UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2021 2021 TOU3 1632

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Tom BENGUIGUI

le 1er octobre 2021

LES FACTEURS PRÉDICTIFS DE RECONSULTATION PRÉCOCE AUX URGENCES POUR DOULEUR ABDOMINALE

Directeur de thèse : Pr Dominique LAUQUE

JURY

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Président
Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE	Assesseur
Monsieur le Professeur Vincent BOUNES	Assesseur
Monsieur le Docteur Xavier DUBUCS	Assesseur
Monsieur le Docteur Frédéric BALEN	Assesseur
Monsieur le Docteur Albert ATTALI	Membre Invité

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER
Université de Toulouse
FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier

au 1er septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

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

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE **Doyen : Didier CARRIE**

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

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence
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 Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
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. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRAON Anne

Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière

Mme MALAVAUD Sandra

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : Elie SERRANO**

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

M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
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
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
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 Elie (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

P.U. - P.H.
2ème classe

M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31000 Toulouse

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI 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. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL 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	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
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. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

15/10/ 2019

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie d'avoir pu me former à la médecine d'urgence à Toulouse, à travers ce D.E.S. que vous encadrez et qui nous permet d'évoluer au mieux tout au long de notre internat.

A Monsieur le Professeur Dominique LAUQUE,

Je vous remercie d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Vous m'avez conseillé, aidé, et encadré tout au long ce travail. Votre bienveillance et votre expérience m'ont permis de réaliser ce projet qui me tenait à cœur. Je vous prie d'accepter toute ma reconnaissance pour cela.

A Monsieur le Professeur Vincent BOUNES,

Je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Merci également pour votre implication au SAMU 31, qui participe à la formation de qualité du D.E.S. de médecine d'urgence de Toulouse.

A Monsieur le Docteur Xavier DUBUCS,

Tu as su m'éclairer sur certains points de mon étude, et ton aide pour la réalisation des statistiques et pour la préparation de ma soutenance m'a été très précieuse. Je t'en remercie vivement. Merci de participer à mon jury de thèse, et d'accepter de juger mon travail.

A Monsieur le Docteur Frédéric BALEN,

Je te remercie d'assister et d'évaluer mon travail de thèse. Ton implication au sein du D.E.S. et de notre formation a grandement participé à la qualité de mon apprentissage et de ma pratique.

A Monsieur le Docteur Albert ATTALI,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Depuis tout petit, je te considère comme ma famille, mon tonton Alberto brésilo-parisien ! Les boutades et moments joyeux partagés sont légion, et te présenter aujourd'hui ce projet qui est l'aboutissement de mes études est un grand honneur.

A tous les médecins et maîtres de stage de Toulouse, de Carcassonne, et de Cahors, qui m'ont accueilli dans leurs services respectifs, je tiens à vous témoigner de ma gratitude pour votre implication et pour tout ce que vous avez pu me transmettre.

REMERCIEMENTS

A mes parents Philippe et Audrey,

Vous avez toujours tout fait pour mon bonheur, m'avez soutenu, encouragé, et guidé pendant ces 28 années. Votre amour inconditionnel et votre confiance indéfectible ont été les piliers de mon épanouissement, et m'ont permis d'en arriver là où je suis aujourd'hui. Ma réussite, c'est d'abord la vôtre. Maman, toujours présente, bienveillante, et de bons conseils, tu as toujours su m'apporter ce dont j'avais besoin. Et même à distance, tu as réussi à me donner l'impression d'être à la maison. Papa, tu es mon modèle depuis tout petit, et tout le monde nous compare, pas que physiquement, et j'en suis fier. Tu as toujours été là pour moi, tu n'as même jamais hésité à m'accompagner dans mes aventures footballistiques, qu'il pleuve, qu'il vente, ou que ce soit à des centaines de kilomètres ! Les mots ne sont pas assez forts pour vous dire à quel point j'ai de la chance de vous avoir. Je vous aime.

A mon frère Danell,

Tu as beau être mon petit frère, tu es un modèle pour moi dans beaucoup de domaines, et tes conseils avisés sont toujours importants pour moi. Tous les moments complices que nous avons passés sont précieux à mes yeux, et vont continuer peu importe la distance. Et comme nous avons beaucoup de points communs, je ne serai pas le seul à faire une thèse ! J'ai déjà hâte de voir ce grand moment. Je t'aime fort.

A Mamy Josette et Papy Claude,

Mamy, les premiers mots qui me viennent à l'esprit sont ta gentillesse, ton amour, ton dévouement, et tes bons petits plats depuis tout petit. Et contrairement à ce que l'on dit, ce n'est jamais trop ! Je n'ai pas assez de mercis à te dire pour tout ça. Je t'aime fort.

J'ai une pensée émue pour Papy, qui aurait je suis sûr tant aimé partager ce moment avec nous. J'espère que tu es fier de moi de là où tu es. Je ne t'ai trouvé qu'un unique défaut : ne pas m'avoir laissé gagner au Monopoly quand j'étais petit ! Ta gentillesse, ta générosité, tes allers-retours le midi pendant ma scolarité, et les merveilleux moments passés ensemble me manquent cruellement.

A Mamy Jeanne et Papy René,

Mamy, merci pour tes encouragements pendant mes études. Je garde en mémoire toutes ces fêtes passées ensemble, depuis tout petit, sans oublier ces parties de cartes endiablées.

J'ai une pensée émue pour Papy, également, qui croyait tellement en moi, et qui a toujours été bienveillant avec moi. J'espère que tu es fier de moi.

A mes oncles et tantes Eric et Annie-Claire, Michel, Hélène et David, à mes cousins Mike et Clothilde, Célia, Pascal, Daniel, Julien et Emmanuel, sans oublier mes petits cousins Hannah, Louis et Oscar, merci pour tous ces bons moments avec chacun de vous que je garde en souvenir, que ce soit au stade, au babyfoot, au ping-pong, à FIFA, à la pêche, pendant nos vacances, et encore tant d'autres !

REMERCIEMENTS

A Marjory, tu m'apportes joies et bonheur depuis plus d'un an, et heureusement que je t'ai eue à mes côtés pour me soutenir au quotidien dans mes stages, et tout au long de la rédaction de ma thèse. Ta gentillesse et ton sourire que je retrouve le soir effacent systématiquement l'épuisement et le poids d'une journée compliquée en stage ou mes doutes devant des difficultés pour ma thèse. Je t'aime.

A Robby et Sheyne. Robbyco, on se connaît depuis nos 2 ans, et nous avons tout fait ensemble : l'école, les fins d'après-midi jeux-vidéos, les sorties en boîte, la fac de médecine, où l'on s'est suivi de près tout le long, jusqu'à cet ECN passé encore ensemble ! Sans oublier les soirées décompression avec tes burgers maison et les parties de Playstation ! Tu es un ami en or. A vrai dire, tu n'es pas un ami, mais un frère pour moi. Sheyne, si j'ai pu te coacher et t'encadrer en P1, tu as de ton côté pu me conseiller pour tellement de choses, et toujours avec justesse ! Tu es quelqu'un de génial, et je n'attends plus qu'une seule chose, pouvoir faire la fête comme jamais à votre mariage !

A Chris, depuis cette terminale au Lycée à Monaco, à cet internat à Toulouse, avec toutes ces années d'études ensemble, on en a vécu de belles soirées, calcetto, tops 1, et débats foot ! Merci #Coloc

A mes amis de la Dream Team : Guillaume, Amélie, Bence, Emma, Nico, Maëva, Céline, Alex, Claire, Koko, Mosser, Tanguy, Kévin, et Julie, vous êtes pour moi comme une petite famille, et j'ai tellement de bons souvenirs avec chacun d'entre vous et tous ensemble ! En vrac, le Black Legend, la Corse et la Via Notte, SuperCassis, les calcetto, les tournois FIFA, et j'en passe. LTL les fratés.

