

Université de Constantine
Faculté de médecine
3^{ème} année de médecine
Module de sémiologie de l'appareil génital féminin
Pr K. MESGHOUNI

2021/2022

Interrogatoire en gynécologie

Objectif pédagogique

S'avoir mené un interrogatoire en gynécologie
Connaitre le motif de consultation

PLAN

I. introduction

II. L'interrogatoire

2.1. Le motif de la consultation

2.2 Les antécédents

2.2.1. Les antécédents personnels

a) Les antécédents gynécologiques

b) Les antécédents médicaux

c) Les antécédents chirurgicaux

2.2.2. Les antécédents familiaux

2.2.3. Le conjoint

2.3 La symptomatologie fonctionnelle

I. introduction

Deux situations vont amener une patiente à « subir » un examen gynécologique :
— La patiente présente une pathologie qui nécessite un examen gynécologique, il s'agit donc d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique,
— La patiente ne présente pas de pathologie gynécologique, elle vient pour un examen gynécologique systématique, il s'agit alors d'une démarche de dépistage, s'adressant à une patiente ne présentant pas a priori, de pathologie

II. L'interrogatoire : Il s'agit d'un temps capital et indispensable.

L'interrogatoire a trois objectifs principaux :

- Déterminer le ou les motifs de la consultation,
- Répertorier les antécédents personnels et familiaux de la patiente,
- Faire décrire la symptomatologie fonctionnelle de la patiente.

2.1. Le motif de la consultation

- ✓ Parfois il s'agit d'une simple visite de surveillance dans le cadre d'un suivi gynécologique systématique, il n'y a donc pas de motif précis de consultation.
- ✓ Parfois il s'agit d'une pathologie précise qui amène la patiente à consulter.

- ✓ Ailleurs enfin, le motif est complexe, difficile à exprimer pour la patiente, c'est alors que l'expérience, le tact prennent toute leur importance

.2.2 Les antécédents

Il faut tout d'abord préciser le milieu socioéconomique, l'âge et le contexte familial de la patiente.

2.2.1. Les antécédents personnels

a) Les antécédents gynécologiques

- **Les antécédents physiologiques** : de préciser les épisodes de la vie génitale de la femme des premières règles jusqu'à la ménopause.

— **La ménarchie** : correspond à l'apparition des premières règles. L'âge d'apparition des premières règles est variable, il se situe entre 10 et 16 ans (en moyenne vers l'âge de 12 à 13 ans).

— **Le cycle menstruel** : seront précisés :

- *le rythme* (normalement tous les 28 jours à 30 jours),
- *la durée des règles* (normalement 3 à 6 jours),
- *l'abondance des règles* (appréciée en demandant le nombre de garnitures nécessaires chaque jour : normalement abondantes les deux premiers jours, puis diminuent ensuite),

La date des dernières règles afin de dépister un début de grossesse, ce qui est capital, car en pratique, une grossesse au début contre-indique formellement certaines investigations notamment radiologique et isotopique et certains médicaments.

— **Le nombre de grossesses** et le nombre d'accouchements, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés et la cause du décès, la recherche d'avortement, la recherche d'accouchement prématuré (au-delà du sixième mois de gestation), la notion d'enfant mort-né.

— **La notion de contraception** : *dispositif intra-utérin (stérilet), contraceptifs oraux, ligature des trompes.*

— **La ménopause** : *est la disparition définitive des règles ; elle correspond à l'arrêt de la fonction cyclique des ovaires. L'âge de la ménopause est très variable, il se situe entre 40 et 50 ans.*

- **Les antécédents pathologiques** :

— *Notion d'intervention sur le petit bassin : hystérectomie, intervention pour kyste de l'ovaire, césarienne.*

— *Des antécédents d'infection génitale*

b) Les antécédents médicaux

La recherche doit être guidée par le motif de la consultation. Noter la prise de médicaments, l'existence d'allergies... , HTA, Diabète, Infectieux (VIH, hépatites B et C, syphilis, herpès). Psychiatriques

c) Les antécédents chirurgicaux

Plus particulièrement les antécédents de chirurgie gynécologique et digestive.

2.2.2. Les antécédents familiaux

— De maladies générales : diabète, HTA, hypercholestérolémie familiale, pathologie thromboembolique ou cardio-vasculaire,

— Pathologie tumorale : cancer du sein et cancer pelvien,

— Pathologies en rapport avec une maladie familiale génétique.

