

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Morgane SENETTE

Le 06 juillet 2018

Description de la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences

*Étude observationnelle rétrospective réalisée sur 519 patients âgés
de plus de 15 ans venus aux urgences du CHU de Toulouse
(Rangueil et Purpan) en décembre 2016*

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Maria Ligia MILAN-LADOUSSE

Jury :

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Vincent BOUNES	Assesseur
Monsieur le Professeur Nicolas CARRERE	Assesseur
Madame le Docteur Maria Ligia MILAN-LADOUSSE	Assesseur

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Morgane SENETTE

Le 06 juillet 2018

Description de la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences

*Étude observationnelle rétrospective réalisée sur 519 patients âgés de
plus de 15 ans venus aux urgences du CHU de Toulouse (Rangueil et
Purpan) en décembre 2016*

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Maria Ligia MILAN-LADOUSSE

Jury :

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Vincent BOUNES	Assesseur
Monsieur le Professeur Nicolas CARRERE	Assesseur
Madame le Docteur Maria Ligia MILAN-LADOUSSE	Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Docteur Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Docteur Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Docteur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Docteur Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Docteur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUIERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREMINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARME Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOGGOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD François	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOGGOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie: transfusion	M. CALVAS Patrick	Généraliste
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addit
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Forêt	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemah (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHE Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandraz	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Ecologie de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elic (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAVNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphanie	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHÉIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-SUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé en G.R.L.
Pr WOISSARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUFUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERC Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSÉ Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAMAVEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biochimie
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLIMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jiri	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SONMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Dalphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Annie

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Laila

A notre président du jury,

Madame le Professeur Sandrine Charpentier

Professeur des Universités,

Praticien Hospitalier,

Chef du service des Urgences du CHU de Toulouse,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger notre travail. Nous vous remercions pour votre soutien, et votre implication dans l'enseignement de la médecine d'urgence. Soyez assurée de mon plus profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Dominique Lauque,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Chef de pôle des Urgences du CHU de Toulouse

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Vincent Bounes,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Chef de service du SAMU 31

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Nicolas Carrère,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier,
Chef de service de Chirurgie Digestive du CHU de Toulouse

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury de thèse et de juger ce travail. Soyez assuré de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Maria Ligia Milan-Ladousse,
Praticien Hospitalier,
Médecin Urgentiste au CHU de Toulouse

Je te remercie d'avoir accepté de travailler avec moi sur ce projet. Ton enthousiasme et tes petits mots d'encouragement réguliers ont été une vraie source de motivation. Tu as été présente durant tout mon parcours et je te suis extrêmement reconnaissante de ton soutien, ta proximité et ta bienveillance. Tu es un vrai modèle pour moi et tu continueras à laisser ton empreinte sur ma façon de travailler et d'appréhender la médecine d'urgence.

Sois assurée de ma plus profonde considération.

À ma famille,

Mamouni, ma Mitsoune, ma Mits, tu es mon modèle, mon pilier, la plus incroyable des femmes et maman que je connaisse. Tu t'es dévouée à notre bonheur, tu es toujours présente par tes mots réconfortants, tes conseils avisés, ton amour inépuisable. Je n'ai pas assez de mots pour décrire à quel point ta présence dans ma vie est essentielle, je t'aime d'un amour inconditionnel.

Mon Fifou, le père le plus drôle, cool, et aimant du monde. J'aime ta personnalité aux multiples facettes, comique, rieur et sans prise de tête. Tu sais aussi être très sensible et à l'écoute, tu aimes plus que tout ta famille, et tu es toujours prêt à rendre service. Merci pour ton aide dans l'écriture et dans la préparation de ma thèse.

Je t'aime mon Fifou, et j'aime notre relation qui a su évoluer et grandir avec le temps. Une complicité qui n'aura jamais de cesse. Tu m'as transmis cette soif de culture, ce goût de la fête et du « bien vivre ». Merci pour tout ce que tu m'apportes dans ma vie d'adulte.

Zouzou, je suis fière de ta capacité à te retourner de toutes les situations, de ta force, et de ton intellect. Tu es un homme qui doute beaucoup, mais sache que tu as en toi toutes les ressources pour réussir ta vie comme tu l'entends, pleine de beaux projets, et nourrie par ta passion pour la musique. Je t'aime mon frère.

Mamie, mon cœur est lourd d'être aussi loin de Papi et toi. Vous m'avez tellement apporté durant toute ma vie. Je ne saurai assez te remercier pour ton amour immense. Tu es mon rayon de soleil, mon Tesoro. Merci de nous avoir nourri d'amour, de pizza et de pâtes à la sauce tomate (tu sais que ça vaut tous les restaurants étoilés du monde pour moi). Je t'aime.

Papi, « hé papi », toi qui nous fait tant rire avec tes phrases franco-italiennes pratiquement incompréhensibles. Ton sourire rieur, ta bonne humeur et tout l'amour que tu me donnes, sont à jamais gravés en moi comme les plus belles choses que la vie a pu m'offrir. J'ai tant de chance de t'avoir, je t'aime.

Camoutche et Vinc', ceux avec qui j'ai grandi, avec qui je me suis construit. Mes cousins adorés. Je suis si fière de voir les adultes que vous êtes devenus. J'espère pouvoir vous compter à mes côtés toute ma vie.

Manon, Angelo et Marcus, mes trésors, je vous aime très fort et j'ai hâte de rencontrer les adultes géniaux que vous allez devenir.

Tonton Kiki, comment ne pas parler de celui qui m'a donné la vocation de l'Urgence. Je te remercie pour toutes tes histoires les plus incroyables, elles ont suscité en moi le goût de la médecine et celle de vouloir être à ton image. Merci pour ton soutien, ton aide dans mon parcours. Même si tu vogues vers de nouveaux horizons, je sais que tu feras du super boulot partout où tu te trouveras. Collègue for Ever. Encore félicitations pour votre union avec Magalie.

Tonton Coco, je crois bien que ton rire, tu l'as hérité de papi. Toujours en train de taquiner tes proches et de sourire. Je garde en moi ces souvenirs précieux, d'expériences scientifiques incroyables qui ont fait grandir ma curiosité. Je vous souhaite le meilleur avec Estelle, et vous remercie d'avoir créé celle qui me remplit d'amour.

Tata Mickey, Tonton Djoumarc', Tata marraine et Tonton parrain. Mille et un souvenirs me viennent en tête, de la mer à la montagne il n'y a qu'un pas pour vous. Peut-être que finalement la bougeotte c'est vous qui me l'avez transmise. Je suis heureuse de vous avoir dans ma vie.

Tonton Michel, le Survivor, on tient à toi ! Je suis heureuse de vous avoir. Merci de m'avoir donné des cousins/cousines aussi courageux et matures. Je vous souhaite le meilleur.

Ma Doude, on en a plein la tête des souvenirs ensemble, et j'espère que ce n'est que le début. J'admire plus que tout ton courage et ta ténacité. Tu es une femme intelligente et promise à un superbe avenir. Tu comptes beaucoup pour moi et je suis très heureuse de t'avoir dans ma vie.

Saro et Dophie, mes cousines, ma famille d'adoption. Vous êtes très précieuses à mes yeux, et nos voyages de girly-girls nous manquent. J'aime ces moments « authentiques » où « We are living the dream together ».

Claude, Michel et David, merci d'avoir donné à mon père la famille qui lui a toujours manqué.

Lily, comment parler de la famille sans citer celle qui nous remplit d'amour. Le snoop-dog le plus mignon qui soit.

À mes amis,

Mon Burrito, mon Boots, ma Benso, ma Sœur. J'ai une chance inouïe de t'avoir dans ma vie, tu me connais par cœur, et un simple regard suffit pour que tu me comprennes. Merci d'être toujours là, même quand je suis la plus relou des potes, de m'écouter et de me conseiller (tu sais quand tu me redis 100 fois la même chose et que je ne t'écoute pas...).

Tu es une femme merveilleuse, et tu es la définition même d'avoir le cœur sur la main. Je t'aime très fort et pour toujours. Merci à Juju de faire de toi une femme encore plus épanouie.

Ma Fond'souille, tu es une femme tellement géniale, j'ai l'impression d'avoir connue milles et une aventures avec toi. On a vécu des moments tellement fou ensemble, des voyages, des soirées, des lendemains de cuite, des rires au téléphone qui veulent tout dire. Tu sais aussi être là quand ça ne va pas, avoir toujours le mot juste, le petit truc qui remonte carrément le moral, et qui fais reprendre espoir. Le Kev'zouz a bien de la chance de t'avoir. Et moi encore plus (par contre faudra bien finir par lui dire que t'as déménagé à Toulouse pour moi).

Ma Milfoune, quand je pense à toi me vient tout de suite ton sourire immense. Tu me manques trop souvent, et j'aimerais pouvoir t'avoir un peu plus dans ma vie. Tu es un phénomène et je sens que tu n'as pas fini de nous en faire voir. Mathieu est avec certitude le plus heureux des hommes avec toi.

Mon Papillon, ma Gogsons***, tu es celle avec qui j'ai découvert le voyage, ma plus grande passion. Celui-ci m'aura permis de découvrir la personne la plus douce, attentionnée, et curieuse qui soit. Tu es une fonceuse, et ton courage reste une source d'admiration pour moi. Axos et toi formez le plus beau couple de voyageur qui soit.

Ma Chaouatine, Ohlala avec toi on en aura fait des belles aussi. J'évoquerai clairement cette époque mich** à l'Arq, nos soirées déguisées/dénudées, nos aprem' Flume à la BM, nos séances de sport « boul' de compét' » (plus toi que moi d'ailleurs), la folie de la Tchutchu', l'apprentissage de la juiverie chochanesque, et notre futur voyage en terre promise. J'ai une chance folle de t'avoir à mes côtés.

Ma Yonisos, encore un phénomène de plus dans la bande. Merci à toi d'être la plus tarée du groupe, tu nous as toujours tellement fait rire. Tu es tellement attachante, et je comprends que Mo soit aussi dingue de toi.

Ma Groesseuh, je suis heureuse de te voir comblée amoureusement et professionnellement, et serai toujours plus que motivée à t'accueillir à Toulouse (désolé c'est pas aussi stylé que Bayren), pour se raconter nos life en mangeant (sans s'arrêter) et en finissant par une petite danse sur Beyoncé.

Murgeoune, notre petit être préféré, mon petit bébé. J'espère pouvoir faire encore longtemps avec toi des trips dans les bidonvilles européens, et sur tous les rooftops de l'univers.

Charline, la meuf la plus chanceuse du monde, celle qui a toujours été l'initiatrice de nos plus grand fous-rires. Je suis très heureuse de t'avoir dans ma vie.

Coco, ma Cocaïne, toujours à l'ouest mais toujours la phrase qui claque. Tu es une bouffée d'oxygène, toi et ton esprit rêveur.

À la Coloc' Stylée/Stylée 2.0/Sublime coloc'/des Beaux Bouls/des Chaudières, de m'avoir donné une seconde famille Toulousaine. J'ai eu tellement de chance d'intégrer cette maison dans laquelle je me sens bien, entourée par mes amies, avec des très hauts (l'aigle royale, les barbeuc', les crémaillères à 1000000, les repas mensuels digne des étoilés qui finissent en reggaeton à base de Comportement bah ouais, l'hystérie collective (faut pas déconner je suis loin d'être la seule hystéro), les weekends coloc', l'auberge espagnole, les apéro au soleil, les conseils amoureux, les débats féministiquo-protestantico-cubanistomachistes homme/femme, les Tinder party, les films du dimanche soir, les pâtes au poivre, ...) et des micros bas (le planning de ménage, le pipi de chat, l'invasion de fourmi, le WC qui explose en pleine soirée, ...).