A la Team Fortnite : Chris, Romain, Gwenn, LC, Albert et Gildas, Tellement de tops 1 à notre actif, mais tellement plus depuis 3 ans, merci de partager les meilleurs moments de ces années avec moi !

A mes amis de l'internat mignon de Rangueil et de la RCP Charo, merci à tous pour ces souvenirs magnifiques, et d'avoir ébloui ces années d'internat de toutes ces soirées, 7 to 1 qui finissent à 5h du mat', Pool parties, BBQ, les parties de Sardine, et toutes ces merveilles sur Pokemon Gow !

A mes amis de promo de DESMU, merci pour ces années à bosser ensemble, avec ces parties de Dobble en pédia, mais surtout à profiter ensemble, que ce soient les soirées de séminaire où les bars de Toulouse n'ont plus de secret pour nous, ou les soirées des Lumières déjantées avec Mathilde, Victor, Gwen, Marie, Victor, Manon, et Maxime.

A Claude et Albert, Françoise et Ralph, Pascale, Pierre et Léa, Martine et Henri, merci de votre soutien depuis le début de mes études, et un énorme merci d'avoir fait le déplacement pour célébrer tout ça avec moi !

A mes co-internes de Carcassonne et de Cahors, merci pour ces stages rendus encore meilleurs, et pour ces beaux souvenirs en dehors.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS **2**

1. INTRODUCTION **3**

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE **5**

2.1. Type d'étude **5**

2.2. Population d'étude **5**

2.2.1. Critères d'inclusion 5

2.2.2. Critères de non inclusion 5

2.3. Critère de jugement **5**

2.4. Facteurs prédictifs étudiés **6**

2.5. Variables étudiées lors du retour **7**

2.6. Nombre de sujets nécessaires **7**

2.7. Modalités éthiques **8**

2.8. Recueil de données **8**

2.9. Méthode statistique **9**

3. RÉSULTATS **10**

3.1. Population d'étude **10**

3.2. Analyse des facteurs prédictifs de reconsultation précoce aux urgences **13**

4. DISCUSSION **18**

5. CONCLUSION **24**

6. BIBLIOGRAPHIE **25**

7. ANNEXES **28**

RÉSUMÉ (Anglais) **32**

RÉSUMÉ (Français) **33**

ABRÉVIATIONS

DANS : Douleur abdominale non spécifique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

EN : Échelle numérique (de l'intensité de la douleur)

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée des urgences

IOA : Infirmière d'orientation et d'accueil

CRU : Compte-rendu des urgences

RGO : Reflux gastro-œsophagien

UGD : Ulcère gastro-duodénal

MICI : Maladie inflammatoire chronique de l'intestin

TFI : Troubles fonctionnels intestinaux

OR : Odds Ratio

IC95% : Intervalle de confiance à 95%

GEA : Gastroentérite aiguë

TIA : Toxi-infection alimentaire

TIAC : Toxi-infection alimentaire collective

ORL : Oto-rhino-laryngologie

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

1. INTRODUCTION :

Les douleurs abdominales non traumatiques représentent, en France, l'une des principales causes de consultation des services d'urgence chaque année. Elles concernent environ 10% des motifs de consultation aux urgences (1–3).

Les étiologies possibles sont multiples et très variées (annexe 1), et la gravité peut varier d'une pathologie bénigne à une pathologie menaçant le pronostic vital. Cette multiplicité des étiologies et de la gravité les rend difficiles à prendre en charge aux urgences. Le médecin urgentiste, en plus de prendre en charge chaque patient individuellement, a également en charge la gestion du flux. Ainsi, la recherche d'un diagnostic précis aux urgences n'est pas toujours nécessaire ou réalisable, lorsque celui-ci n'est pas évident et qu'il n'y a pas de critère de gravité. Le rôle du médecin urgentiste est souvent de rechercher, ou d'éliminer, des pathologies graves ou nécessitant une prise en charge en urgence. La plupart des patients ressortent sans diagnostic précis, comme celui de « douleurs abdominales non spécifiques » (DANS), malgré la présence possible d'une pathologie spécifique sous-jacente (4,5).

Les patients consultent aux urgences avec des présentations cliniques et anamnestiques très variées. Un interrogatoire bien mené, et un examen clinique approfondi, permettent le plus souvent d'orienter le praticien vers une ou plusieurs hypothèses diagnostiques. Il dispose également de plusieurs outils à sa disposition pour confirmer ou infirmer certains diagnostics : les bilans biologiques, la réalisation d'une imagerie (échographie abdomino-pelvienne ou scanner abdomino-pelvien selon les situations), sans oublier la possibilité de solliciter l'avis d'un spécialiste selon les centres, ce qui est le cas au CHU de Toulouse.

Certains patients consultent plusieurs fois aux urgences pour le même motif en peu de temps, en particulier pour les douleurs abdominales (3,6,7). D'après une revue de littérature sur les retours précoces aux urgences, le taux de retours aux urgences augmente avec la durée de la période analysée, avec respectivement 2,1%, 6,8%, et 20% de retours en 2 ou 3 jours, 7 jours, et 30 jours (8).

Les reconsultations aux urgences sont souvent associées à un retard de diagnostic, à des complications (6,9–11), ainsi qu'à une augmentation du taux d'hospitalisation comparé

à un premier passage aux urgences (12). Les études sont souvent orientées sur les reconsultations aux urgences suivies d'hospitalisation. Or, les reconsultations pour même motif, que le cas nécessite une hospitalisation ou non, rajoutent du flux et de l'encombrement aux urgences, qui sont déjà conséquents et augmentent chaque année (12,13), ainsi qu'un surcoût excessif (14).

De plus, la plupart des études sur les retours précoces étudient le taux de retour à 72h, communément défini comme marqueur de qualité des soins, gestion des risques, pour dépister et caractériser des événements indésirables associés aux soins (8,15,16). Les études concernent aussi parfois les reconsultations à 48h ou à 1 mois (14), mais très peu analysent les retours sur 1 semaine (8).

La douleur abdominale est un motif fréquent de reconsultation aux urgences (7), en particulier chez les patients présentant une lithiase biliaire (6) ou lorsqu'une pathologie spécifique n'est pas identifiée, le patient quittant alors les urgences avec le diagnostic de DANS (17). Les diagnostics erronés sont une cause fréquente de retour précoce chez les patients ayant consulté aux urgences pour douleur abdominale (9). Les facteurs de risque de retour précoce n'ont pas été étudiés pour identifier des caractéristiques liées aux patients, à leur pathologie aiguë, ou à leur prise en charge qui permettraient d'être plus vigilant avant de faire sortir ces patients des urgences.

Objectif de l'étude

Nous avons étudié les patients revenus aux urgences dans les 7 jours suivant un premier passage non suivi d'hospitalisation pour douleur abdominale non traumatique afin de rechercher les facteurs de risque de retour, qu'ils soient démographiques, anamnestiques, cliniques, ou liés à la prise en charge initiale au CHU de Toulouse.

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE

2.1. Type d'étude :

Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique sur les services d'urgences adultes du CHU de Toulouse aux hôpitaux de Purpan et de Rangueil, sur la période du 1er juin 2019 au 9 juillet 2019 inclus.

2.2. Population d'étude :

2.2.1. Critères d'inclusion :

Nous avons inclus tous les patients de plus de 15 ans admis aux urgences adultes du CHU de Toulouse, hôpitaux de Purpan et de Rangueil, se présentant pour une douleur abdominale, non traumatique, et non hospitalisés après leur passage aux urgences.

2.2.2. Critères de non inclusion :

Lors du passage aux urgences (passage index), nous n'avons pas inclus les patients de moins de 15 ans, les femmes enceintes, les douleurs abdominales dans un contexte traumatique, et les patients hospitalisés après leur passage.

Les patients dont l'analyse du dossier ne confirmait pas le motif d'entrée pour douleur abdominale n'étaient pas inclus.