2.2.3.Le conjoint

Nombre de partenaires, changement de conjoint, pathologie du ou des conjoints.

Au terme de cet entretien, le gynécologue doit déjà savoir si la patiente appartient à un groupe à risque pour certaines pathologies ou si elle présente des contre-indications à certains traitements gynécologiques.

2.3 La symptomatologie fonctionnelle

Il peut être à l'origine de nombreuses pathologies gynécologiques :

- stérilité et fertilité ;
- cancers génitaux ;
- maladies sexuellement transmissibles ;
- problèmes de règles ;
- problèmes de saignements ;
- troubles de la sexualité ;
- problèmes de douleurs ;
- pathologies liées à la grossesse.
- La pathologie mammaire

Référence et bibliographie

1. GERARD Pierre. Fiche sémiologique, pp275
2. Rose marie Hamladji. *Précis de Sémiologie, sémiologie de l'appareil génital*, pp 311-317
3. Baptiste Coustet. Sémiologie médicale, point important de l'anamnèse, PP363-4
4. Université Pierre et Marie Curie Gynécologie Niveau DCEM2 ; PP17- 19

bUniversité de Constantine
Faculté de médecine
3^{ème} année de m médecine
Module de sémiologie de l'appareil génital féminin
Pr K. MESGHOUNI

2021/2022

Les signes fonctionnels en gynécologie

OBJECTIFS

Reconnaitre les douleurs

Reconnaitre la leucorrhée

Préciser les caractéristiques sémiologiques de la leucorrhée

PLAN

I. Rappel physiologique

II. Les signes fonctionnels

II.1. Les douleurs

II. 2. Les pertes vaginales ou leucorrhées

I. Rappel physiologique

1.1. La puberté : les premiers signes de puberté apparaissent vers l'âge de 10 à 11 ans par le développement mammaire.

La première menstruation se produit deux ans après le début du développement des seins vers l'âge de 12 à 13 ans. La pilosité pubienne et axillaire se complète en 2 à 3 ans.

1.2. Le cycle menstruel : dure normalement de 28 à 30 jours, il se termine par la menstruation qui dure en moyenne 4 à 6 jours.

La quantité de sang perdue à chaque menstruation est en moyenne de 50 ml.

Abondance : 80 à 100 g par jours .Aspect : sang liquide non coagulé

Le cycle se divise en quatre phases :

— La phase pré-ovulatoire du 5^e au 14^e jour : c'est la phase proliférative qui est sous la dépendance des œstrogènes.

— L'ovulation : qui se situe entre le 14^e et le 16^e jour est provoquée par une décharge brutale de LH.

La période ovulatoire peut être déterminée sur la courbe thermique, elle est marquée par une ascension thermique : la température du matin inférieure à 37° (36,8° en moyenne) dans la période préovulaire s'élève au-dessus de 37° (37,2° en moyenne) au moment de l'ovulation.

— La phase post-ovulatoire : du 17^e au 28^e jour : c'est la phase sécrétoire qui est sous la dépendance de la progestérone et des œstrogènes.

— La menstruation : du 1er au 5e jour est une élimination de la muqueuse de l'endomètre s'accompagnant d'hémorragie.

La sécrétion des hormones ovariennes : œstrogènes et progestérones est sous la dépendance des stimules anté-hypophysaires FSH et LH.

II. Les signes fonctionnels : peuvent être à type

- de douleurs,
- de pertes,
- d'hémorragies génitales et de troubles de la menstruation.

II.1. Les douleurs :

Évocatrices sont les douleurs pelviennes de siège hypogastrique et au niveau des fosses iliaques, à noter dans ces cas, la grande fréquence des douleurs lombaires associées.

-la dyspareunie est une douleur ressentie au niveau du vagin ou au niveau du petit bassin lors des rapports sexuels; elle peut être fonctionnelle ou révéler une affection organique.

-Dysménorrhée : règles douloureuses.