À Quentoux (désolé Seb je l'ai mis en premier), mon Queeeent', celui qui a un master 12 en développement personnel, mon meilleur pote, mon conseiller, mon Tinderboyfou, celui avec qui je partage l'étage le plus stylé, celui qui pète dans ma chambre et ferme la porte, le grand frère, le câlineur, le mec avec qui j'adore vivre depuis presque 3 ans maintenant.

À Sebibi, ma petite perruche, mon citoyen du monde. Alors toi tu me manques p'tit con. Ça a été un privilège d'avoir vécu à tes côtés (par contre commence pas à te la péter merci), je

me rappelle encore du 1^{ère} entretien que tu m'avais fait passer, je m'étais déjà dit que tu étais probablement sous PSE de Cocaïne à ce moment-là. Je t'adore mon hystéro-boy. Vous formez un couple bien styléééé avec la petite O-A-I-O-Unora.

À Heleni, la grande perche blonde, pilier de la maison, féministe invétérée, celle qui sait ce qu'elle veut et n'en démords jamais. Je suis heureuse de te voir épanouie, tu manques à la maison.

À ma MJouille, le plus beau boul' de la coloc, la tigresse sous le petit chaton. Je te supplie de moins douter de toi, car tu es une personne en or.

À notre Cyril international, notre beauif qui l'assume, Céline for Ever. Je crois qu'on n'a vraiment pas fais une connerie en te choisissant, car tu sais réunir les gens, leur faire plaisir, tu es toujours là pour nous. Sous tes airs de macho, j'ai bien vu qu'un petit cœur sensible résiste et pointe le bout de son nez.

À ma Toufik, petit sourire sur pâte, toujours de bonne humeur, la motivation absolue. Heureuse de te revoir parmi nous.

À Marine, nouvelle habitante de cette joyeuse coloc, merci pour ton écoute, ta bienveillance et ton humour décapant.

À mes amis de Lorraine de toujours, Mar, Mathilde, Marie, Lou, Stoo, Amandine, Charlotte, Thib', Jé, Aurélien, pour ces moments qui me font remonter le temps.

Aux amis de mes parents, qui sont devenus les miens. A Martine, Philippe, Françoise, Jumpi, Yamimi, Cousette, Marco, ...

À ma petite Gaurine, je suis heureuse de t'avoir rencontré grâce à Claire. Tu es un petit soleil ambulat.

À mes amis de Roro, le meilleur début d'internat qu'on puisse imaginer, parce que j'adore les couteaux, j'adore la F, j'adore le Ricard, j'adore le loft et le bowling, j'adore les barbecues d'intérieur, encore plus grâce à vous. A Dianouch, Félicoucouille, Réré, mon Lolo, Quentoux, Titi, ...

À **Mama**, mon coussin préféré, la meuf la plus bombesque qui soit mais qui ne le sait pas. Ne doute pas de toi, tu es une femme extraordinaire, curieuse, intelligente, belle et généreuse.

À **ma Cam**, le BDP, notre coach de vie, merci pour ton écoute, tes attentions et ta bonne humeur permanente.

À **ma Blacky**, merci pour ta folie, de nous embarquer dans tes aventures, tout en sachant garder les pieds sur terre et être là pour nous quand il le faut.

À **Cricri**, encore félicitations pour ce merveilleux moment que tu vas bientôt vivre. Je suis très heureuse de le partager avec toi et de t'avoir dans ma vie.

À **mes amis du semestre aux Urg'**, ma Cécile, Aurélie, Pauline, Vivi, ... Merci d'avoir fait de ces 6 mois un super souvenir et d'être toujours là pour le prolonger.

À **mes amis Tarbais**, encore un beau semestre de fête et de débilités en tout genre. J'ai gardé des amitiés précieuses. Merci d'avoir été là. A Oriane, Olgix, ma Coucouille, Shantoux, Pierrot, Clem, Anne, ma Tahitienne, Emilie, Marie, Antho, Simon ma sardine, Hugo, ...

À **mes amis Castrais**, j'ai aimé être l'une des « vieilles » de ce joyeux groupe. A nos soirées à l'Irish, nos karaokés et nos sushi-party. A Rafiki, Juju, Julia, Ines, Manel, Petit Prince, Florian, Marie, Adrien, Justine, ...

À **mes amis du DESC de MU**, on forme une belle bande et je suis heureuse de partager ces moments avec vous. A Titi, Laura, Luce, Kenza, les Martin, Mathieu, Camille, ...

À **mes Pintades** :

À **Vivi**, on se suit depuis le début, je n'aurai pas pu rêver mieux comme co-interne. Tu es une boule d'énergie (certainement des reliquats de ta période guerre du Vietnam ça), tu ne te laisses jamais démonter, et tu es l'une des meilleures partenaires de soirées (K** K** K** K**).

À **mon maître à penser**, ma Giulia, maître Yoda, la sagesse, à l'écoute, bienveillante, une vraie mère pour nous toutes. Tu es essentielle à notre groupe.

À ma Manaé, un exemple de non-prise de tête, de meuf cool, healthy, saine de corps et d'esprit. Tu es celle à qui on voudrait toutes ressembler (mais on n'y arrive vraiment pas). T'es notre petite boule antistress.

À tous mes maîtres de stage, qui m'ont permis d'être le médecin que je suis aujourd'hui, je vous remercie pour les précieux conseils que vous m'avez prodigués, et pour le partage de votre expérience professionnelle. Votre bienveillance, votre pédagogie et votre écoute m'ont beaucoup apporté. Merci à l'équipe des Urgences du CHU, de Rodez et à l'équipe de Réanimation et des Urgences de Castres, qui m'ont conforté dans ma vocation. Merci à Igor, Yves, Alain, Carine et Jean-Claude ainsi qu'à vos conjoints pour votre accueil incroyable, et pour avoir partagé avec moi votre médecine humaine et dévouée. Mon expérience en médecine générale aura été la meilleure qui soit grâce à vous.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ABRÉVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
MATÉRIELS ET MÉTHODES	5
Schéma de la recherche	5
Déroutement de l'étude	6
Modalité de recrutement et recueil des données	7
Analyses statistiques	8
Considérations éthiques et réglementaires	8
RÉSULTATS	9
Analyse descriptive de la population d'étude	9
Site hospitalier et orientation des patients	10
Diagnostic biologique	10
Diagnostic radiologique	10
Avis spécialisé	12
Prise en charge globale	13
Diagnostics de sortie	13
Durée moyenne de séjour	15
Devenir des patients	17
Description de la prise en charge entre les hôpitaux de Purpan et Rangueil	19
DISCUSSION	20
Épidémiologie des douleurs abdominales	20
Prise en charge d'une douleur abdominale aux urgences	23
Réflexion autour de la mise en place d'une filière dédiée aux douleurs abdominales	26
Limites de l'étude	29
CONCLUSION	30
BIBLIOGRAPHIE	31

TABLE DES ABRÉVIATIONS

AMCT	: accueil médico-chirurgical et traumatique
AMT	: accueil médico-traumatique
ASP	: abdomen sans préparation
BU	: bandelette urinaire
CHU	: centre hospitalo-universitaire
CMCT	: consultation médico-chirurgicale et traumatique
CN	: colique néphrétique
DANS	: douleur abdominale non spécifique
GEA	: gastroentérite aigue
HAS	: haute autorité de santé
IAO	: infirmier(ère) d'accueil et d'orientation
IDE	: infirmier(ère) diplômé d'état
PDV	: hôpital Paul de Viguié
PNA	: pyélonéphrite aigue
SMIT	: service de maladies infectieuses et tropicales
SRI	: serveur de résultats intranet
TDM	: tomodensitométrie
UA	: urgences ambulatoires
UHCD	: unité d'hospitalisation de courte durée

INTRODUCTION :

Les douleurs abdominales, un motif de consultation fréquent aux urgences

Les douleurs abdominales sont l'un des motifs de consultation les plus fréquents dans les services d'urgence (entre 7 et 10 %). Elles représentent un taux d'hospitalisation d'environ 17 %. (1)

Les étiologies sont nombreuses, allant de la pathologie digestive pure à la pathologie extradigestive de type pneumologique, cardiaque ou vasculaire. Le traitement peut être chirurgical ou médical. (2)

La prise en charge des douleurs abdominales est un challenge permanent pour l'urgentiste qui doit d'un côté, ne pas laisser passer une urgence vitale et de l'autre ne pas multiplier des examens complémentaires inutiles et onéreux pour des étiologies bénignes et résolutive.

Une prise en charge à optimiser

Lorsqu'un patient se présente aux urgences pour une douleur abdominale, la démarche diagnostique repose sur une analyse séméiologique de la douleur suivie d'un examen physique rigoureux. Cette prise en charge initiale peut ensuite aboutir à la prescription d'examens biologiques ou à la réalisation d'un examen d'imagerie. Une fois les examens complémentaires réalisés, en fonction des diagnostics suspectés, un avis spécialisé peut être nécessaire. Cette prise en charge globale est souvent longue. Ces délais peuvent entraîner une gestion de l'antalgie non optimale, une impatience, une incompréhension du patient et des retards diagnostics pouvant engager le pronostic vital. (3) (4) (5) (6) (7) De plus, cela peut ralentir la gestion du flux des urgences.

Il se pose alors la question de l'optimisation du parcours de soin. (8)

L'hypothèse de notre étude est qu'entre chaque étape de la prise en charge des douleurs abdominales, les délais de prise en charge sont longs et de ce fait néfaste pour le patient.

Objectif de la présente étude

Notre objectif principal est de décrire les délais entre chaque étape de la prise en charge, chez un patient se présentant pour douleur abdominale aux urgences de Toulouse en décembre 2016.

L'objectif secondaire de notre étude est d'étudier l'épidémiologie des patients, des examens complémentaires utilisés, des avis spécialisés demandés, des étiologies, et du devenir de ces patients consultant pour une douleur abdominale.

MATÉRIELS ET MÉTHODES :

Schéma de la recherche :

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle rétrospective unicentrique dans le service des urgences du CHU de Toulouse (Purpan et Rangueil), sur une période de 1 mois en décembre 2016.

Population d'étude

Les inclusions ont été effectuées sur une période de 1 mois en décembre 2016.

Nombre de sujets nécessaires

En partant de l'hypothèse que la prévalence des douleurs abdominales aux urgences est de 7 % avec une précision d'estimation de 5 % et un risque alpha de 5 %, le nombre de sujets nécessaire était de 100 patients. Nous avons donc décidé de faire le recueil de données sur un mois.

Critères d'inclusion

Tous les patients pris en charge aux urgences, âgés de 15 ans (limite d'âge d'admission aux urgences adultes) et plus, sans limite d'âge supérieur, pour une douleur abdominale ont été inclus soit 519 patients.

Critères d'exclusion

Ont été exclus tous les patients âgés de moins de 15 ans, les douleurs abdominales d'origine traumatique, les patients ayant des dossiers médicaux incomplets, et les diagnostics finaux extra-digestifs, soit 189 patients. (Cf. Figure 1).