Concernant les patients sortis contre avis médical, nous les avons inclus dans l'étude si leur compte-rendu des urgences était complet et qu'il y avait seulement un refus d'examen complémentaire ou une sortie avant fin de surveillance. Nous n'avons pas inclus les patients sortis avant le premier contact médical, pour lesquels le compte-rendu des urgences était vierge.

2.3. Critère de jugement :

Le critère de jugement était la présence d'un deuxième passage aux urgences, pour le même motif que le passage index, dans les 7 jours à compter de la sortie des urgences.

Ce délai de 7 jours a été choisi pour augmenter le taux de retour par rapport aux 3 jours habituels des études sur la qualité de soins (8,15,16).

Lors du deuxième passage, nous n'avons pas pris en compte les patients pour lesquels le retour était demandé ou programmé (par exemple, par manque de place dans un service à la première venue, ou pour un contrôle), ni les patients pour lesquels la prise en charge ne concernait pas l'équipe des urgences du CHU de Toulouse (lorsqu'ils étaient adressés par un autre CH à un chirurgien digestif du CHU qui les faisait passer par les urgences, par exemple).

Lors du deuxième passage, si le patient reconsultait précocement aux urgences pour un motif différent du motif du passage index, nous n'avons pas pris en compte ce passage et nous avons classé le patient dans le groupe « pas de retour précoce ».

Nous avons convenu d'une période réfractaire de 30 jours après un retour précoce, période durant laquelle d'éventuels autres retours n'ont pas été pris en compte dans l'étude.

Pour chaque patient inclus, il a été recherché manuellement dans leur dossier Orbis la présence d'un autre passage antérieur ou postérieur de 7 jours pour douleurs abdominales, mais codé différemment et non criblé lors de l'extraction. Dans ce cas, le motif de recours a été corrigé en « douleur abdominale » et le patient catégorisé comme un retour précoce.

2.4. Facteurs prédictifs étudiés :

Nous avons étudié différents facteurs, présents au premier passage, qui pouvaient être prédictifs d'un retour précoce dans les 7 jours. Les facteurs étudiés concernent la démographie, le type de recours, l'anamnèse, la clinique, la prise en charge au premier passage, et le diagnostic PMSI à l'issue du premier passage.

Nous avons donc étudié :

- L'âge et le sexe
- La période du premier passage aux urgences : période de jour (08h00-17h59), et période de nuit (18h00-07h59)
- Le mode de transport aux urgences : transport personnel ou sanitaire (incluant ambulances, pompiers, SMUR)
- L'adressage aux urgences par le médecin traitant ou un médecin de garde
- La présence d'antécédents médicaux et chirurgicaux de pathologie abdominale
- La classification infirmière des malades aux urgences (CIMU)
- Le service d'urgences de recours (Purpan ou Rangueil)

- La filière de soin attribuée par l'IAO : ambulatoire ou couché
- La localisation de la douleur au niveau abdominal : les 9 cadrans anatomiques décrits, et une 10e modalité concernant les douleurs diffuses donc concernant au moins 3 cadrans contigus ou 2 cadrans non contigus
- La fièvre : définie comme température ≥ 38°C, prise à l'IAO uniquement. Nous n'avons pas retenu le facteur si uniquement déclaratif par le patient.
- L'intensité de la douleur (EN) à l'arrivée : que nous avons dichotomisée en « > 6 » ou « ≤ 6 »
- La présence d'une défense ou contracture abdominale
- La présence de vomissements
- La présence de troubles du transit aigus : soit des diarrhées, définies comme diarrhées liquides depuis moins de 7 jours ; soit une constipation, définie par la présence de moins de 3 selles en 7 jours, ou l'absence de selle depuis au moins 48h, et présente depuis moins de 7 jours
- La réalisation d'un prélèvement biologique
- La réalisation d'une imagerie par un radiologue : échographie abdominale ou abdomino-pelvienne, ou scanner abdomino-pelvien
- La demande et réalisation d'un avis spécialisé aux urgences (gastroentérologique, chirurgie digestive, chirurgie urologique, gynécologique, oncologique, ou autre spécialité concernée)
- Le diagnostic PMSI du 1er passage aux urgences.

2.5. Variables étudiées lors du retour :

Concernant le 2e passage aux urgences, pour les patients ayant réalisé un retour précoce, nous avons étudié :

- Le délai de retour entre la sortie du 1er passage et l'arrivée à l'IOA au 2e passage
- L'hospitalisation ou non après le 2e passage
- Le diagnostic final suite au 2e passage
- Le nombre de retours précoces dans les 7 jours suivant la sortie du 1er passage.

2.6. Nombre de sujets nécessaires :

Environ 900 patients se présentent chaque mois pour une douleur abdominale aux urgences du CHU. Dans la littérature, 5 à 10% des patients passés aux urgences pour douleur

abdominale reviennent dans les premiers jours suivant leur passage (6,17). Ainsi, une centaine de retours correspondait à 1200 patients à inclure sur 5 semaines pour étudier les principaux facteurs de risque.

2.7. Modalités éthiques :

Cette étude est hors loi Jardé. Elle est couverte d'un point de vue réglementaire par la méthodologie de référence MR-004 et a fait l'objet d'une déclaration auprès de DRCI du CHU de Toulouse.

2.8. Recueil de données :

L'extraction des dossiers à partir du logiciel Orbis a été réalisée par le département informatique médical du CHU. L'extraction concernait les patients de 15 ans ou plus, qui s'étaient enregistrés aux urgences de Purpan ou de Rangueil, avec comme motif IOA « douleur abdominale » ou « douleur épigastrique ». Nous avons également extrait les patients avec comme motif IOA « nausées, vomissements », chez lesquels une douleur abdominale est souvent associée, même si non codée comme motif de venue.

Les données : jour et heure du premier passage, sexe, âge, mode de transport, motif de recours, classification infirmière des malades aux urgences (CIMU, Annexe 2), service d'urgence, filière IOA, diagnostic PMSI codé au premier passage, orientation à la sortie du service d'urgence (retour à domicile, hospitalisation, transfert dans un autre établissement, mutation à l'UHCD, décès, sortie avant soins ou contre avis médical) ont été extraits automatiquement du logiciel Orbis.

Par la suite, le recueil des autres données a été réalisé manuellement par l'investigateur, via le logiciel Orbis, en analysant le compte-rendu des urgences du passage concerné, et si besoin, le logiciel d'imagerie et celui de biologie.

Pour la localisation de la douleur abdominale, lors d'une localisation différente entre l'anamnèse et l'examen clinique, il a été retenu la localisation objectivée par l'examen clinique.

Lorsque le diagnostic PMSI était imprécis (douleur abdominale non spécifique par exemple) alors même que le compte-rendu des urgences mentionnait un diagnostic plus

précis dans la conclusion, ce dernier était retenu par l'investigateur. Il en était de même après un retour, avec en plus l'utilisation du compte-rendu d'hospitalisation post-urgence si besoin.

Nous avons successivement regroupé les diagnostics en 70 puis 13 catégories pour l'analyse. Les diagnostics exhaustifs et la méthode de regroupement en catégorie peuvent être consultés en annexe 3.

2.9. Méthode statistique :

Toutes les variables de l'étude ont été analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La normalité de chaque distribution pour les variables quantitatives a été recherchée. Les données manquantes des variables vomissements, troubles du transit aigu, et défense ou contracture ont été considérées comme absentes si elles n'étaient pas expressément notées dans le compte-rendu des urgences. Il n'a pas été utilisé de méthode d'imputation pour les autres valeurs manquantes.

Les mesures de dispersion de chacune de ces variables ont été évaluées en fonction de la normalité. La distribution des variables quantitatives est représentée par la médiane suivie du 1er quartile (p 25 %) et du 3ème quartile de distribution (p 75 %) si la distribution n'est pas normale : médiane (p 25 % - p 75 %). Elle est représentée par la moyenne suivie de l'écart type si la distribution est normale. Les données qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage.