II. 2. Les pertes vaginales ou leucorrhées

Représentent un symptôme fréquent, correspondent à des écoulements vaginaux anormaux en rapport avec une infection génitale, basse ou haute. Elles sont à distinguer des leucorrhées physiologiques

II.2.1.Leucorrhées physiologiques

Les leucorrhées physiologiques proviennent :

- De la desquamation vaginale, responsable de leucorrhée laiteuse, peu abondante, opalescente, augmentant en période prémenstruelle ;
- De la glaire cervicale sécrétée par les cellules cylindriques de l'endocol qui augmente du 8^e au 15^e jour du cycle, translucide, cristallisant en feuille de fougère.

Ces sécrétions physiologiques n'engendrent aucune irritation, sont inodores et ne contiennent pas de polynucléaires.

Par ailleurs, le comportement compulsif d'hygiène intime excessive avec des savons détergents, peut entraîner une destruction de l'écosystème vaginal et favoriser la survenue d'infections génitales basses souvent chroniques.

Écosystème vaginal

Le vagin est un écosystème dynamique où chaque femme possède de nombreux micro-organismes en équilibre. La flore dominante est le bacille de Döderlein : lactobacille tapissant la muqueuse vaginale. Il transforme le glycogène abondamment contenu dans les cellules vaginales et cervicales grâce à l'imprégnation œstrogénique en acide lactique. Cet acide lactique explique le pH acide du vagin qui est un facteur protecteur de la pullulation microbienne.

Cette flore vaginale évolue selon :

- l'âge : moins de bacilles de Döderlein avant la puberté et après la ménopause ;
- le cycle : les aérobies diminuent avant et après les règles ;
- la contraception : en cas de stérilet, on constate une augmentation des anaérobies.

II.2.2. Les leucorrhées pathologiques

Tout ce qui pourra perturber cet équilibre favorisera le développement d'une flore pathogène, tout ce qui modifiera l'activité sécrétoire des cellules cervicales pourra être responsable de leucorrhées pathologiques et enfin toute perte provenant du haut appareil génital (endomètre, trompes, ovaires et pelvis) se caractérisera par des leucorrhées pathologiques.

1. Trichomonas

Les *leucorrhées* sont verdâtres, mousseuses, spumeuses, abondantes et nauséabondes (odeur de plâtre frais). Le prurit est variable en intensité, il existe souvent des brûlures au moment des rapports ou des mictions.

Au *spéculum*, le vagin est rouge, le col framboisé..

2. Mycose: Le Candida albicans

Le *symptôme* essentiel est une vulvo-vaginite prurigineuse. Intense, parfois intolérable, le prurit entraîne souvent une dysurie, voire une pollakiurie.

Au *spéculum*, les leucorrhées sont blanches, caillébotées (comme du lait caillé), grumeleuses, tapissant les parois du vagin. La vulve est inflammatoire, œdémateuse avec de fréquentes lésions de grattage. L'extension sur le périnée postérieur est fréquente. Le vagin est rouge faisant ressortir le blanc des leucorrhées.

3. Vaginose bactérienne (VB)

La VB est un déséquilibre de la flore vaginale caractérisé où la flore lactobacillaire est remplacée par la prolifération anormale d'autres espèces microbiennes (anaérobies essentiellement).

Très fréquente elle est caractérisée par des pertes grises peu abondantes malodorantes. L'examen au *spéculum* note peu d'irritation locale.

4. Gonocoque.

Les *leucorrhées* sont jaunes ou verdâtres, purulentes avec parfois des signes d'urétrite. L'examen au spéculum trouve une cervicite avec glaire purulente, les parois vaginales sont rouges, saignant au contact. La notion d'urétrite chez le partenaire ou d'écoulement méatique doit faire penser au diagnostic.

5. Mycoplasme, Chlamydia

Les leucorrhées sont inconstantes mais il existe habituellement une endocervicite, parfois discrète. *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium* sont des infections sexuellement transmissibles fréquentes chez les 15–25 ans, souvent asymptomatiques mais responsables d'infection génitale haute

Tableau recapulative des Symptomatologies .