Diagramme de flux

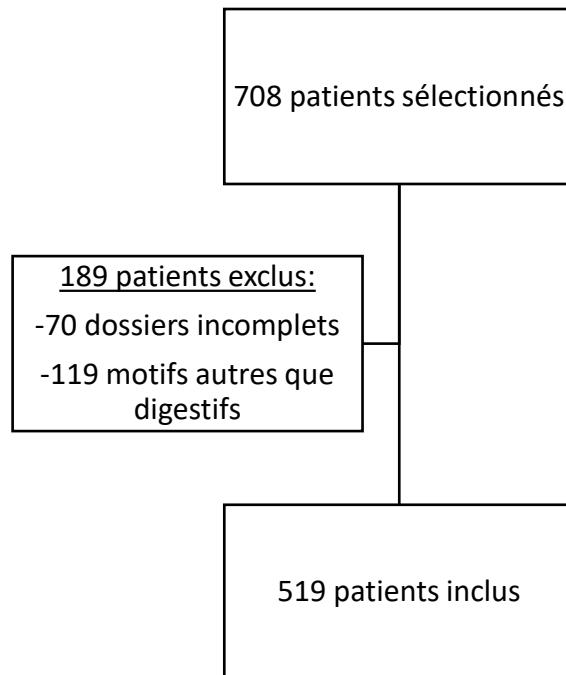


Figure 1 : Diagramme de Flux

Déroulement de l'étude

Lorsqu'un patient arrive aux urgences de Toulouse pour une douleur abdominale, il est en premier lieu pris en charge par l'infirmier(ère) d'accueil et d'orientation (IAO) qui établira une courte anamnèse des faits, prendra ses paramètres vitaux et éliminera une urgence vitale. L'IAO décidera ensuite, avec l'aide de critères protocolisés, du secteur le plus habilité à recevoir le patient au vu de la présentation clinique.

A l'hôpital Purpan, deux secteurs existent : l'Accueil médico-traumatique (AMT) et les Urgences ambulatoires (UA), qui sont à peu près l'équivalent au CHU de Rangueil à l'Accueil médico-chirurgical et traumatique et à la Consultation médico-chirurgicale et traumatique (CMCT). Une fois installé dans un secteur de soins, le patient est examiné par un médecin (et/ou interne, avec ou sans l'assistance de l'externe). Après une analyse séméiologique et un examen physique rigoureux, le médecin peut prescrire des examens biologiques et/ou un examen d'imagerie.

Les résultats du laboratoire, après envoi des prélèvements, sont consultables sur le Serveur de Résultats Intranet (SRI).

Lorsqu'une imagerie est prescrite, s'il s'agit d'une radiographie thoracique ou d'un abdomen sans préparation (ASP), un formulaire papier doit être rempli et les manipulateurs radiologiques doivent être prévenus. Si une tomodensitométrie (TDM) ou une échographie sont prescrites, la demande doit être validée au préalable par l'interne de radiologie par téléphone. Selon la capacité du patient à se rendre à la radiologie seul ou accompagné, il faudra prévenir les brancardiers à l'aide d'un logiciel informatisé (M2pi).

Chacune de ces étapes imposent un délai pouvant aller de quelques minutes à plusieurs heures selon l'activité de chacun de ces intervenants.

Un avis spécialisé peut être nécessaire. Il sera en premier lieu pris par téléphone en contactant l'interne de garde de spécialité ou son sénior. Le plus souvent sont sollicités les internes de gastroentérologie, chirurgie digestive, gynécologie, urologie, maladie infectieuse, néphrologie ou encore de réanimation. Il existe, ici encore, un délai entre le contact téléphonique et la venue du spécialiste au lit du patient.

Une fois le diagnostic et le devenir du patient établi, s'il rentre au domicile, il peut y avoir un délai d'attente pour obtenir le moyen de transport de retour (famille, ambulances privées, taxi). Si le patient est hospitalisé, le brancardage du patient dans son service peut également être plus ou moins long.

Après avoir effectué, de façon personnalisée pour chaque patient, ces étapes de la prise en charge, il y a également un délai pendant lequel le médecin remplit le compte rendu de passage aux urgences et rédige les ordonnances dans la situation où le patient rentre à son domicile.

Modalités de recrutement et recueil des données

Les patients ont été rétrospectivement recrutés à partir de la base de données informatisée des diagnostics de sortie des patients des urgences (logiciel URQUAL). L'extraction et l'envoi des données ont été automatisés et sécurisés grâce au Département d'Information Médical (DIM) sous forme de document EXCEL. Après vérification des critères d'inclusion et d'exclusion, les dossiers retenus ont été analysés par l'investigatrice de l'étude sur un ordinateur dédié et sécurisé.

Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA version 12. Les mesures de dispersion de chacune de ces variables n'ont pas été évaluées en fonction de la normalité : la distribution des variables quantitatives est représentée par la moyenne avec son écart-type. Les analyses comparatives ont été réalisées en utilisant le test du chi2 de Pearson ou le test exact de Fisher en cas d'effectif théorique inférieur à 5 pour les comparaisons de pourcentages. Nous avons utilisé les tests de Student ou de Mann-Whitney pour les comparaisons de moyennes. Le seuil de significativité statistique est considéré atteint quand le risque d'erreur alpha est inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

Considérations éthiques et réglementaires

La nature de l'enquête ne relève pas de la loi Jardé. En effet, cette étude est de nature observationnelle et les données recueillies sont habituellement renseignées lors d'un passage aux urgences ou dans un service hospitalier. Une demande au CNIL a cependant été effectuée. Dans l'attente de la validation de la MR-004 au niveau du CHU de Toulouse, cette étude rétrospective rentre dans le champ d'application de la MR-003 en date du 30/05/2018.

RÉSULTATS :

Au cours du mois de décembre 2016, le diagnostic de sortie de douleur abdominale (codé R10.4) a été posé chez 708 patients aux urgences du CHU de Toulouse.

Nous avons inclus 519 patients.

Analyse descriptive de la population d'étude

La moyenne d'âge de la population était de 44 [+/- 21] ans. 103 patients avaient plus de 65 ans soit 20 %, et 416 patients avaient moins de 65 ans, soit 80 %.

Les patients consultant en circuit dit court CMCT/UA ont une moyenne d'âge de 33 [+/-13] ans, contre 56 [+/-22] ans en circuit long AMCT/AMT, et 38 [+/-26] ans à la SAUV (p<0,05).

On constate que les douleurs abdominales touchent habituellement plutôt les femmes, avec dans notre étude 286 femmes consultant pour ce motif, soit 55 %, contre 233 hommes soit 45 % (p<0,05).

On observe également 47 % de patients présentant des antécédents de chirurgie digestive et 30 % avec des antécédents hépato-gastroentérologiques.

Il y a peu de différence entre hommes et femmes concernant les antécédents chirurgicaux digestifs, représentés à 49 % chez les hommes et à 46 % chez les femmes, ainsi que pour les antécédents hépato-gastroentérologiques que l'on retrouve présents à 33 % chez les hommes et 27 % chez les femmes. (Cf. Figure 2)

Variables (n=519)	Fréquence n (%) Moyenne [+/- écart-type]
Âge (années)	44 [+/-21]
> 65 ans	103 (20 %)
< 65 ans	416 (80 %)
Sexe	
Homme	233 (45 %)
Femme	286 (55 %)
Antécédents	
Chirurgie digestive	244 (47 %)
HGE	154 (30 %)

Figure 2. Caractéristiques de la population admise pour douleur abdominale dans le service des urgences du CHU de Toulouse (n=519)

Site hospitalier et orientation des patients

Sites hospitaliers consultés

Parmi les 519 patients pris en charge pour douleurs abdominales, 228 patients (44 %) ont consulté à au CHU de Rangueil, et 291 patients (56 %) au CHU de Purpan.

Orientation des patients

Parmi les 519 patients, 255 patients (49 %) ont été positionné dans le secteur AMCT/AMT, 260 patients (50 %) dans le secteur CMCT/UA, et 4 patients (1 %) dans le secteur SAUV.

Diagnostic biologique

Une biologie a été réalisé aux urgences chez 399 patients tous hôpitaux confondus, soit 77 % des cas.

La prescription de biologie est plus élevée dans les secteurs de soins dit longs type AMCT/AMT (92 % de prescription de biologie), par rapport aux secteurs de soins dit courts type CMCT/UA (62 % de prescription de biologie). Par ailleurs, une biologie est prescrite dans 100 % des cas à la SAUV ($p < 0,005$).

Prescription de la lipasémie

Parmi les prélèvements biologiques réalisées, une lipasémie a été prescrite dans 60 % des cas.

Diagnostic radiologique

Une imagerie a été réalisé aux urgences dans 33 % des cas.

Parmi ces examens d'imagerie, on retrouve en majorité une prescription de TDM (40 %), suivi par les échographies abdominales dans 26 % des cas. On retrouve le couple « échographie abdominale/TDM abdominal » dans 13 % des cas.

Dans 5 % des cas une radiologie thoracique est prescrite, et dans 1 % des cas une échographie testiculaire.

Concernant la prescription d'ASP, cet examen était demandé dans 5 % des cas. Il était prescrit dans 3 % des cas dans le secteur CMCT/UA, dans 6 % des cas à l'AMCT/AMT, et 50 % des cas à la SAUV. (Cf. figure 3)

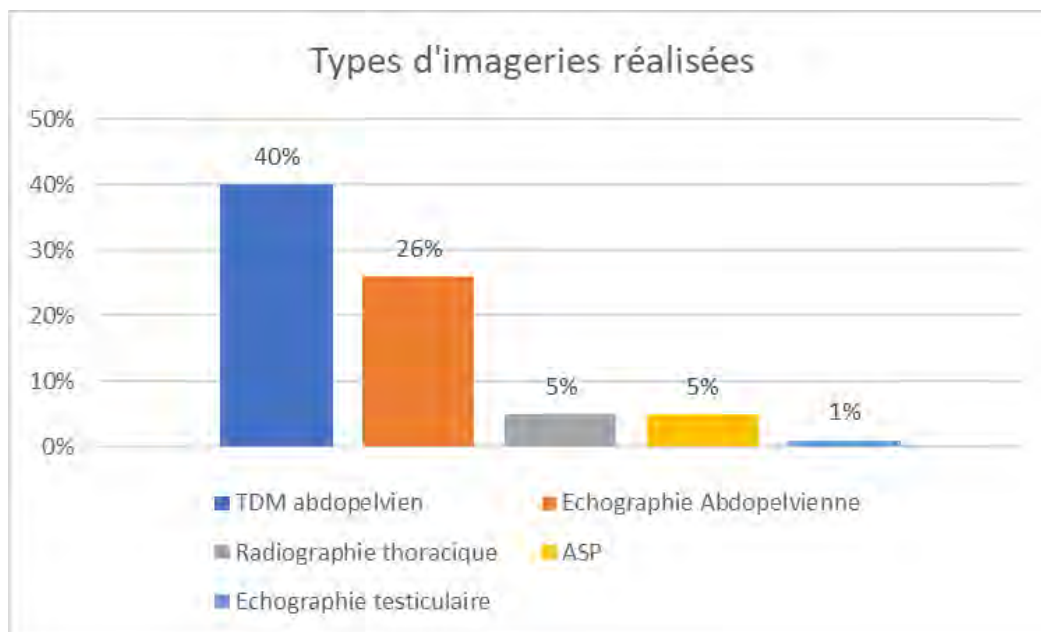


Figure 3. Types d'imageries réalisées au CHU de Toulouse (n= 171)

En fonction des secteurs, on constate une différence significative de prescription d'imagerie, avec une imagerie dans 23 % des cas en circuit dit court CMCT/UA, contre 43 % en circuit long AMCT/AMT. A la SAUV, une imagerie est prescrite dans 50 % des cas ($p < 0,05$).