Les analyses comparatives ont été réalisées en utilisant le test de Student pour la comparaison des variables quantitatives, selon les conditions d'application. Concernant la comparaison des variables qualitatives, le test du Chi2 de Pearson ou le test exact de Fisher ont été utilisés, selon leurs conditions respectives d'utilisation. Le seuil de significativité statistique est considéré comme atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5 % ($p < 0,05$).

Concernant l'analyse multivariée, les variables associées à un risque d'erreur inférieur à 0.25 en analyse univariée ont été incluses dans l'analyse multivariée. Une méthode de régression logistique par pas à pas descendant a été réalisée pour déterminer les facteurs associés au retour aux urgences.

L'analyse statistique des données anonymisées a été réalisée à l'aide du logiciel STATA version 11.2.

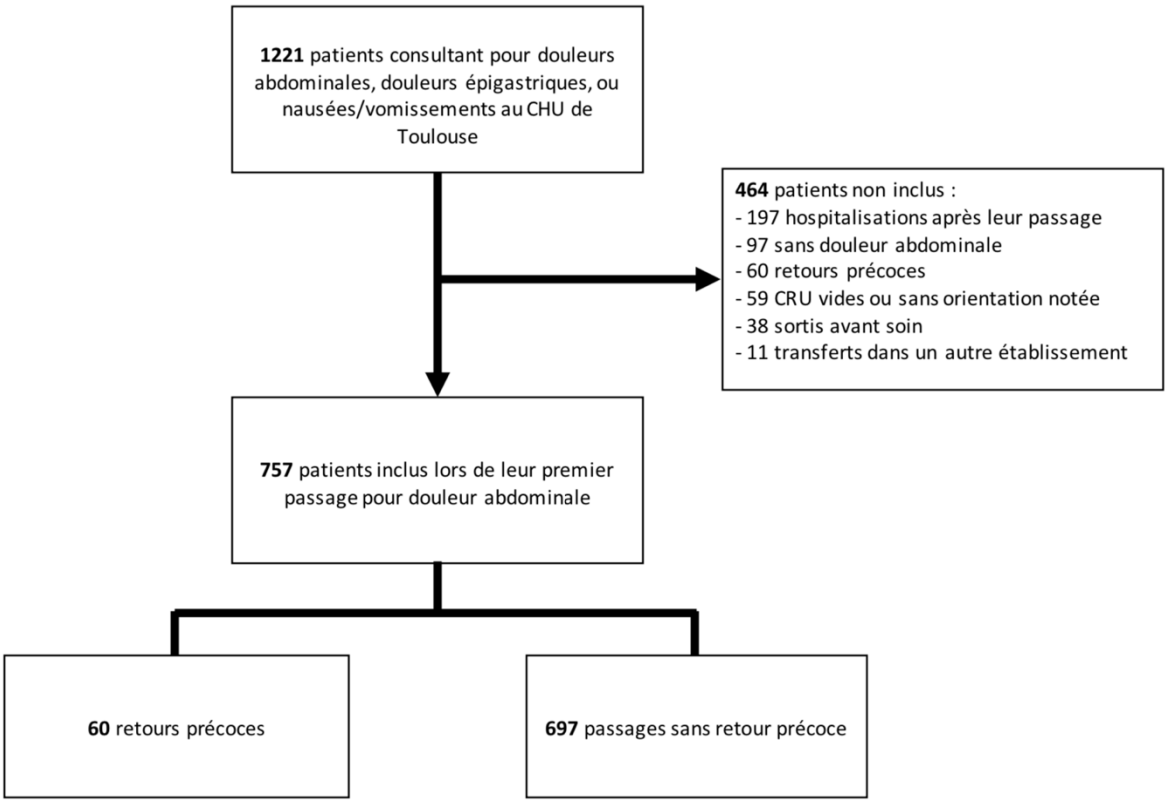
3. RÉSULTATS :

3.1. Population d'étude :

Durant la période étudiée, il a été extrait 1221 dossiers de patients de plus de 15 ans ayant consulté au CHU de Toulouse pour « douleur abdominale », « douleur épigastrique », ou « nausées, vomissements ». Parmi ces dossiers, 464 n'ont pas été inclus (197 hospitalisés après leur passage, 97 sans douleur abdominale, 60 retours précoces, 59 CRU vides ou sans orientation notée, 38 sortis avant les soins, 11 transferts dans un autre établissement, 2 hospitalisés à l'UHCD). La population analysée était donc composée de 757 dossiers.

L'étude a permis d'observer 60 reconsultations précoces suite aux 757 premiers passages, soit 7,9% (IC95% [6,1 – 10,1]).

Figure 1. Diagramme de flux



Les caractéristiques de la population étudiée sont détaillées dans le tableau 1. La moyenne d'âge de la population était de 42,2 ± 0,7 ans, avec une majorité de patients âgés de 15 à 39 ans (53,7%). La population était composée à 58,1% de femmes et 41,9% d'hommes.

Concernant les modes de recours, les consultations sont réparties de façon homogène, avec 45,2% de passages de jour, et 54,8% de passages de nuit. Les patients se présentaient aux urgences dans 70,4% des cas via un transport personnel, et se répartissaient de façon homogène entre Rangueil (55,5%) et Purpan (44,5%). A l'IOA, 58,6% des patients étaient orientés en filière ambulatoire. La répartition des CIMU était surtout faite en CIMU 3 (61,4%), et en CIMU 4 (37,2%), avec seulement 0,5% de CIMU 5 et 0,9% de CIMU 2, ainsi qu'aucun CIMU 1.

Des antécédents médicaux ou chirurgicaux abdomino-digestifs étaient retrouvés chez 27,3% et 23,8% des patients, respectivement. Presque la moitié de la population (47,8%) présentait des vomissements, 10,6% une constipation, et 18,1% des diarrhées.

La douleur était surtout diffuse (33,8%), épigastrique (26,9%), ou dans la fosse iliaque droite (9,4%). Une défense ou contracture abdominale a été retrouvée chez 10,2% des patients. Seulement 3,3% des patients présentaient de la fièvre à leur admission. L'intensité douloureuse était supérieure à 6/10 chez la moitié des patients (50,3%).

Un examen biologique a été réalisé chez 69,1% des patients, une imagerie chez seulement 17,7% des patients, et un avis spécialisé chez 13,1% des cas.

Les catégories de diagnostics les plus fréquentes étaient la douleur abdominale non spécifique (DANS) (37,1%), les pathologies œsogastriques (14,7%), les pathologies urologiques (11,2%) et la catégorie des GEA et toxi-infections alimentaires (11,2%). Les autres catégories de diagnostics concernaient moins de 10%.

