été fait. Conclusions de l'examen : saignements vaginaux et rectaux; rougeur et lacération à la cuisse gauche; œdème bilatéral aux petites lèvres; lacération dans la fourchette postérieure (région située juste à l'extérieur de l'ouverture du vagin). La patiente a été gardée en observation aux urgences pour la nuit. Le matin suivant, son état s'était détérioré et un tomodensitogramme de l'abdomen a révélé la présence d'air libre et de liquide dans la cavité abdominale. On a procédé à une laparotomie exploratoire. On a aussi constaté une érosion de l'anus, ainsi qu'une lacération; l'abdomen contenait de grandes quantités de matières fécales et de liquides ayant entraîné une péritonite diffuse; le rectum présentait aussi une

déchirure linéaire. La déchirure a été suturée et une colostomie a été pratiquée pour finalement être retirée neuf mois plus tard afin de permettre la guérison de la déchirure.

Considérations cliniques

La pénétration du poing doit faire l'objet d'une forte vigilance, vu les graves conséquences possibles des blessures qui ne seraient pas diagnostiquées.

N'oublions pas qu'il pourrait être difficile pour le patient de verbaliser ce qui s'est passé, que l'activité sexuelle ait été consensuelle ou non, et qu'il pourrait ne pas se rappeler les détails, même s'il n'est pas en état d'ébriété. En cas de pénétration par le poing, il faut tenir compte du risque accru de perforation. Ajoutez à cette information les plaintes du patient concernant les saignements anaux ou vaginaux, la douleur abdominale et les blessures génitales, et agissez en conséquence. 

À propos de l'auteur



Susan Short est infirmière autorisée depuis plus de 25 ans et elle a passé la majeure partie de sa carrière aux urgences. Spécialisée en soins infirmiers médico-légaux, elle est actuellement coordonnatrice du programme de santé Fraser (Fraser Health program) de l'Abbotsford Regional Hospital, en Colombie-Britannique. Susan a été la première étudiante à obtenir, avec distinction, le certificat spécialisé avancé en technologie médico-légale – option sciences de la santé médico-légales du British Columbia Institute of Technology (BCIT). Poursuivant dans la veine de ce certificat, elle a obtenu un baccalauréat en technologie des sciences médico-légales du BCIT. Susan enseigne au BCIT depuis 2006. Par le passé, elle a été présidente de la Canadian Forensic Nurses Association et elle est membre à vie de l'International Association of Forensic Nurses.

RÉFÉRENCES

- Anderson, S., et al. (2006). Genital findings of women after consensual and nonconsensual intercourse. *Journal of Forensic Nursing*, 2(2).
- Batalis, N.I., Cina, S.J. (2013). *Forensic autopsy of blunt force trauma*. Extrait de <http://emedicine.medscape.com/article/1680107-overview>
- Cerqui, A.J., et Haylen, B.T. (1998). "Fisting" as a cause of vaginal bleeding. *Medical Journal of Australia*, 169.
- Cohen, C.E., et al. (2004). Sexual trauma associated with fisting and recreational drugs. *Sexually Transmitted Infection* 80, 469–470. Extrait de www.stijournal.com
- Delacroix, J., et al. (2011). Rectal perforation secondary to rape and fisting in a female adolescent. *Pediatric Emergency Care*, 27(2), 116–119.
- Encyclopaedia Britannica (2014). *Vagina*. Extrait de <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/621487/vagina>
- Edmonds, M. (n.d.). How vaginas work. *How Stuff Works* © 1998–2014. Extrait de <http://health.howstuffworks.com/sexual-health/female-reproductive-system/vagina2.htm>
- Exam 5 Review: Chapter 27 Vaginal Anatomy (n.d.) Pearson Education Inc. published as Benjamin Cummings © 2004. Extrait de http://www.apsbiology.org/anatomy/2020/2020_Exam_Reviews/Exam_5/CH27_Vaginal_Anatomy.htm
- Fain, D.B., et al. (1989). Vaginal "fisting" as a cause of death. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 10(1), 73–75.
- NationMaster.com Encyclopedia (n.d.). *Fisting*. Retrieved from <http://www.statemaster.com/encyclopedia/Fisting>
- Prahlow, J.A., & Cina, S.J. (2014) *Forensic autopsy of sharp force injuries*. Extrait de <http://emedicine.medscape.com/article/1680082-overview>
- Taylor, T. (n.d.). *Vagina. Inner body* © 1999-2014. Extrait de http://www.innerbody.com/image_repfov/repo12-new.html
- The Visual Novel Database (n.d.). *Fisting*. Extrait de <https://vndb.org/g834>
- Torre, C. (1987). Delayed death from fisting. Letters to the Editor. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology*, 8(1).
- Health Library (n.d.). *Vaginal tear (non-obstetric)*. Fairview Health Services © 2015. Extrait de <http://www.fairview.org/healthlibrary/Article/116680EN>
- Wikipedia (n.d.). *Anal Sex*. Extrait de https://en.wikipedia.org/wiki/Anal_sex
- Wikipedia (n.d.). *Fisting*. Extrait de <https://en.wikipedia.org/wiki/Fisting>
- Wikipedia (n.d.). *Sexual arousal*. Extrait de http://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_arousal
- Wikipedia (n.d.). *Vagina*. Extrait de <http://en.wikipedia.org/wiki/Vagina>
- WebMD © 2005-214 (n.d.) *Women's Health*. Extrait de <http://www.webmd.com/women/picture-of-the-vagina>
- Yavagal, S., de Farias T., et al. (2011). Normal vulvovaginal, perineal, and pelvic anatomy with reconstructive considerations. *Seminars in Plastic Surgery*, 25(2), 121–129. Extrait de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312145/>