On retrouve à la CMCT/UA une prescription d'échographie abdominale dans 32 % des cas, de TDM abdominopelvien dans 33 % des cas et le couple « échographie abdominale-TDM abdominopelvien » est réalisé dans 20 % des cas. A l'AMCT/AMT, on retrouve une prescription de TDM abdominopelvien dans 45 % des cas, d'échographie abdominale dans 22 % des cas et le couple « échographie abdominale-TDM abdominopelvien » dans 9 % des cas. A la SAUV, une prescription d'ASP a été réalisé dans 50 % des cas, et pour les 50 % restant le couple « échographie abdominale-TDM abdominopelvien ». (Cf. Figure 4)

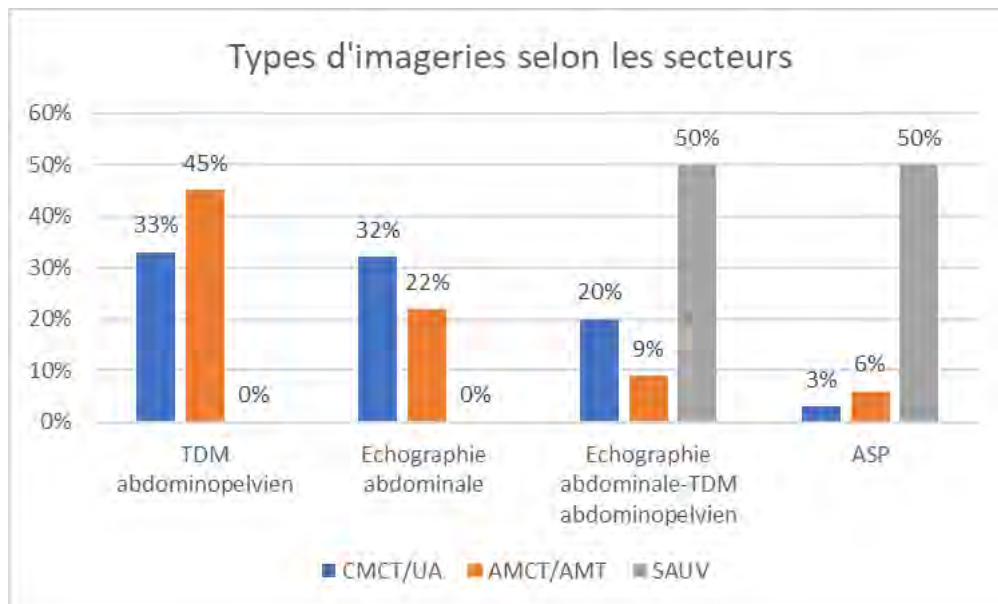


Figure 4. Types d'imageries selon les secteurs CMCT/UA (n=60), AMCT/AMT (n=109), SAUV (n=2) du CHU de Toulouse (n=171)

Avis spécialisé

On retrouve une demande d'avis spécialisé dans 33 % des cas.

Les spécialistes les plus sollicités sont les chirurgiens digestifs avec 36 % de demande d'avis. Ils sont suivis par les hépato-gastroentérologue avec 25 % de demande. On retrouve 15 % de demande d'avis urologique, 6 % de demandes d'avis gynécologiques, 3 % d'avis au SMIT, 2 % d'avis néphrologique, 3 % d'avis couplés d'un chirurgien digestif et d'un hépato-gastroentérologue et environ 10 % d'avis couplés autres ou dans d'autres spécialités, regroupant les avis de type cardiologie, réanimation, etc., chacun retrouvé à un taux de 1%. (Cf. Figure 5)

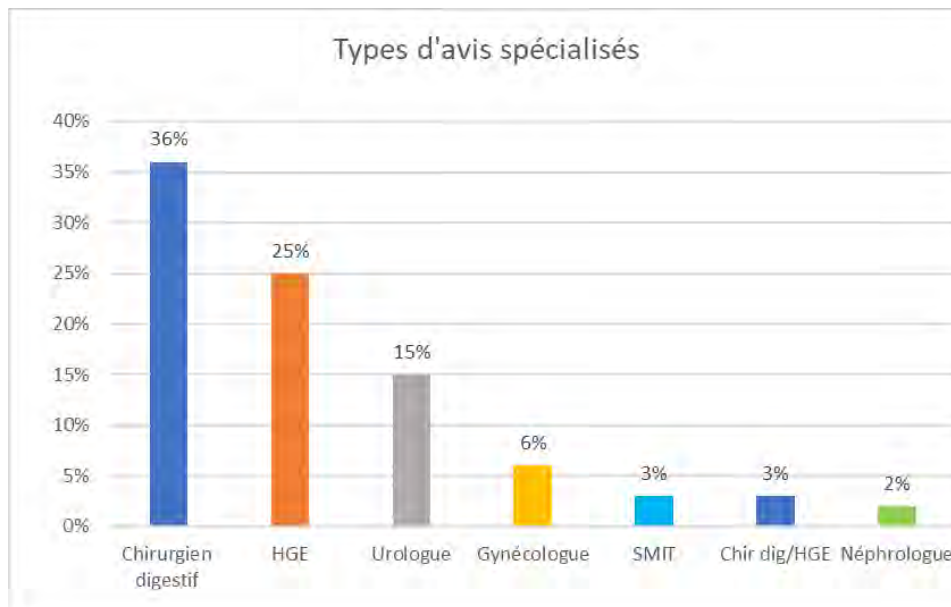


Figure 5. Types d'avis spécialisés demandés au CHU de Toulouse (n=174)

Prise en charge globale

Nous avons également étudié le nombre de patients bénéficiant de l'ensemble des examens complémentaires associé à un avis spécialisé. 109 patients sur 519 soit 21 %, ont bénéficié d'une biologie associée à une imagerie et un avis spécialisé.

Diagnostic de sortie

Le diagnostic de sortie le plus retrouvé est celui de douleur abdominale non spécifique (DANS) dans 23,5 % des cas.

On retrouve juste après celui de colique néphrétique dans 7 % des cas, suivi de peu par l'épigastralgie à 6 %. Les autres diagnostics retrouvés sont cités en italiques dans la figure 6.

Diagnostiques retrouvés (n=519)	Fréquence n (%)
DANS	122 (23,5 %)
Colique néphrétique	35 (7 %)
Epigastralgie	30 (6 %)
Appendicite aigüe	28 (5 %)
PNA	21 (4 %)
Occlusion intestinale	19 (3,5 %)
Douleur hypochondre droit	17 (3 %)
Constipation	16 (3 %)
Gastrite aigue	15 (3 %)
Douleur pelvienne	15 (3 %)
Diarrhées	13 (2,5 %)
Vomissements	13 (2,5 %)
GEA	13 (2,5 %)
Pancréatite aigue	13 (2,5 %)
Autres diagnostics	149 (29 %)

Autres diagnostics : douleur en fosse iliaque droite, douleur en fosse iliaque gauche, tumeur du pancréas, prostatite aigue, angiocholite, lithiase vésiculaire, ascite, reflux gastro-œsophagien, cystite, autres affections gynécologiques, rétention aigue d'urine, rectorragies, colopathie fonctionnelle, douleur hypochondre gauche, cholécystite lithiasique, hernie occluse, hernie ombilicale non occluse, ulcère gastro-duodénal, insuffisance rénale aigue, péritonite, douleur testiculaire, thrombose mésentérique, problème de sonde urinaire, tumeur vésicale.

Figure 6. Types de diagnostics retrouvés dans le service des urgences du CHU de Toulouse (n=519)

En fonction des secteurs, dans le circuit dit « court » CMCT/UA, il est retrouvé dans 27 % des cas le diagnostic de douleur abdominale non spécifique, dans 9 % des cas celui de colique néphrétique et dans 7 % celui d'appendicite aigue et d'épigastralgie.

En circuit « long » AMCT/AMT il est retrouvé dans 20 % des cas les douleurs abdominales non spécifiques, dans 7 % des cas les occlusions intestinales, dans 6 % des cas les pyélonéphrites aigues, et dans 4 % des cas les sigmoïdites. (Cf. Figure 7)

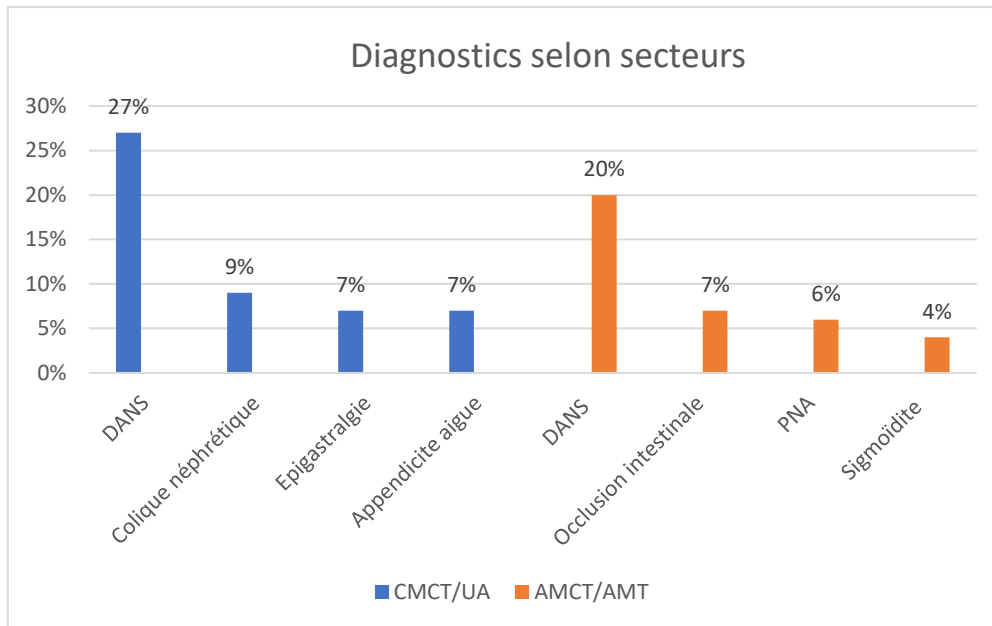


Figure 7. Diagnostics retrouvés selon les secteurs CMCT/UA (n=260) et AMCT/AMT (n=255) des services des urgences du CHU de Toulouse (n=519)

Durée moyenne de séjour

La durée moyenne entre l'admission dans le service des urgences et la sortie de celui-ci est de : 339 [+/-248] minutes, soit 5h39 [+/-04h08]. (Cf figure 8)

Si nous nous intéressons au sexe, en moyenne un homme attends 363 [+/-284] minutes soit 6h03 [+/-04h44] du début à la fin de sa prise en charge, alors qu'une femme attend 319 [+/-212] minutes soit 5h20 [+/-03h32], donc en moyenne 40 minutes de moins qu'un homme.