Tableau 1. Caractéristiques de la population

	Population générale (n = 757)	Retour précoce (n = 60)	Pas de retour précoce (n = 697)	p value
Démographie				
Âge (moyenne ± déviation standard)	42,2 ± 0,7	44,5 ± 2,5	41,9	0,34
15 – 39 ans	406 (53,7%)	32 (53,3%)	374 (53,7%)	
40 – 69 ans	259 (34,3%)	20 (33,3%)	239 (34,3%)	
70 ans et plus	91 (12,0%)	8 (13,3%)	83 (11,9%)	0,95
Sexe féminin	439 (58,1%)	32 (53,3%)	407 (58,5%)	0,43
Mode de recours				
Période de l'entrée				
Jour	342 (45,2%)	28 (46,7%)	314 (45,1%)	
Nuit	414 (54,8%)	32 (53,3%)	382 (54,9%)	0,82
Mode de transport				
Personnel	525 (70,4%)	36 (66,7%)	489 (70,7%)	
Sanitaire	221 (29,6%)	18 (33,3%)	203 (29,3%)	0,53
Service d'urgences				
Rangueil	419 (55,5%)	35 (59,3%)	384 (55,2%)	
Purpan	336 (44,5%)	24 (40,7%)	312 (44,8%)	0,54
Filière IOA				
Ambulatoire	441 (58,6%)	27 (45,8%)	414 (59,6%)	
Couché	312 (41,4%)	32 (54,2%)	280 (40,4%)	**0,04**
CIMU				
1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
2	7 (0,9%)	2 (3,4%)	5 (0,7%)	
3	462 (61,4%)	37 (62,7%)	425 (61,2%)	
4	280 (37,2%)	19 (32,2%)	261 (37,6%)	
5	4 (0,5%)	1 (1,7%)	3 (0,4%)	0,1
Adressé par médecin	74 (9,8%)	9 (15,0%)	65 (9,4%)	0,16
Anamnèse				
Antécédent médical abdomino-digestif	206 (27,3%)	25 (41,7%)	181 (26,0%)	**0,009**
Antécédent de chirurgie abdominale	180 (23,8%)	23 (38,3%)	157 (22,6%)	**0,006**
Vomissements (1)	282 (37,3%)	29 (48,3%)	254 (36,4%)	0,28
Troubles du transit aigus (2)				
Constipation	80 (10,6%)	9 (15,0%)	71 (10,2%)	0,25
Diarrhées	137 (18,1%)	11 (18,3%)	126 (18,1%)	0,97
EN > 6 (3)	380 (50,3%)	34 (56,7%)	346 (49,7%)	0,3
Examen clinique				
Localisation de la douleur (4)				
Douleur diffuse	245 (33,8%)	27 (45%)	218 (32,8%)	0,3
Epigastre	195 (26,9%)	9 (15,0%)	186 (28,0%)	**0,05**
Fosse iliaque droite	68 (9,4%)	0 (0%)	68 (10,2%)	**0,01**
Hypogastre	46 (6,3%)	6 (10,0%)	40 (6,0%)	0,19
Hypochondre droit	44 (6,1%)	4 (6,7%)	40 (6,0%)	0,78
Périombilical	37 (5,1%)	0 (0%)	37 (5,6%)	0,07
Fosse iliaque gauche	34 (4,7%)	5 (8,3%)	29 (4,4%)	0,14
Flanc droit	23 (3,2%)	5 (8,3%)	18 (2,7%)	**0,01**
Flanc gauche	16 (2,2%)	2 (3,3%)	14 (2,1%)	0,5
Hypochondre gauche	16 (2,2%)	2 (3,3%)	14 (2,1%)	0,5
Défense (5)	77 (10,2%)	9 (15,0%)	68 (9,8%)	0,2
Fièvre (6)	25 (3,3%)	5 (8,3%)	20 (2,9%)	**0,03**
Prise en charge				
Réalisation d'un bilan biologique	522 (69,1%)	42 (70,0%)	480 (69,0%)	0,87
Réalisation d'une imagerie	134 (17,7%)	15(25%)	119 (17,1%)	0,12
Avis spécialisé	99 (13,1%)	9 (15,0%)	90 (12,9%)	0,65
Diagnostic				
DANS	281 (37,1%)	15 (25,0%)	266 (38,2%)	**0,04**
Œso-gastrique	111 (14,7%)	7 (11,7%)	104 (14,9%)	0,49
GEA - Toxi infections alimentaires	85 (11,2%)	7 (11,7%)	78 (11,2%)	0,84
Urologique	85 (11,2%)	8 (13,3%)	77 (11,0%)	0,71
Syndrome occlusif et hernies	52 (6,9%)	4 (6,7%)	48 (6,9%)	0,89
Hépatobiliaire	40 (5,3%)	3 (5,0%)	37 (5,3%)	0,9
Inflammation du tube digestif	26 (3,4%)	7 (11,7%)	19 (2,7%)	**0,002**
Neuro-psy-ORL-rhumato-douleur	31 (4,1%)	4 (6,7%)	27 (3,9%)	0,42
Cardio-pulmonaire	15 (2,0%)	0 (0%)	15 (2,2%)	0,25
Gynécologie-Organes génitaux	10 (1,3%)	0 (0%)	10 (1,4%)	0,35
Troubles métaboliques	8 (1,1%)	1 (1,7%)	7 (1,1%)	0,63
Décompensation de cirrhose	7 (0,9%)	3 (5,0%)	4 (0,6%)	**< 0,001**
Néoplasie	6 (0,8%)	1 (1,7%)	5 (0,7%)	0,42

Légende du tableau 1.

(1) : 165 données manquantes, comptabilisées en "absence"
(2) : 157 données manquantes, comptabilisées en "absence"
(3) : 123 données manquantes
(4) : 33 données manquantes
(5) : 47 données manquantes, comptabilisées en "absence"
(6) : 11 données manquantes

3.2. Analyse des facteurs prédictifs de reconsultation précoce aux urgences :

Les résultats des analyses comparées entre les patients ayant reconsulté aux urgences de façon précoce, et ceux n'ayant pas reconsulté, sont détaillés dans le tableau 1.

Parmi ces 60 retours précoces, la plupart ne sont revenus qu'une fois (88,3%). Seulement 8,3% sont revenus 2 fois dans les 7 jours, et 3,3% sont revenus 3 fois. Le délai du premier retour était en moyenne de 2,5 jours (± 1,6).

Ces 60 patients avec retour précoce présentaient lors de leur 1er passage plus d'antécédents abdomino-digestifs médicaux (41,7% versus 26%) et chirurgicaux (38,3% vers 22,6%) que les patients non revenus ($p < 0,01$ pour chaque comparaison).

La fièvre était également un facteur significatif de retour précoce, présente chez les patients avec retour à 8,3% contre seulement 2,9% chez les patients sans retour ($p = 0,03$).

Les douleurs du flanc droit étaient plus fréquentes (8,3% versus 2,7%, $p = 0,01$), et les douleurs épigastriques et de la fosse iliaque droite moins fréquentes (respectivement 15,0% versus 28,0%, $p = 0,05$, et 0% versus 10,2%, $p = 0,01$) en cas de retour précoce.

Les diagnostics PMSI du 1er passage (tableau 1 et figure 2), et du 2eme passage (tableau 1 et figure 3) ont été comparés. Il a été retrouvé une différence significative pour les diagnostics de DANS (25% pour les patients avec retour précoce et 38,2% pour les patients sans retour, $p = 0,04$), de décompensation de cirrhose (5,0% pour les patients avec retour précoce et 0,6% pour les patients sans retour, $p < 0,001$), et pour les inflammations du tube digestif (11,7% pour les patients avec retour précoce et 2,7% pour les patients sans retour, $p = 0,002$).

Sur les 60 retours précoces, 14 soit 23,3% ont été hospitalisés après leur retour aux urgences (tableau 2). Sur ces 14 patients avec retours suivis d'hospitalisation, il y a eu initialement 8 erreurs diagnostiques dont 5 étaient des urgences chirurgicales. Cinq autres retours étaient dus uniquement à l'évolution de la pathologie diagnostiquée correctement lors du premier passage.