	Leucorrhées	Signes locaux	Signes associés
<i>Candida</i>	Blanches, caséuses	Prurit (+++++)	Vulvite (++) Anite (++)
Pyogènes	Purulentes	Brûlures	-
<i>Trichomonas</i>	Vertes, spumeuses	Prurit Brûlures	Urétrite Odeur de moisi
Vaginose bactérienne	Grisâtres, peu abondantes	Rare prurit ou irritation	Odeur de poisson pourri (sniff-test)

Bibliographie - référence

1. Bianchi A. : Dépistage systématique des infections urogénitales à Chlamydia trachomatis, mythe ou réalité ? Revue Française des Laboratoires. 2003 Jan;2003(349-S1):39-42. - Support de Cours -
2. -Chaine B, Janier M. : Infections génitales. Encyclopédie Médico-Chirurgicale : Médecine d'urgence. 2009; 25-090-B-40.
3. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Conférence nationale des PU-PH en Gynécologie-Obstétrique. : Item 88 : Infections génitales de la femme – Leucorrhées. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006. p. 77-84.
4. Rose marie Hamladji. *Précis de Sémiologie, sémiologie de l'appareil génital, pp 311-317*
5. Baptiste Coustet. Sémiologie médicale, point important de l'anamnèse, PP363-4
6. Université Pierre et Marie Curie Gynécologie Niveau DCEM2 ; PP17- 19

Université de Constantine
Faculté de médecine
3^{ème} année de m médecine
Module de sémiologie de l'appareil génital féminin
Pr K. MESGHOUNI

2021/2022

Les signes fonctionnels en gynécologie

Objectifs

Décrire les trois types d'hémorragie génitale
Citer les causes d'une hémorragie génitale
Décrire le tableau clinique d' une rupture de la grossesse extra utérine

Plan

I .introduction
II. *Les hémorragies extériorisées*
III. *Les hémorragies non extériorisées*

I introduction

Les hémorragies génitales représentent un des motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie. Le plus souvent ces hémorragies génitales sont liées à un trouble hormonal.

- *Les hémorragies extériorisées* sont des pertes sanglantes : suivant leur date de survenue par rapport aux règles, elles peuvent être de trois types :
 - ✓ les ménorragies,
 - ✓ les métrorragies
 - ✓ les méno-métrorragies.
- *Les hémorragies non extériorisées* : c'est essentiellement la rupture de grossesse extrautérine (GEU) qui est une urgence chirurgicale

II. Les hémorragies extériorisées

A Hémorragies génitales basses

Ce sont les saignements en provenance de la partie terminale de l'appareil génital.
On distinguera

- ✓ les hémorragies vulvaires,

- ✓ les hémorragies vaginales
- ✓ et les hémorragies cervicales

B Hémorragies génitales hautes

Ce sont les saignements en provenance de la cavité utérine, extériorisés par le col. Il est habituel de classer ces saignements (d'origine utérine) en fonction de leur survenue par rapport aux règles.

B-1 Saignements contemporains des règles

1 Règles normales

La durée des règles normales se situe entre 3 et 6 jours et l'abondance entre 50 et 80 ml. Classiquement les règles sont plus abondantes les 3 premiers jours et moins abondantes ensuite. Le sang des règles normales est incoagulable.

2 Saignements anormaux pendant les règles : Ménorragies

Ce sont des anomalies du cycle menstruel par augmentation de la durée ou de l'abondance des règles. Selon le type de ménorragies, on distingue :*

Trouble du cycle : Pollakiménorrhée= cycle < 20j
Spanioménorrhée= cycle supérieur 45j
Anisoménorrhée= cycle irréguliers

Troubles de la durée des règles

- Hypoménorrhée = règles < 3 j.
- Hyperménorrhée = règles > 8 j.
- Aménorrhée = absence totale de règles.

Troubles de l'abondance des règles

- Oligoménorrhée = règles trop peu abondantes.
- Polyménorrhée = règles trop abondantes.
- Ménorragies = hyperpolyménorrhée.

Aménorrhée (absence totale de règles)

- Aménorrhée primaire = jamais de menstruation auparavant.
- Aménorrhée secondaire = absence de règles depuis de 3 mois

B-2 Saignements non contemporains des règles : les métrorragies les métrorragies sont aussi des hémorragies génitales hautes mais survenant en dehors des règles.

1 Classification des métrorragies selon la cause

Métrorragies fonctionnelles

Elles se définissent par l'absence de substratum histopathologique utérin à l'étiologie du saignement. Elles sont dues à une altération permanente ou temporaire de l'endomètre provoquée par un déséquilibre hormonal de la balance œstro-progestative.

Métrorragies organiques

Il existe une pathologie utérine, tubaire, voire ovarienne, à l'origine du saignement..