Il existe une différence significative entre une personne âgée de plus de 65 ans qui a une durée totale de prise en charge de 447 [+/-340] minutes soit 7h27 [+/-05h40] et un patient de moins de 65 ans qui a un délai total de prise en charge de 313 minutes [+/- 213] soit 5h13 [+/-03h33]. (p<0,05)

En fonction des examens complémentaires

Le délai moyen entre l'admission dans le service à l'accueil des urgences et le prélèvement de la biologie est de 69 [+/-73] minutes soit 1h09 [+/-01h13].

Le délai moyen entre l'admission dans le service à l'accueil des urgences et la réalisation de l'imagerie est de 288 [±174] minutes soit 4h48 [±02h54].

Le délai moyen entre le prélèvement de la biologie et la réalisation de l'imagerie est de 236 [±158] minutes soit 3h56 [±02h38] d'attente.

Sur les 109 patients (21 %) à avoir bénéficié d'une biologie associée à une imagerie et un avis spécialisé, la durée moyenne de séjour entre l'entrée et la sortie était de 552 [±313] minutes soit 9h12 [±05h13].

On observe une différence significative ($p < 0,05$) de durée totale de prise en charge en fonction de la réalisation d'une imagerie ou non avec une durée moyenne de séjour entre l'entrée et la sortie qui était de 533 [±310] minutes soit 8h53 [±05h10] versus 243 [±128] minutes soit 4h03 [±02h08] si aucune imagerie n'était prescrite.

On constate une différence significative ($p < 0,05$) si un avis spécialisé était demandé ou non. La durée moyenne de séjour entre l'entrée et la sortie des urgences si un avis spécialisé été demandé était de 468 [±289] minutes soit 7h48 [±04h49], versus 278 [±199] minutes soit 4h38 [±03h19].

En fonction du secteur du patient

La durée moyenne entre l'entrée et la sortie d'un secteur court de type CMCT/UA est de 298 [±197] minutes soit 4h58 [±03h17].

La durée moyenne entre l'entrée et la sortie d'un secteur long de type AMCT/AMT est de 381 [±287] minutes soit 6h21 [±04h47].

La durée moyenne entre l'entrée et la sortie d'un secteur SAUV est de 372 [±121] minutes soit 6h12 [±02h01].

En fonction du devenir du patient

On constate une différence significative de durée si le patient est hospitalisé ou non ($p < 0,05$) avec une durée moyenne de séjour si une hospitalisation est programmée de 473 [±213] minutes soit

7h53 [±-03h33] versus 293 [±-213] minutes soit 4h53 [±-03h33] si le patient retourne au domicile.
(Cf. Figure 15)

Variables (n = 519)	Délais de prise en charge (heure) Moyenne [±- écart-type]
Âge	
> 65 ans	07h27 [±-05h40]
< 65 ans	05h13 [±-03h33]
Sexe	
Homme	06h03 [±-04h44]
Femme	05h20 [±-03h32]
Selon examens complémentaires	
Admission-Prélèvement Biologie	01h09 [±-01h13]
Admission-Imagerie	04h48 [±-02h54]
Prélèvement Biologie-Imagerie	03h56 [±-02h38]
Admission-Imagerie-Sortie	08h53 [±-05h10]
Admission-Avis spécialisé-Sortie	07h48 [±-04h49]
Admission-Biologie-Imagerie-Avis spécialisé-Sortie	09h12 [±-05h13]
Selon secteur	
CMCT/UA Admission-Sortie	04h58 [±-03h17]
AMCT/AMT Admission-Sortie	06h21 [±-04h47]
SAUV Admission-Sortie	06h12 [±-02h01]
Selon devenir	
Hospitalisation	07h53 [±-03h33]
Retour au domicile	04h53 [±-03h33]

Figure 8. Délais de prise en charge en fonction de l'âge, du sexe, des examens complémentaires, des secteurs, et du devenir dans le service des urgences du CHU de Toulouse (n=519)

Devenir des patients

Dans notre étude, 134 patients soit 26 % des patients étaient hospitalisés, et 385 patients soit 74 % sont retournés au domicile.

On constate que les 3 premiers secteurs d'hospitalisation sont : la chirurgie digestive dans 6 % des cas, les hospitalisations étiquetées CHU sans autres renseignements dans les dossiers (tous services confondus, hébergement compris) dans 4 % des cas et les services d'hépatogastroentérologie et de gynécologie à l'hôpital Paul de Viguié dans 3 % des cas. On retrouve dans 2 % des cas des hospitalisations dans les services d'urologie.

Les autres services, du type SMIT, médecine interne, gynécologie Rangueil, réanimation, UHCD seul, ou UHCD couplé avec un autre service d'aval, etc., sont regroupés dans les 8 % des cas restants, chaque service entre 0,2 et 2 % des cas. (Cf. Figure 9)

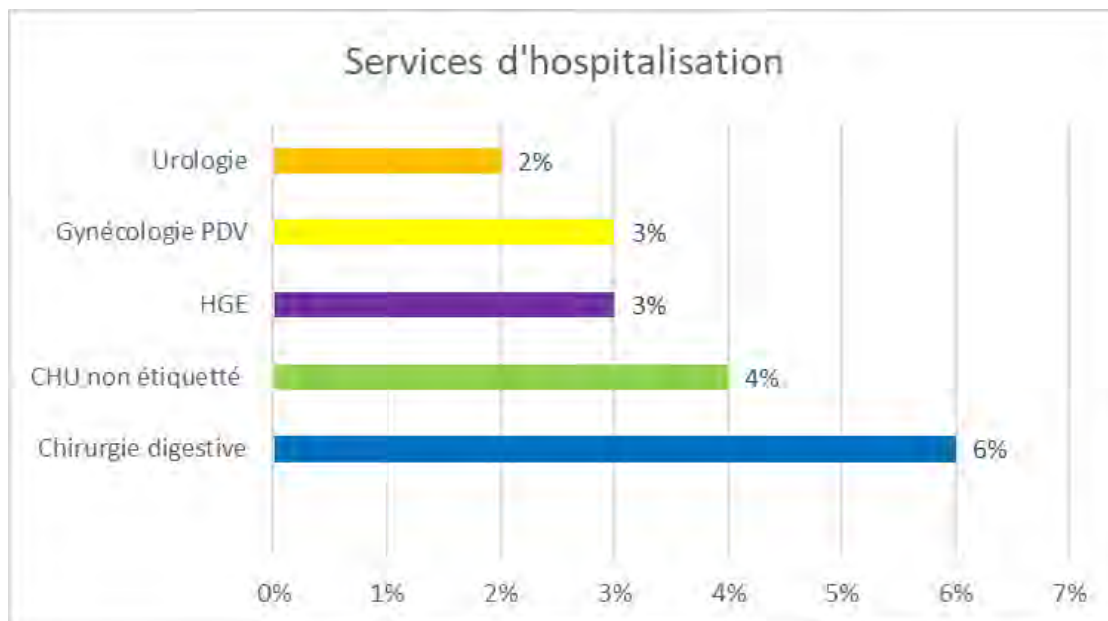


Figure 9. Différents services d'hospitalisation au CHU de Toulouse (n=134)

Parmi les 244 patients présentant des antécédents de chirurgie digestive, 157 patients soit 64% sont hospitalisés. Parmi les 154 patients présentant des antécédents hépato-gastroentérologiques, 101 patients soit 65 % sont hospitalisés.

Concernant les examens complémentaires, le devenir des patients est également un critère indicatif sur la prescription de biologie, avec un taux de prescription plus important pour les patients hospitalisés (95 % de prescription de biologie), par rapport aux patients retournant au domicile après leur passage aux urgences (71 % de prescription de biologie) ($p < 0,05$).

On retrouve également une prescription d'imagerie plus importante chez les patients hospitalisés (72 % de prescription d'imagerie), par rapport aux patients retournant au domicile (20 % de prescription d'imagerie) ($p < 0,05$).

Enfin, on constate que si le patient était hospitalisé, il recevait dans 81% des cas un avis spécialisé, contre 16 % des cas si le patient retournait au domicile. ($p < 0,05$)

Description de la prise en charge entre les hôpitaux de Purpan et Rangueil

Nous avons constaté certaines différences significatives dans l'épidémiologie et les délais de prise en charge des patients consultant pour douleur abdominale, entre les services des urgences de Purpan et de Rangueil au sein du CHU de Toulouse. (Cf. Figure 10)

Variables (n=519)	Purpan Fréquence n (%) Moyenne [+/- écart type] n=291 (56 %)	Rangueil Fréquence n (%) Moyenne [+/- écart type] n=228 (44 %)	p
Caractéristique des patients			
Âge moyen (en années)	39 [+/-19]	50 [+/-23]	
> 65 ans	35 (12%)	69 (30%)	p < 0,05
< 65 ans	256 (88%)	159 (70%)	p < 0,05
Examens complémentaires			
Biologie (n=399/519)	204 (70%)	195 (86%)	p > 0,05
Réalisation Lipasémie si biologie	123 (60%)	114 (58%)	p > 0,05
Réalisation imagerie (n=171/519)	76 (26%)	96 (42%)	p > 0,05
Prescription couple écho abdo/TDM abdo si imagerie	14 (18%)	9 (9%)	p < 0,05
Demande d'avis spécialisé (n=174/519)	86 (30%)	84 (37%)	p > 0,05
Diagnostics retrouvés en majorité			
DANS	71 (24%)	51 (22%)	p > 0,05
Colique Néphrétique	20 (7%)	15 (7%)	p > 0,05
Epigastralgie	16 (5%)	14 (6%)	p > 0,05
Appendicite aigue	11 (4%)	17 (7%)	p > 0,05
Délais de prise en charge (en heure)			
Durée moyenne de séjour	05h13 [+/-03h06]	06h12 [+/-05h06]	p < 0,05
Admission-Prélèvement biologie	01h22 [+/-01h15]	00h57 [+/-01h08]	p < 0,05
Admission-Imagerie	05h24 [+/-03h09]	04h18 [+/-02h37]	p < 0,05
Prélèvement Biologie-Imagerie	04h26 [+/-03h11]	03h30 [+/-01h58]	p < 0,05
Admission-Hospitalisation	07h13 [+/-02h54]	08h23 [+/-05h52]	p > 0,05
Admission-Retour au domicile	04h44 [+/-02h57]	05h06 [+/-04h18]	p > 0,05

Figure 10. Tableau descriptif de la prise en charge des douleurs abdominales dans le service des urgences de Purpan et Rangueil (n=519)

DISCUSSION

Cette étude décrit la prise en charge des douleurs abdominales au CHU de Toulouse. Elle s'intéresse plus particulièrement aux délais retrouvés dans toutes les étapes du parcours de soin. Elle permet également d'étudier l'épidémiologie de ce motif de recours.