Tableau 2. Description des 14 retours suivis d'hospitalisation

1er passage																2e passage	
Âge	**Sexe**	**Période de passage**	**Antécédent gastro-digestif**	**Antécédent de chirurgie abdominale**	**Localisation de la douleur**	**Fièvre**	**EN > 6**	**Défense / Contracture**	**Vomissements**	**Troubles du transit aigus**	**Adressé par médecin**	**Réalisation biologie**	**Réalisation imagerie**	**Avis spécialisé**	**Diagnostic précis 1er passage**	**Diagnostic précis 2e passage**	**Délai de retour en jours***
37	Femme	Jour	Non	Oui	Diffuse	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Syndrome occlusif fonctionnel	Syndrome occlusif fonctionnel	4
80	Femme	Jour	Non	Non	Diffuse	Non	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Gastrite	Occlusion sur bride	0
36	Homme	Jour	Non	Non	Diffuse	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Suspicion MICI	Poussée de maladie de Crohn	1
28	Homme	Jour	Non	Non	Hypogastre	Non	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	DANS	Appendicite avec péritonite	0
89	Homme	Nuit	Oui	Non	Fosse iliaque gauche	Oui	Non	Non	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Non	Diverticulite	Pneumopathie d'inhalation sur diverticulite	0
36	Femme	Nuit	Oui	Non	Hypochondre droit	Non	N/A	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Colique hépatique	Cholécystite	6
32	Femme	Jour	Non	Non	Diffuse	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Pyélonéphrite	Pyélonéphrite compliquée	1
55	Homme	Nuit	Oui	Oui	Épigastre	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	DANS	Cholécystite	2
35	Homme	Jour	Oui	Non	Diffuse	Non	Non	Non	Oui	Diarrhées	Oui	Non	Non	Non	Gastroentérite	Pancréatite aiguë	2
61	Homme	Nuit	Non	Non	Diffuse	Non	Non	Oui	Oui	Diarrhées	Oui	Oui	Non	Non	Gastroentérite	Crise suicidaire avec somatisation	1
86	Femme	Jour	Oui	Oui	Flanc droit	Non	N/A	Non	Oui	Constipation	Non	Oui	Non	Non	DANS	Syndrome occlusif	1
39	Homme	Jour	Oui	Oui	Diffuse	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Ascite	Encéphalopathie hépatique	3
28	Homme	Jour	Non	Non	Flanc droit	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	DANS	Appendicite aiguë	1
78	Femme	Jour	Oui	Oui	Hypochondre droit	Non	Oui	Non	Oui	Constipation	Oui	Oui	Oui	Non	DANS	Évolution de métastases hépatiques connues	2

* 0 pour un retour dans les premières 24h, 1 pour un retour entre 24 et 48h, etc.

Figure 2. Graphique en secteur des catégories de diagnostics au premier passage

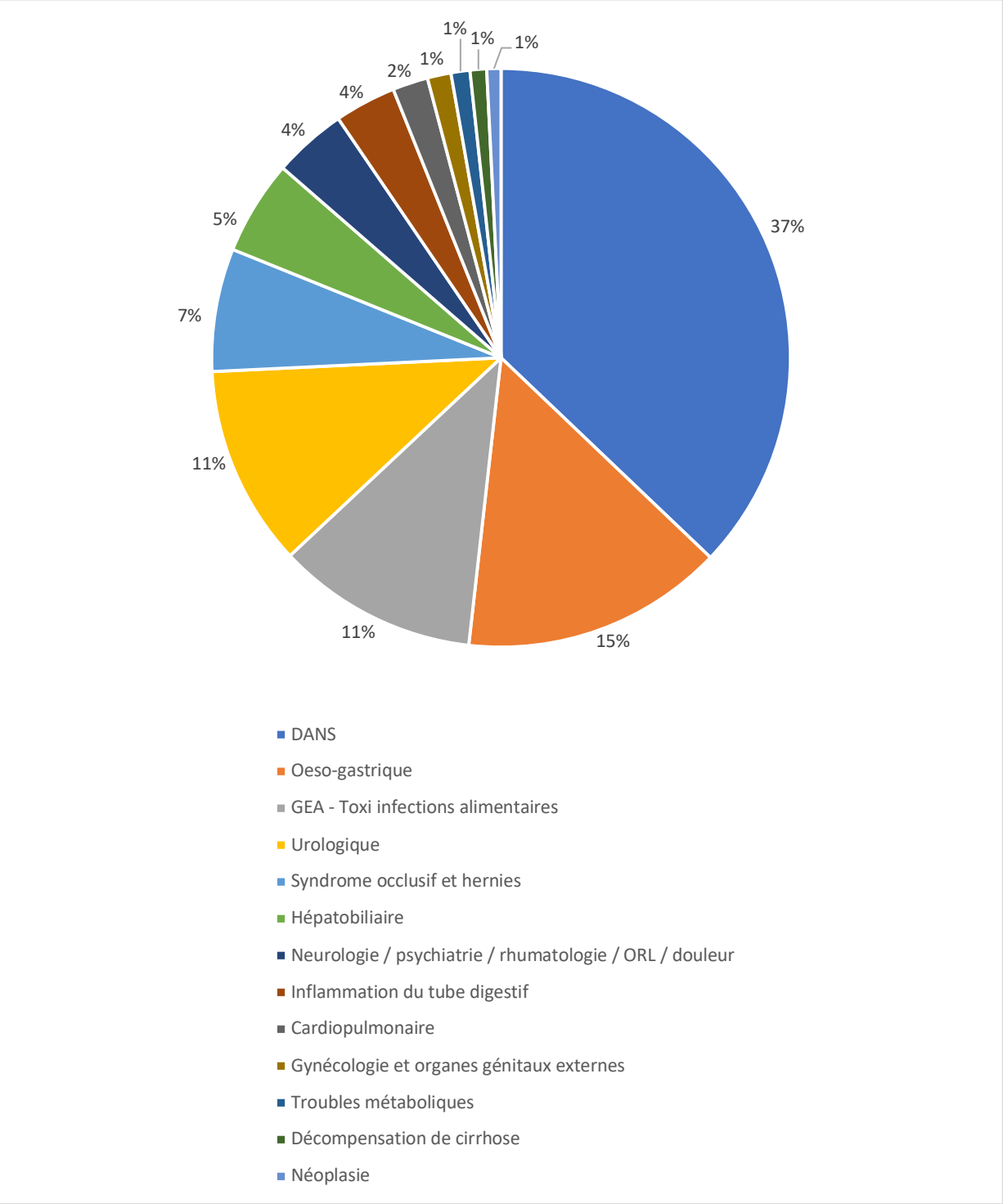
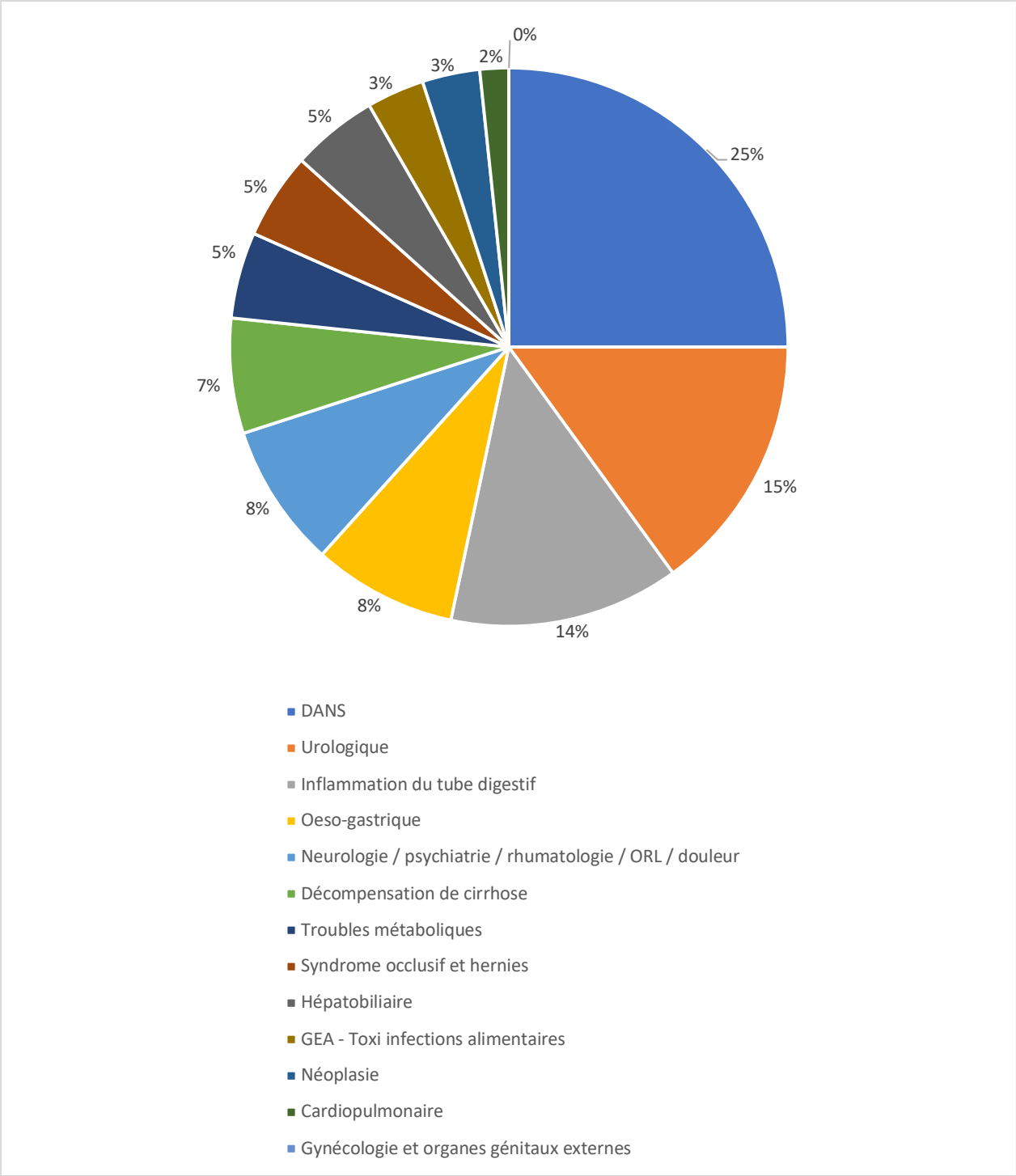