2 Classification des métrorragies selon le terrain sur lequel elles surviennent

Par ordre chronologique, il s'agit des métrorragies de :

- la période pubertaire : qui rassemblent les saignements vus chez l'enfant et les saignements contemporains de la puberté ;
- la grossesse : que l'on peut également subdiviser en métrorragies du premier trimestre de la grossesse et métrorragies de fin de grossesse ;
- la période d'activité génitale : qui surviennent donc avant la ménopause ;
- la période post-ménopausique : qui surviennent chez la femme ménopausée.

III. Les hémorragies non extériorisées : *la rupture de grossesse extra-utérine (GEU) C'est une urgence chirurgicale. La grossesse extra-utérine est la nidation de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine, l'ovule fécondé se fixe à la paroi de la trompe de Fallope. On parle alors de grossesse extra-utérine tubaire, elle entraîne lors de sa croissance, une déchirure de la trompe sur laquelle elle s'est insérée : c'est la rupture de grossesse tubaire réalisant un hémopéritoine avec tableau clinique d'hémorragie interne intense (pâleur, soif vive, pouls rapide, chute de la TA). Parfois, l'œuf s'implante dans l'ovaire, le col de l'utérus ou la cavité abdominale.*

1/Facteurs de risque

Les facteurs de risque de GEU sont tous les facteurs altérant la motilité tubaire :

1. les infections génitales hautes (IGH) ; les salpingites et les endométrites
2. le tabac avec une relation effet-dose ;
3. les antécédents de chirurgie tubaire mais aussi abdomino-pelvienne à risque d'adhérences ;
4. les autres causes d'altération de la paroi tubaire : endométriose, tuberculose, bilharziose, malformation utérine ou tubaire ;
5. l'âge maternel avancée ;
6. certains types de contraception : la pilule micro-progestative, le dispositif intra-utérin (risque relatif à 3) ;
7. la fécondation in vitro : 4,5 % des FIV.

2/ Le diagnostic positif

Le diagnostic de GEU doit être évoqué chez toute femme en âge de procréer se présentant aux urgences pour des douleurs pelviennes et/ou des métrorragies.

a) L'interrogatoire

L'interrogatoire précise la date des dernières règles et doit rechercher les facteurs de risques. Les signes fonctionnels peuvent être :

- des douleurs pelviennes, latéralisées ou non du côté de la GEU,
- des métrorragies foncées et peu abondantes, classiquement « sépia » en comparaison aux métrorragies rouges et abondantes de la fausse couche,
- un retard de règles ou des dernières règles inhabituelles (inconstant),
- des signes sympathiques de grossesse (nausées, vomissements, tension mammaire),
- des douleurs scapulaires voire un malaise, agitation, angoisse dans les formes évoluées.

À noter que la GEU peut être asymptomatique.

b) L'examen clinique

-L'examen clinique débute toujours par la prise des constantes (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire et température), la recherche d'une pâleur cutanéomuqueuse afin de dépister au plus vite les signes de choc hémorragique.

-La palpation abdominale recherche une sensibilité latéralisée avec une éventuelle défense voire une contracture généralisée.

-Au spéculum, on précise l'origine endo-utérine des saignements.

-Le toucher vaginal retrouve un utérus moins volumineux que ne le voudrait l'âge gestationnel et provoque une douleur latéro-utérine avec parfois la palpation d'une masse. Au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur (Douglas), le toucher peut provoquer une sensibilité vive témoignant d'une irritation péritonéale en rapport avec un hémopéritoine

L'intervention d'urgence s'impose.

Bibliographie

1. Rose marie Hamladji. *Précis de Sémiologie, sémiologie de l'appareil génital*, pp 311-317
2. Baptiste Coustet. Sémiologie médicale, point important de l'anamnèse, PP363-4
3. Université Pierre et Marie Curie Gynécologie Niveau DCEM2 ;

Université de Constantine

2021/2022

Faculté de médecine

3^{ème} année de médecine

Module de sémiologie de l'appareil génital féminin

Pr : K. MESGHOUNI

L'examen en gynécologie

OBJECTIFS

- Exercer un examen physique de l'appareil génital féminin
- Apprécier les caractères sexuels secondaires
- Décrire l'aspect du col au spéculum
- Décrire la technique d'un touché vaginal

PLAN

1. Les conditions de l'examen :

2. Conduite de l'examen :

— L'inspection

---L'examen de l'abdomen

----L'examen au spéculum:

---Le toucher vaginal

1. Les conditions de l'examen :

La malade doit être examinée : soit sur une table gynécologique, soit sur une table d'examen ; en décubitus dorsal, les cuisses à demi fléchies, en abduction, les jambes fléchies.