Épidémiologie de la douleur abdominale

La douleur abdominale est un symptôme affectant toutes les populations, quel que soit leur âge ou leur sexe. (1) Dans notre étude, la moyenne d'âge de cette pathologie se situe aux alentours de 44 [±21] ans et nous avons retrouvé une majorité de patients de moins de 65 ans consultant pour douleur abdominale (80 %). Ces données sont compatibles avec celles retrouvées dans l'étude de Cervellin et al. avec un âge moyen de 49 ans pour les deux genres. (1) (9)

On observe que la durée de séjour des patients âgés est allongée par rapport aux patients plus jeunes. Elle est en moyenne de 7h27 [±05h40] contre 5h13 [±03h33] chez les moins de 65 ans. Les pathologies intriquées, les comorbidités notamment vasculaires et la pauvreté des signes cliniques chez la personne âgée compliquent la prise en charge. Cette population va d'autant plus nous faire recourir à une imagerie (10), une thérapeutique chirurgicale et à une hospitalisation et par conséquent entraîner une durée de prise en charge aux urgences plus longue. (1) (11) (12)

Dans la littérature, on constate que le genre n'est pas discriminant. Il n'est pas retrouvé de différences dans les étiologies ou les indications chirurgicales entre un homme et une femme. (13) (14)

Dans notre étude, on observe que la douleur abdominale a une prédominance féminine peu marquée, avec 10 % de femmes supplémentaires. (1) Cela aurait pu s'expliquer par l'existence de pathologies gynécologiques, mais nous ne retrouvons pas d'étiologies gynécologiques dans les 4 diagnostics principaux. Les mêmes antécédents hépato-gastroentérologiques et chirurgicaux digestifs sont retrouvés entre les hommes et les femmes. Cependant, dans l'analyse des délais de prise en charge de notre étude, la durée moyenne de séjour des femmes est raccourcie d'environ 40 minutes par rapport à celle des hommes.

L'existence d'antécédents de chirurgie digestive ou hépato-gastroentérologiques, augmentent le risque d'hospitalisation. On observe 64 % d'hospitalisations si des antécédents de chirurgie digestive étaient retrouvés, et 65 % en cas d'antécédents hépato-gastroentérologiques.

Les étiologies des douleurs abdominales sont très nombreuses, allant de la pathologie digestive à extradigestive. Nous avons décidé dans notre étude d'exclure les pathologies extradigestives, et traumatiques pour nous concentrer sur la prise en charge de la sphère digestive pure, ses examens complémentaires, et ses intervenants. (2)

Dans notre étude, les patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale nécessitent autant un parcours de soin dans un secteur dit court CMCT/UA (49 %), que dans un secteur dit long AMCT/AMT (50 %). Ces résultats marquent l'hétérogénéité des présentations cliniques.

Dans le secteur AMCT/AMT, la durée de séjour est de 06h21 [+/-04h47] et les patients y bénéficient de plus d'examens complémentaires (92 % de prescription de biologie, 43 % de prescription d'imagerie). Dans le secteur CMCT/UA, la durée de séjour est réduite à 04h58 [+/-03h17]. On retrouve tout de même 62% de prescription de biologie, et 23 % de prescription d'imagerie. On explique ces différences de prise en charge par des présentations cliniques moins sévères, et des étiologies ne nécessitant pas d'examen complémentaires.

En secteur dit « long », les patients sont fréquemment polyopathologiques, plus âgés, et présentent des tableaux cliniques aggravés par rapport à ceux retrouvés en secteur dit « court ». En effet, nous retrouvons dans le secteur « long », des diagnostics principaux de type pyélonéphrite aigue, occlusion intestinale, et sigmoïdite.

Dans la littérature, les étiologies les plus fréquemment observées sont les douleurs abdominales non spécifiques (DANS), la colique néphrétique, l'appendicite aigue, les lithiases biliaires, l'occlusion intestinale, la pancréatite aigüe et les diverticulites. (1) (15) Des résultats concordants avec notre étude où l'on retrouve en première position les douleurs abdominales non spécifiques (23,5 %), suivies par la colique néphrétique (7 %), l'épigastralgie (6 %) et l'appendicite aigüe (5 %).

Même si les DANS restent le diagnostic de recours principal quelque soit le secteur de soin, il existe des différences dans les pathologies retrouvées entre les secteurs CMCT/UA et AMCT/AMT. Mais les étiologies restent hétérogènes dans les 2 secteurs, allant de la pathologie médicale (épigastralgie, sigmoïdite, pyélonéphrite aigue, etc.) à chirurgicale (appendicite aigue, syndrome occlusif, etc.).

Le diagnostic de douleur abdominale non spécifique est fréquent, avec une prévalence dans la littérature d'environ 35 % (15). Les DANS sont des douleurs abdominales non étiquetées pour lesquelles aucune cause grave ou définitive n'est établie. La physiopathologie n'est pas connue et l'annonce diagnostique est compliquée, n'existant pas d'explications claires à fournir au patient. Elles sont bien soulagées par les antalgiques simples, mais peuvent être récidivantes. (16)

Certaines études toulousaines en cours tendent à montrer qu'une douleur isolée sans signes fonctionnels, diffuse ou indéterminée à l'examen clinique, serait plus à risque d'être une douleur abdominale non spécifique ne nécessitant probablement ni prélèvements biologiques ni examen d'imagerie sauf si le patient a plus de 75 ans, du fait de la pauvreté de son examen clinique.

Dans notre étude, 26 % des patients sont hospitalisés. Ce taux est supérieur à ceux retrouvés dans la littérature, notamment dans l'étude de Cervellin et al. où seulement 16,57 % des patients sont hospitalisés pour ce motif. (1) Nous avons observé que lorsqu'un patient est hospitalisé, il bénéficie dans 95 % des cas d'une biologie, dans 72 % des cas d'une imagerie, et dans 81 % des cas d'un avis spécialisé. Ce qui explique l'allongement de la durée de séjour chez ces patients présentant une clinique et/ou une étiologie plus sévère que les patients non hospitalisés.

Dans notre étude, la durée moyenne de séjour du patient hospitalisé est de 07h53 [±03h33], contre 04h53 [±03h33] si celui-ci rentre au domicile, soit une réduction du délai de prise en charge de 3 heures. Dans les études sur les séjours aux urgences sur toutes les pathologies confondues, un des critères rapportés prolongeant la durée de séjour est la décision d'hospitalisation, qui induit une durée médiane de séjour de 04h15, contre 2h si le patient rentre au domicile. Ces délais sont inférieurs à ceux retrouvés dans notre étude. (12) (17)

Enfin, nous avons noté quelques différences dans la prise en charge d'une douleur abdominale entre les hôpitaux de Purpan et Rangueil.

On constate un recrutement de patients plus âgés à l'hôpital Rangueil (30 % de patients de plus de 65 ans contre 12 % à l'hôpital Purpan ($p < 0,05$), et une moyenne d'âge de 50 [±23] ans contre 39 [±19] ans à l'hôpital Purpan). Ces patients étant le plus souvent polyopathologiques, avec des présentations cliniques plus sévères et frustrées. On n'observe pas de différence significative dans la prescription d'imagerie, mis à part celle du couple « Echographie abdominale/TDM abdominopelvien » qui est plus souvent prescrite à Purpan (18 %) qu'à Rangueil (9 %) ($p < 0,05$). Il n'y a pas de différence significative dans la demande d'avis spécialisés entre l'hôpital de Purpan et de Rangueil. Le recrutement de patient plus âgés à Rangueil n'affecte donc pas la demande en examens complémentaires.

Par ailleurs, on constate que le délai entre le prélèvement de la biologie et de l'imagerie, est réduit d'une heure environ à l'hôpital de Rangueil (03h30 [±03h11] versus 04h26 [±01h58] à Purpan ($p < 0,05$)).

La durée de séjour est augmentée d'une heure à Rangueil (une moyenne de 06h12 [±05h06] contre 05h13 [±03h06] à Purpan ($p < 0,05$)). Cette légère différence de délai peut s'expliquer par la

typologie des patients. Concernant les délais de prise en charge, on retrouve donc peu de différences entre ces deux hôpitaux.

Prise en charge d'une douleur abdominale aux urgences

L'examen clinique, une étape cruciale dans la démarche diagnostique

L'une des étapes primordiales de la prise en charge diagnostique est l'anamnèse associée à l'examen physique du patient. (18)

Ils ont été démontrés comme étant des outils diagnostiques puissants (19), qui seront souvent confortés par la biologie et l'imagerie.

L'intérêt des examens complémentaires

La prescription de biologie est une quasi constante dans la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë. Elle est réalisée dans 77 % des cas dans notre étude. Elle est un outil d'aide au diagnostic puissant mais non suffisante à elle seule pour établir un diagnostic précis et prédire la gravité de l'affection. (20)

On observe que lorsqu'une biologie est prescrite, la lipasémie est réalisée dans 60 % des cas alors que nous retrouvons dans seulement 3 % des cas le diagnostic de pancréatite aiguë.

L'épigastrie (6 %), la pancréatite aiguë (3 %), la gastrite aiguë (3 %) et la douleur de l'hypochondre droit (3 %) devraient être les seules situations où la lipasémie est prescrite.

Il apparaît nécessaire de limiter la prescription d'un examen biologique, certes peu coûteux (environ 2,50 euros), mais dont la répétition à l'échelon national augmente sensiblement les dépenses de santé sans aucun retentissement sur la qualité de prise en charge. (21)

Des outils complémentaires sont disponibles pour nous aider à la prise en charge. L'utilisation croissante de l'imagerie (et notamment du TDM) permet de diagnostiquer un grand nombre de pathologies, dont les étiologies chirurgicales. (1)

Cependant, on constate que le TDM est un examen difficile à obtenir. Dans l'organisation hospitalière, l'indication doit être validée par le radiologue après une négociation qui peut s'avérer compliquée. Cet examen n'est pas réalisable au lit du patient donc celui-ci doit être déplacé et stable hémodynamiquement. Les délais d'obtention sont long car il n'existe souvent qu'un seul scanner dans

les hôpitaux (coût, manutention, etc.). Dans notre étude, à partir de l'instant où un TDM rentre dans la prise en charge, les délais sont allongés.

En effet, entre l'admission et la réalisation d'une imagerie, on retrouve en moyenne 4h48 [+/-02h54] d'attente. Une durée pendant laquelle le patient attend dans le box des urgences, complètement ou partiellement soulagé par le traitement médicamenteux administré, sans avoir encore eu accès au traitement étiologique spécifique. De plus l'avis spécialisé n'est généralement pris ou définitif qu'après la réalisation de l'imagerie.

Une fois obtenu, le TDM abdominopelvien présente plusieurs avantages. Tout d'abord, il nous permet d'objectiver de façon très précise l'atteinte digestive et rénale (22). Il est réalisé dans 40 % des cas dans notre étude. Nos résultats sont supérieurs à ceux de l'étude de Caporale et al., réalisée en 2013, où l'on retrouve une prescription dans seulement 16,3 % des cas. (9) Cette augmentation de réalisation de TDM peut s'expliquer par une meilleure accessibilité à cet examen de nos jours.

En gynécologie et dans les atteintes pelviennes en général, l'échographie abdominopelvienne est l'examen de première intention avant le TDM abdominopelvien. (23)

Dans le secteur AMCT/AMT, le TDM abdominopelvien est réalisé préférentiellement (45 %) et retrouve des pathologies telle que la sigmoïdite, la pyélonéphrite aigue, l'occlusion intestinale. Des étiologies pour lesquelles le scanner a prouvé son intérêt diagnostique. (22)

Il est presque autant utilisé dans le secteur CMCT/UA (33 %) où les pathologies telles que la colique néphrétique, l'appendicite aigue, peuvent nécessiter un examen scanographique afin d'évaluer la gravité de l'atteinte et ses complications. L'utilisation de l'échographie abdominale (32 %) dans le secteur CMCT/UA est retrouvée comme équivalente au TDM, avec une utilisation dans 20 % des cas du couple Echographie abdominale/TDM abdomino-pelvien.