Figure 3. Graphique en secteur des catégories de diagnostics au deuxième passage



Nous avons réalisé une analyse multivariée par régression logistique, dont les résultats sont présentés dans le tableau 3. Cette analyse a permis de montrer que la fièvre (OR 3,07, IC95% 1,05 – 8,9) et les antécédents de chirurgie abdominale (OR 2,05, IC95% 1,16 – 3,61) étaient des facteurs de risque de retour précoce. Cependant, la localisation de la douleur ou le diagnostic lors du 1er passage n'étaient plus significatifs en analyse multivariée.

Tableau 3. Facteurs prédictifs de reconsultation précoce en analyse multivariée

	OR	**IC95%**	**p-value**
Antécédent de chirurgie abdominale	**2,05**	**[1,16 - 3,61]**	**0,013**
Localisation de douleur en épigastrique	0,54	[0,26 - 1,16]	0,12
Localisation de douleur en flanc droit	2,88	[0,98 - 8,49]	0,055
Localisation de douleur : diffuse	1,83	[0,71 - 4,72]	0,21
Fièvre	**3,07**	**[1,05 - 8,90]**	**0,041**
Diagnostic 1er passage de DANS	0,55	[0,29 - 1,04]	0,066
Diagnostic 1er passage de trouble inflammatoire du tube digestif	2,65	[0,78 - 6,15]	0,073

4. DISCUSSION :

Les douleurs abdominales, motif de recours aux urgences très fréquent, sont la première cause de retours précoces aux urgences. Leur présentation clinique, et les différents diagnostics concernés, sont très variés.

L'objectif de notre étude était de chercher des facteurs prédictifs de retour précoce aux urgences pour douleur abdominale. Dans notre étude, nous avons donc observé 60 retours précoces dans les 7 jours dans notre population analysée concernant 757 patients, soit un taux de 7,9% (IC95% [6,1 – 10,1]).

Bien que plusieurs facteurs protecteurs ou prédictifs d'un retour ressortent significatifs dans l'analyse initiale (antécédents abdomino-digestifs médicaux et chirurgicaux, la localisation de la douleur en épigastrique, en flanc droit, en fosse iliaque droite, la fièvre, et les diagnostics de DANS, de décompensation de cirrhose, et les inflammations du tube digestif), l'analyse multivariée ne retrouve au final que deux facteurs prédictifs de retour précoce aux urgences : la fièvre, et les antécédents de chirurgie abdominale.

Un antécédent de chirurgie abdominale est déjà en soi le reflet de pathologies abdominales, passées ou encore présentes qui peuvent récidiver ou s'acutiser. En plus, la chirurgie abdominale est pourvoyeuse de complications, parfois très tardives, telles que les occlusions sur bride.

De son côté, la fièvre est le reflet d'une inflammation ou d'une infection sous-jacente. Dans le cas d'une virose digestive, les patients peuvent être amenés à reconsulter en raison de la persistance des symptômes, devant l'absence de traitement spécifique. Dans le cas d'une bactérie, l'infection peut se majorer, se compliquer, et nécessiter une nouvelle consultation, voire un nouveau traitement.

La localisation de la douleur en fosse iliaque droite n'a pas été prise en compte dans l'analyse multivariée car absente dans le groupe des retours. Mais elle est donc très significative en analyse univariée, en tant que facteur protecteur d'un retour. De fait, cette localisation de douleur est très redoutée à cause des étiologies possibles, en particulier l'appendicite. Lorsque la douleur est présente à cette localisation, les praticiens ont souvent recours à des examens complémentaires (biologie, imagerie) voire à des avis spécialisés, ce qui pourrait sûrement expliquer que les étiologies pour ces douleurs sont souvent découvertes dès la première visite, ou à défaut les étiologies graves écartées, et les patients rassurés.

Concernant les diagnostics de cirrhose, et d'inflammation du tube digestif, les faibles effectifs rencontrés, en particulier pour les retours, ne permettraient de toute façon pas d'en ressortir une utilité dans la pratique. On peut noter que pour les maladies de Crohn, Mahajna & Al retrouvaient 8,4% de retours à 7 jours (18), ce qui n'est pas différent de notre taux de retour précoce, quel que soit le diagnostic.

Notre taux de retours précoces de 7,9% (IC95% [6,1 – 10,1]) est consistant avec les études similaires. Kacprzyk & al avaient obtenu un taux de 6,14% pour la même période, en incluant aussi les patients brièvement hospitalisés à leur premier passage.

Leur étude avait permis de montrer, entre autres, que les retours précoces survenaient plus souvent chez les personnes âgées. Nous n'avons pas retrouvé de notre côté de différence significative au niveau de l'âge des patients avec et sans retour précoce, que ce soit au niveau de la moyenne, ou avec une analyse par catégories d'âge.

Les DANS concernent 37,1% de la population consultant pour douleurs abdominales aux urgences. Ravn-Christensen & al retrouvaient une proportion de 26% de DANS chez les patients sortis suite à un passage pour douleur abdominale, avec chez ces patients-là 16% de retours précoces, dont 25% obtenaient un diagnostic précis à leur retour.

Bien que le diagnostic de DANS ne semble pas être prédictif d'un retour précoce aux urgences dans notre étude, on note que sur les 14 patients hospitalisés à leur retour, 5 avaient un diagnostic initial de DANS (35,7%) puis un diagnostic précis établi à leur retour (tableau 2). Il est possible qu'il y ait une association entre le diagnostic de DANS et un retour avec hospitalisation, ce qu'il faudrait analyser dans une nouvelle étude.

Medford-Davis & al ont noté 35% d'erreur de diagnostic initial chez les patients admis aux urgences pour douleurs abdominales et y retournant précocement. Dans notre étude, nous pouvons dire que 16 patients revenus sur les 60 retours (26,7%) présentaient un diagnostic initial erroné (Annexe 4), sans jugement de l'origine de cet événement indésirable qui pouvait être inévitable, en particulier lorsque les patients consultent tôt avec peu de signes cliniques. On remarque que les changements de diagnostics entre le premier passage et le retour se font soit entre deux diagnostics précis différents, soit en précisant au retour un diagnostic imprécis initialement (par exemple DANS), mais ils peuvent également se faire en « rétrogradant » d'un diagnostic initial précis erroné à un diagnostic plus imprécis au retour. On note que 23,3% des retours précoces ont été hospitalisés après leur retour aux urgences. Cette proportion, non négligeable, montre cependant que 76,7% des retours ne

subissent pas d'effet indésirable grave puisqu'ils ne doivent pas être hospitalisés après leur retour, ce qui traduit une certaine qualité dans les prises en charge initiale. De plus, certains retours suivis d'hospitalisation ne sont pas dus à une erreur de diagnostic initial mais sont dus uniquement à l'évolution de la pathologie initiale (tableau 2).