Il est indispensable que la malade vide préalablement sa vessie et son rectum.

Le matériel nécessaire est le suivant : un spéculum et un doigtier à deux doigts stérile, un produit lubrifiant.

.2. Conduite de l'examen :

— L'inspection :

Va apprécier les caractères sexuels secondaires :

- ✓ les seins,
- ✓ la pilosité axillaire, la pilosité pubienne qui est triangulaire
- ✓ et les organes génitaux externes :
 - les grandes lèvres sont normalement charnues,
 - les petites lèvres sont pigmentées et humides.

L'examen de l'abdomen :• La palpation

Permet de rechercher l'existence de zones douloureuses dans les fosses iliaques ou la région sus-pubienne; peut révéler l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne.

• La percussion

Est utile dans les tumeurs abdomino-pelviennes, elle permet de différencier un volumineux kyste de l'ovaire à développement abdominal d'une ascite.

– L'examen au spéculum : Mise en place du spéculum :

-Préalablement lubrifié de sérum physiologique (jamais d'antiseptiques ni de corps gras), le spéculum est introduit de façon atraumatique.

- Les bords des lames fermées prennent appui sur la fourchette vulvaire après ouverture de la vulve par écartement des petites lèvres.

-Les valves sont donc placées verticalement dans l'axe de la fente vulvaire. Puis en poussant le spéculum, on fait une rotation de 90° sur l'horizontal en visant une direction à 45° du plan de la table vers la pointe du sacrum.

- Arrivé au contact du col, le spéculum est ouvert, le col doit être bien visible. Si le col n'est pas vu, il faut prendre un spéculum plus long.

-L'examen au spéculum doit souvent être précédé d'un nettoyage à la compresse sèche (au bout d'une pince) des sécrétions vaginales.

il permet d'apprécier l'aspect du col de l'utérus.

• Sa situation : centrale ou déviée latéralement.

• Sa forme : conique chez la nullipare, cylindrique chez la multipare, atrophique chez la femme ménopausée.

• Son orifice externe : recherche de lésion traumatique à type de déchirure, d'érosions : qui sont le signe d'une exocervicite, d'ulcérations ou tumeur proliférante.

Il permet également d'effectuer *des frottis vaginaux* qui consiste à étaler sur une lame les cellules desquamées du col et du vagin et à les examiner au microscope ; il permet de pratiquer *une colposcopie* qui est l'examen du col à la loupe binoculaire Enfin, il permet d'effectuer *des biopsies du col* sous contrôle de la vue lorsqu'il existe des lésions suspectes.

– Le toucher vaginal :

Se fait avec le doigtier stérile à deux doigts en utilisant un produit lubrifiant (vaseline), l'index et le majeur sont introduits dans le vagin et vont apprécier :

• L'état du col utérin : sa situation, sa consistance : normalement souple; ferme et élastique comparable au cartilage nasal; chez la femme enceinte, il est mou.

• L'état des culs-de-sac vaginaux : culs-de-sac latéraux et postérieur : leur souplesse et leur vacuité.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal

*permet d'apprécier l'utérus : son siège, sa forme, son volume, sa consistance et sa sensibilité

*et d'explorer les annexes : les ovaires normaux ne sont habituellement pas perçus sauf chez la femme maigre : ils sont retrouvés dans les culs-de-sac latéraux, ils ont la taille d'une amande et sont de consistance élastique.

Le toucher vaginal associé au toucher rectal

*permet d'apprécier l'état de la cloison recto vaginale.

Enfin, on n'omettra pas de noter l'aspect du doigtier : normalement propre ou au contraire souillé de sang ou de leucorrhées.

Chez la jeune fille, le toucher vaginal sera remplacé par le toucher rectal.

Bibliographie

1. Rose marie Hamladji. *Précis de Sémiologie, sémiologie de l'appareil génital*, pp 311-317
2. Baptiste Coustet. *Sémiologie médicale, point important de l'anamnèse*, PP363-4
3. Université Pierre et Marie Curie Gynécologie Niveau DCEM2 ; PP17- 1