Dans notre étude, on constate que dans 13 % des cas aux urgences du CHU de Toulouse, le couple Echographie abdominale/TDM abdomino-pelvien était utilisé. Cette association se révèle comme étant la plus judicieuse, car elle permet d'avoir accès rapidement à l'échographie (une médiane d'accès de 01h18 est retrouvée dans la littérature avec cette association). (24) Cet examen permet d'objectiver de nombreuses pathologies avec une bonne sensibilité et spécificité. Si avec l'échographie, le diagnostic vers lequel nous nous orientons est éliminé, alors le TDM n'aura pas d'intérêt, et cette hiérarchisation de l'imagerie aura permis de ne pas irradier le patient et d'accélérer sa prise en charge. (25) S'il est nécessaire de réaliser un TDM en addition à l'échographie, on retrouve dans la littérature des délais d'accès au TDM raccourcis par rapport à une demande de TDM seul. (24) Nous n'avons pas étudié ces chiffres dans notre étude.

Dans la pratique courante, une échographie est facilement demandée car non irradiante, et facile à réaliser (faible coût, facilité de la mise en œuvre, imagerie en temps réel, nature non invasive et absence d'effets biologiques néfastes). (23) Elle est demandée dans des 26 % des cas dans notre étude.

Nos résultats sont plus faibles que ceux retrouvés dans l'étude de Caporale et al., où l'échographie était prescrite dans 43,9 % des cas. (9)

Dans certaines étiologies elle surpasse même la sensibilité du TDM abdominopelvien (visualisation des lithiases vésiculaires et rénales en fonction de leur localisation) avec une sensibilité pouvant aller jusqu'à plus de 96 %, et une spécificité proche de 100 %. L'échographie permet également d'identifier rapidement une étiologie chirurgicale grave dans les situations d'urgence vitale (hémopéritoine post-traumatique, grossesse extra utérine, rupture anévrisme aortique, etc.). On retrouve une sensibilité de 70 % dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës. (25)

Mais ces avantages sont malheureusement contrebalancés par de sérieux inconvénients. Ainsi, la sensibilité et la spécificité de l'échographie dépendent de multiples paramètres, y compris l'expérience de l'opérateur, le morphotype du patient et les conditions de réalisation de l'examen. (26)

Cet examen a donc ses limites et est fréquemment accompagné d'un TDM abdominopelvien afin d'approfondir l'étude diagnostique (sensibilité dans le diagnostic des douleurs abdominales aiguës qui s'élève à 89 %, visibilité des foyers infectieux profonds, prise de mesures possible, non opérateur dépendant, moins dépendant du morphotype du patient, etc.).

Le TDM présente également ses inconvénients : une irradiation du patient, et des limites dans sa réalisation (claustrophobie, insuffisance rénale compliquant l'injection de produit de contraste, etc.). (25) (27)

Certaines imageries ont été démontrées comme étant obsolètes, c'est le cas de l'ASP. Il n'a montré une efficacité relative que dans certains étiologies (couplé à l'échographie dans la colique néphrétique, ingestion de corps étrangers, niveaux hydroaériques du syndrome occlusif, fécalome, etc.), et n'est recommandé par l'HAS que dans la colite aiguë grave de la maladie de Crohn, la recherche d'une colectasie dans la rectocolite hémorragique, et dans la visualisation d'un corps étranger supposé ingéré. (28) (29)

Dans notre étude elle est réalisée dans 5 % des cas. Dans la littérature on la retrouve réalisée jusque dans 35,1 % des cas. (9)

Il est nécessaire de réduire au maximum les prescriptions de cet examen irradiant, en se limitant aux strictes indications, car celui-ci n'apporte pas de pertinence diagnostique assez fiable dans toutes les pathologies abdominales.

Réflexion autour de la mise en place d'une filière dédiée aux douleurs abdominales

Nos résultats confirment que la prise en charge aux urgences des douleurs abdominales est longue. La durée moyenne de séjour entre l'entrée et la sortie des urgences est de 5h39 [±04h08] pour un patient se présentant pour douleur abdominale.

Une durée de séjour de 9h12 [±05h13] est retrouvée si le patient bénéficie de tous les outils diagnostiques disponibles (clinique/biologie/imagerie/avis spécialisé).

Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la littérature. On retrouve dans l'étude de Cervellin et al, une durée de séjour moyenne de 06h15. (1)

Ces délais entraînent une lourdeur dans la prise en charge, des retards diagnostiques et thérapeutiques, une gestion de l'antalgie non optimale (3), une augmentation de la morbi-mortalité (4), une impatience, une incompréhension du patient qui consulte pour un soulagement rapide de sa douleur, et un coût des examens complémentaires non négligeable. (5) (6) (7)

Le bilan biologique est une constante dans le parcours de soin d'une douleur abdominale. Il ne fait aucun doute que celui-ci permet au professionnel de santé de s'appuyer sur des arguments concrets, associé à son expérience clinique et son anamnèse même s'il ne sert souvent qu'à confirmer un diagnostic déjà établi par la clinique et l'interrogatoire. (30)

Il est cependant insuffisant à lui seul pour poser un diagnostic très précis. (20) (31)

Dans notre étude, on retrouve un délai de 1h09 [±01h13] entre l'admission à l'accueil des urgences et le prélèvement de la biologie. Ce délai est similaire à ceux trouvés dans la littérature, en moyenne de 01h30. (7)

Même si la réalisation du prélèvement biologique peut être considérée comme rapide, il ne faut pas omettre qu'une heure de délai s'ajoutent afin d'obtenir les résultats.

L'indication du TDM abdominopelvien et la négociation avec le radiologue sont également souvent dépendants des résultats biologiques qui sont un argument de poids (syndrome inflammatoire dans la recherche d'une sigmoïdite, d'une pyélonéphrite aigüe, perturbation du bilan hépatique dans l'angiocholite, etc.). L'injection de produit contraste au TDM abdominopelvien étant tributaire de la fonction rénale du patient, l'indication d'injection ne pourra alors se poser que 2h après l'admission du patient.

Le gain de temps est le mot d'ordre dans un service d'urgence, que ce soit dans le cadre de la gestion du flux, de celle de l'antalgie, et afin d'éliminer au plus vite une étiologie urgente. Dans ce cadre, des protocoles de prélèvement de biologie par l'IOA à l'accueil ou dès l'entrée en box ont été créés dans

notre CHU. Ils permettent d'accélérer le prélèvement de la biologie par les IOA et les IDE selon certains critères. Mais le délai d'obtention des résultats de biologie reste incompressible et il semble peu réalisable à l'heure actuelle, de le réduire.

En moyenne, on observe qu'un patient bénéficiant d'une imagerie a une durée de séjour aux urgences de 8h53 [+/-05h10], contre 4h03 [+/-02h08] si aucune imagerie n'est prescrite. On retrouve des délais aussi longs dans l'étude de Wang et al., avec une durée médiane de 09h13 de l'entrée à la sortie des urgences si le patient bénéficiait d'un scanner. (24)

On peut difficilement protocoliser la prescription d'une imagerie, celle-ci n'étant pas anodine car irradiante, coûteuse, dépendante d'un opérateur entraîné, et devant être validée par un radiologue.

Une piste de réflexion pourrait être celle d'une unité dédiée au sein des urgences, permettant l'attente de l'examen d'imagerie dans une chambre ou un box surveillé, avec un personnel attaché à l'unité. Nous pourrions alors libérer des box d'examens aux urgences et permettre à ces patients de bénéficier de plus de confort, de calme et d'une surveillance rapprochée et protocolisée.

Il semble également intéressant de réfléchir à l'intérêt d'un scanner réservé au service des urgences. En effet, même si le caractère urgent d'une pathologie évaluée aux urgences permet d'être prioritaire dans l'ordre de passage aux scanner, cet outil est également fréquemment utilisé par les autres services de l'hôpital. Un scanner dédié permettrait un accès facilité à cet examen, que l'on retrouve utilisé dans 40 % des cas dans notre étude. Ces modifications permettraient une amélioration de la gestion du flux et une prise en charge plus rapide des patients consultant aux urgences.

L'avis du spécialiste concernant l'indication à une hospitalisation ou la possibilité de retour au domicile, est un outil primordial dans le devenir du patient. Ils interviennent souvent après les examens complémentaires.

Les spécialistes les plus concernés par cette pathologie sont les chirurgiens digestifs (36 %) et hépato-gastroentérologues (HGE) (25 %). Les services d'hospitalisation les plus retrouvés dans notre étude (hors hébergement, ou hospitalisations dans un service non étiqueté dans nos dossiers) sont la chirurgie digestive (6%), l'hépto-gastroentérologie (3%) et la gynécologie à l'hôpital Paul de Viguier (3%). Dans l'étude de Caporale et al., on retrouve des données similaires concernant les trois premiers secteurs d'hospitalisation (hospitalisation en chirurgie digestive dans 15,1 % des cas, et en hépato-gastroentérologie dans 17,4 % des cas), mais c'est en médecine interne que l'on retrouve le plus de patients (44,2%). On peut l'expliquer par une disponibilité des lits probablement supérieure dans ce service. (9)

Dans notre hôpital malgré une disponibilité 24h/24h des spécialistes, nous restons dépendants de l'activité globale du CHU car ils sont postés de garde aux urgences mais également dans leur service.

Il n'a pas été possible d'évaluer les délais d'attente d'obtention d'un avis spécialisé, l'heure de la demande et la réalisation de l'avis spécialisé n'étant jamais notifiée dans les dossiers. On retrouve dans certains dossiers l'heure à laquelle le spécialiste rédige son compte-rendu de passage aux urgences, mais ce n'est pas la majorité des cas.

Si un avis spécialisé était donné, la durée moyenne de séjour était allongée à 7h48 [±04h49] contre 4h38 [±03h19] sans avis demandé. Dans la littérature, on retrouve également un allongement de la durée de séjour si un avis spécialisé était donné. (12)

Une piste de réflexion pourrait être le détachement d'un spécialiste de la sphère abdominal (HGE, chirurgien digestif), dédié uniquement aux avis spécialisés des urgences et de l'hôpital et non en activité dans son service.

Limites de l'étude

Notre étude présente des limites. Elle est unicentrique, donc les résultats sont difficilement généralisables à d'autres territoires.

Elle est également rétrospective, avec un biais d'information au moment du recueil de données. Dans certains dossiers, ne figuraient pas certaines données telles que les antécédents de chirurgie digestive, d'hépatogastroentérologie, la demande d'un avis spécialisé, ou encore le nom du service d'hospitalisation (on retrouve 4 % de patients hospitalisés au CHU dans un service non spécifié dans le dossier). Nous n'avons également pas de données concernant l'heure à laquelle était demandée l'imagerie, l'heure à laquelle les brancardiers étaient contactés, celle à laquelle ils se présentaient au lit du patient, ainsi que celle à laquelle était demandé et réalisé l'avis spécialisé. Nous n'avons également pas de renseignements sur le délai entre la clôture informatique du dossier qui signait la fin de prise en charge, et celle où le patient arrivait dans le service d'hospitalisation d'aval.

Ces informations non retrouvées peuvent avoir altéré nos résultats.

CONCLUSION

Cette étude décrit la prise en charge globale des patients se présentant pour une douleur abdominale aux urgences.

Nous avons mis en évidence une durée moyenne de séjour de 05h39 [±-04h08] avec un délai de 01h09 [±-01h13] entre l'admission et le prélèvement d'une biologie, de 04h48 [±-02h54] entre l'admission et la réalisation d'une imagerie, et de 07h48 [±-04h49] entre l'admission et la sortie (hospitalisation ou retour au domicile) si un avis spécialisé était demandé.

Ces délais étant longs, cette première analyse incite à rechercher une solution destinée à améliorer la qualité de la prise en charge. Cette étude va permettre d'optimiser le parcours de soin du patient, avec la création d'une filière douleur abdominale comprenant une file d'attente destinée aux patients nécessitant un examen d'imagerie et/ou un avis spécialisé. Parallèlement, il pourrait être proposé l'installation d'un scanner et d'une ligne de garde de spécialistes hépato-gastroentérologues et chirurgiens digestifs dédiée uniquement à la prise en charge des patients des urgences.

Une amélioration de ce parcours ne pourra qu'être bénéfique pour le patient et la gestion du flux dans nos services d'urgence.



Toulouse, le 11/06/18

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



Professeur Sandrine CHARPENTIER
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Service des Urgences - Hôpital Rangueil
1, avenue du Pr Jean Poulhès - TSA 50032
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. 05 61 32 27 93

BIBLIOGRAPHIE :

1. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med.* sept 2016;4(19):362.
2. Abdullah M, Firmansyah MA. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. *Acta Medica Indones.* oct 2012;44(4):344-50.
3. Mills AM, Shofer FS, Chen EH, Hollander JE, Pines JM. The association between emergency department crowding and analgesia administration in acute abdominal pain patients. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* juill 2009;16(7):603-8.
4. Shen Y, Lee LH. Improving the wait time to consultation at the emergency department. *BMJ Open Qual.* janv 2018;7(1).
5. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med.* janv 2008;51(1):1-5.
6. Smith B, Bouchoucha S, Watt E. « Care in a chair » - The impact of an overcrowded Emergency Department on the time to treatment and length of stay of self-presenting patients with abdominal pain. *Int Emerg Nurs.* nov 2016;29:9-14.
7. Lee G, Smith S, Jennings N. Low acuity abdominal pain in the emergency department: still a long wait. *Int Emerg Nurs.* avr 2008;16(2):94-100.
8. Marshall J, Katzer R, Lotfipour S. Use of Physician-in-Triage Model in the Management of Abdominal Pain in an Emergency Department Observation Unit. *West J Emerg Med.* 2017 Feb;18(2):181–188

9. Caporale N, Morselli-Labate AM, Nardi E, Cogliandro R, Cavazza M, Stanghellini V. Acute abdominal pain in the emergency department of a university hospital in Italy. *United Eur Gastroenterol J.* avr 2016;4(2):297-304.
10. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, Gerson LW, Blanda M, Lewis LM. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med.* mai 2005;23(3):259-65.
11. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients. *Am Fam Physician.* 1 nov 2006;74(9):1537-44.
12. Kreindler SA, Cui Y, Metge CJ, Raynard M. Patient characteristics associated with longer emergency department stay: a rapid review. *Emerg Med J.* 1 mars 2016;33(3):194-9.
13. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A. Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *J Emerg Med.* sept 2010;39(3):275-81.
14. Banz VM, Christen B, Paul K, Martinolli L, Candinas D, Zimmermann H, et al. Gender, age and ethnic aspects of analgesia in acute abdominal pain: is analgesia even across the groups? *Intern Med J.* mars 2012;42(3):281-8.
15. Fagerström A, Paajanen P, Saarelainen H, Ahonen-Siirtola M, Ukkonen M, Miettinen P, et al. Non-specific abdominal pain remains as the most common reason for acute abdomen: 26-year retrospective audit in one emergency unit. *Scand J Gastroenterol.* 3 oct 2017;52(10):1072-7.
16. Raheja SK, McDonald PJ, Taylor I. Non-specific abdominal pain--an expensive mystery. *J R. Soc Med.* janv 1990;83(1):10-1.

17. Gardner RL, Sarkar U, Maselli JH, Gonzales R. Factors associated with longer ED lengths of stay. *Am J Emerg Med.* juill 2007;25(6):643-50.
18. Queneau P, Navez M-L, Peyron R, Laurent B. Introduction à la physiopathologie de la douleur. Applications aux douleurs viscérales. *EM.* févr 2008 ;27(3):59-67
19. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J.* mai 1975;2(5969):486-9.
20. Gans SL, Atema JJ, Stoker J, Toorenvliet BR, Laurell H, Boermeester MA. C-Reactive Protein and White Blood Cell Count as Triage Test Between Urgent and Nonurgent Conditions in 2961 Patients With Acute Abdominal Pain. *Medicine (Baltimore)* mars 2015;94(9).
21. Levy P. How to interpret amylase and lipase dosages ?. *Hepato-gastro et Oncologie digestive.* 2013 oct;20(8).
22. Rosen MP, Sands DZ, Longmaid HE, Reynolds KF, Wagner M, Raptopoulos V. Impact of abdominal CT on the management of patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain. *AJR Am J Roentgenol.* mai 2000;174(5):1391-6.
23. Asch E, Shah S, Kang T, Levine D. Use of pelvic computed tomography and sonography in women of reproductive age in the emergency department. *J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med.* juill 2013;32(7):1181-7.
24. Wang DC, Parry CR, Feldman M, Tomlinson G, Sarrazin J, Glanc P. Acute Abdomen in the Emergency Department: Is CT a Time-Limiting Factor? *Am J Roentgenol.* 20 nov 2015;205(6):1222-9.

25. Laméris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JPM, van Ramshorst B, Bouma WH, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *The BMJ*. juin 2009;338.
26. Netgen. L'ultrasonographie dans les urgences abdominales. *Revue Médicale Suisse*. mai 2018.
27. Impact de la tomodensitométrie faible dose sur le diagnostic et la prise en charge des coliques néphrétiques aux urgences. *Prog Urol*. 2010,20(9):633-637
28. Kellow ZS, MacInnes M, Kurzencwyg D, Rawal S, Jaffer R, Kovacina B, et al. The role of abdominal radiography in the evaluation of the nontrauma emergency patient. *Radiology*. sept 2008;248(3):887-93.
29. Loo JT, Duddalwar V, Chen FK, Tejura T, Lekht I, Gulati M. Abdominal radiograph pearls and pitfalls for the emergency department radiologist: a pictorial review. *Abdom Radiol N Y*. avr 2017;42(4):987-1019.
30. Paley L, Zornitzki T, Cohen J, Friedman J, Kozak N, Schattner A. Utility of Clinical Examination in the Diagnosis of Emergency Department Patients Admitted to the Department of Medicine of an Academic Hospital. *Arch Intern Med*. 8 août 2011;171(15):1393-400.
31. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, Group OB of the ES. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. *Dig Surg*. 2015;32(1):23-31.

AUTEUR : Morgane SENETTE

TITRE : DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE DES DOULEURS ABDOMINALES AUX URGENCES. ETUDE OBSERVATIONNELLE RETROSPECTIVE REALISEE SUR 519 PATIENTS AGES DE PLUS DE 15 ANS VENUS AUX URGENCES DU CHU DE TOULOUSE (RANGUEIL ET PURPAN) EN DECEMBRE 2016.

DIRECTEUR DE THESE : Dr Maria Ligia MILAN LADOUSSE

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 6 juillet 2018

Introduction : La douleur abdominale est un motif de consultation fréquent aux urgences, regroupant de multiples étiologies, qu'elles soient chirurgicales ou médicales, avec une démarche diagnostique faisant intervenir des outils cliniques, biologiques, d'imagerie, et l'avis de spécialistes médicaux et chirurgicaux.

Objectif : Décrire les délais entre chaque étape de la prise en charge, chez un patient se présentant pour douleur abdominale aux urgences de Toulouse en décembre 2016. L'objectif secondaire étant d'étudier l'épidémiologie des patients, des examens complémentaires utilisés, des étiologies, et du devenir des patients consultant pour une douleur abdominale.

Matériels et Méthodes : Etude épidémiologique, observationnelle, rétrospective, unicentrique au CHU de Toulouse dans le service des urgences des hôpitaux de Purpan et Rangueil, sur une période de 1 mois en décembre 2016.

Résultats : Nous avons inclus 519 patients, avec une moyenne d'âge de 44 [±21 ans] se présentant pour une douleur abdominale non traumatique, sans différences retrouvées selon le sexe, ou sur la notion d'antécédents de chirurgie digestive ou d'hépto-gastroentérologie. Dans 77 % des cas ils bénéficiaient d'une biologie, 33 % d'une imagerie préférentiellement de type TDM abdominopelvien (40 %), et 33 % d'un avis spécialisé. Nous avons mis en évidence une durée moyenne de séjour de 05h39 [±04h08] avec un délai de 01h09 [±01h13] entre l'admission et le prélèvement d'une biologie, de 04h48 [±02h54] entre l'admission et la réalisation d'une imagerie, et de 07h48 [±04h49] entre l'admission et la sortie (hospitalisation ou retour au domicile) si un avis spécialisé était demandé.

Conclusion : Cette étude permet de réfléchir à une optimisation du parcours de soin, en proposant la création d'une filière d'attente destinée aux patients nécessitant un examen d'imagerie et/ou avis spécialisé, celle de l'obtention d'un scanner dédié au service des urgences, et la mise en place d'une ligne de garde uniquement dédiée aux avis spécialisés de l'hôpital par les hépto-gastroentérologues et chirurgiens digestifs. Une amélioration de ce parcours ne pourra qu'être bénéfique à la prise en charge du patient et à la gestion du flux aux urgences.

Mots clés : Douleur abdominale, urgence, délais, épidémiologie

TITLE : Description of the management of care for abdominal pain in emergency services. Observational retrospective study on 519 patients over 15 years old visiting the emergency services of CHU Toulouse (Rangueil and Purpan) in December 2016.

Introduction : Abdominal pain is a principal cause of visits in emergency department, including multiple etiologies, surgical or medical, with a diagnostic approach bringing in clinical, biological tools, imaging, and advices of medical and surgical specialists.

Objectives : Describing the delay between every stage of the care, for a patient visiting for abdominal pain at the emergencies department of Toulouse in December, 2016. The second goal is to study the epidemiology of patients, complementary examinations, etiologies, and the future of patients consulting for an abdominal pain.

Materials and Methods : Epidemiological, observational, retrospective, single-center study in the CHU of Toulouse in the emergency department of the hospital Purpan et Rangueil, over a period of 1 month in December, 2016.

Results : We included 519 patients, with an average age of 44 [±21 years] visiting for a non-traumatic abdominal pain, without differencing genders, or any previous digestive surgeries or hepatogastroenterology. In 77 % of the cases they received a blood-test, 33 % an imaging, preferably of abdominopelvien CT-scan (40 %), and 33 % of a specialised advice. We highlighted an average duration of stay of 05h39 [±04h08] with a delay of 01h09 [±01h13] between the admission and the taking of a blood-test, of 04h48 [±02h54] between the admission and the completion of an imaging, and of 07h48 [±04h49] between the admission and the exit (hospitalization or return home) if a specialised advice was required.

Conclusion : This study allows to think about an optimisation of the route of care, by suggesting the creation of a sector of wait intended for the patients requiring an examination of imaging and/or specialised advice, the obtention of a dedicated CT-scan in the service of emergencies, and implementation of a specific on-call service for specialised advice of hospital by the hepato-gastroenterologists and the digestive surgeons. An improvement of this route could only be beneficial for the care of patients and the management of the emergencies flow.

Key words : Abdominal pain, emergency, delay, epidemiology

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de médecine Rangueil - 133 route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex 04 - France