C'est le cas pour 5 des 14 retours suivis d'hospitalisation (tableau 2). En effet, ceux-ci sont dus à l'évolution ou à une complication du diagnostic initial (une colique hépatique qui revient au stade de cholécystite, une diverticulite qui revient pour pneumopathie d'inhalation sur les vomissements induits par la diverticulite, une pyélonéphrite qui s'est compliquée, un patient avec ascite qui revient au stade d'encéphalopathie hépatique et un patient avec diagnostic initial de DANS suite à des métastases hépatiques connues qui s'avèrent au final avoir évoluées). D'autres, ont reconsulté sans avoir eu de franche modification clinique, parfois par persistance des mêmes symptômes, parfois par inquiétude, ou parfois à défaut d'être mieux orientés, et sont ressortis avec le même diagnostic qu'initialement.

Les patients sur lesquels il conviendrait de travailler sont ceux qui ont eu une erreur, ou approximation, de diagnostic évitable à leur premier passage. On remarque qu'il y a eu initialement, sur les 14 retours suivis d'hospitalisation, 8 erreurs diagnostiques dont 5 étaient des urgences chirurgicales (une gastrite qui s'est révélée au retour être une occlusion sur bride, 2 DANS qui étaient au retour des appendicites dont une avec péritonite, 1 DANS était un syndrome occlusif, 1 DANS était une cholécystite, une gastroentérite était une pancréatite aiguë, et un diagnostic de gastroentérite était en fait une somatisation sur crise suicidaire). Medford-Davis & al ont montré que deux tiers des erreurs diagnostiques impliquaient un défaut dans le recueil de l'anamnèse et des antécédents, dans le fait de ne pas prescrire des examens complémentaires nécessaires, et dans le fait de ne pas tenir compte ou de mal réagir face à des résultats anormaux d'un test.

Cependant, comme expliqué précédemment, ce n'est pas forcément une erreur de faire sortir un patient des urgences, une fois les critères de gravité éliminés. Il faut donc trouver le juste milieu entre trop d'examens et des passages aux urgences qui se rallongent, avec un coût qui augmente, et trop peu d'examens avec d'éventuelles erreurs préjudiciables pour le patient.

Boendermaker & Al ont réalisé une consultation post-urgence précoce systématique pour les patients sortis avec un diagnostic de DANS (19). Dans leur étude, un quart des patients revus précocement ont vu leur diagnostic et/ou leur traitement modifié. Il pourrait s'agir d'une piste éventuelle pour réduire les retours ou les évolutions défavorables. Cependant, la faisabilité de ces consultations systématiques supplémentaires est à discuter

selon chaque centre et les moyens à disposition. Avec la proportion élevée de DANS ou de douleurs abdominales sorties des urgences sans diagnostic précis, la réalisation de ces consultations semble difficile sur le CHU de Toulouse.

Dans la littérature, la réalisation d'un scanner abdomino-pelvien chez des patients consultant pour douleur abdominale était associée à une baisse des reconsultations à 30 jours (20). De manière similaire, l'absence d'examens complémentaires, en particulier d'imagerie, à visée diagnostique explique la moitié des erreurs diagnostiques à l'origine du retour des patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale (9). Ceci peut s'expliquer par la performance du scanner qui retrouve dans 73% des cas des anomalies expliquant les symptômes des patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale (21). Dans notre étude, peu de patients (17,7%) ont bénéficié d'une échographie ou d'un scanner lors de leur passage aux urgences, mais leur réalisation ne diminuait pas le risque de retour précoce.

On peut noter également que dans notre étude, les marqueurs de sévérité (l'orientation en filière depuis l'IOA, le mode de transport, le score CIMU, la défense abdominale, et la réalisation d'examens complémentaires) ne diffèrent pas entre les deux groupes lors de l'analyse. La gravité, a priori, ne semble pas être un critère prédictif de retour. Il est évident qu'un tableau d'emblée grave, a davantage de chance de bénéficier d'une surveillance et d'examens supplémentaires, jusqu'à identifier ou exclure des pathologies graves qui s'aggraveraient après le retour à domicile. Par ailleurs, la proximité des spécialités et du plateau technique à Rangueil ne diminue pas le risque de retour. Bien qu'il n'y ait pas de spécialiste en gastroentérologie ou chirurgie digestive à Purpan, ces spécialistes peuvent être sollicités pour un avis à distance, les dossiers informatiques, avec observation clinique, résultats de biologie et d'imagerie, pouvant être consultés à distance.

Nos résultats, qui montrent que la fièvre et les antécédents de chirurgie abdominale sont des facteurs prédictifs de reconsultation précoce aux urgences pour douleur abdominale, peuvent nous orienter vers une prise en charge plus approfondie lors du passage aux urgences de patients présentant ces facteurs, avec selon les cas, la réalisation d'examens ou d'avis supplémentaires, ou une surveillance prolongée. L'organisation d'une consultation de suivi précoce pour ces patients présentant fièvre et/ou antécédents de chirurgie abdominale, et donc particulièrement à risque de reconsulter, pourrait être discutée, de façon similaire à ce

qu'ont réalisé Boendermaker & al pour les DANS. Ces résultats et pistes d'amélioration, seraient intéressants à analyser dans de nouvelles études.

Notre étude comporte des éléments en faveur de sa qualité. Le nombre de dossiers est élevé, avec 1221 dossiers analysés pour 757 dossiers inclus. Les comptes-rendus des urgences ont tous été analysés minutieusement par l'investigateur pour ne pas passer à côté de données oubliées lors d'une extraction automatisée par mots-clés. De plus, les diagnostics codés ont tous été affinés manuellement par l'investigateur en fonction des précisions présentes dans la conclusion.

Nous avons analysé tous les dossiers sur une période de 39 jours sur les 2 sites de Purpan et de Rangueil, il n'y a de ce fait pas eu besoin de sélectionner les dossiers selon certains critères supplémentaires ou selon une randomisation. La période a été complète dans l'analyse.

Les résultats correspondent à ceux de la littérature malgré les possibles biais retrouvés, ce qui est en faveur du bon déroulement de notre étude.

Le délai de retour était en moyenne de 2,5 jours, mais 11 retours (18,3%) au-delà de 3 jours ont pu être identifiés grâce à la période choisie pour l'étude de 7 jours entre les deux passages, au lieu de la période habituelle de 3 jours dans la littérature.

Enfin, contrairement aux autres études disponibles, nous avons étudié des facteurs anamnestiques et cliniques, en plus des facteurs démographiques, et ceux liés à la prise en charge.

Notre étude présente également des limites. En effet, on peut noter tout d'abord qu'elle n'a été réalisée que sur un seul centre, le CHU de Toulouse. Son caractère rétrospectif quant à lui induit des biais. Bien que les données manquantes dans certains dossiers aient pu être imputées pour certaines variables, il existe des erreurs possibles liées à l'imputation, et il persiste des données manquantes pour les autres variables sans imputation. Le caractère rétrospectif fait que certaines données ont pu être également mal renseignées dans les comptes-rendus des urgences. De plus, la période analysée se limite à 39 jours. Il est donc possible qu'il y ait un biais d'inclusion.

Nous espérions a priori recueillir un peu plus d'une centaine de retours sur la période étudiée, mais il n'a été retrouvé au final que 60 retours précoces, avec une baisse possible de la puissance de l'étude. Certaines variables étudiées reviennent à la limite de la significativité en analyse multivariée, malgré un Odds Ratio élevé, c'est le cas de la localisation de la douleur en flanc droit (OR 2,88, IC95% [0,98 – 8,49]), en épigastrique (OR

0,54, IC95% [0,26 – 1,16]), et le diagnostic de DANS au premier passage (OR 0,55, IC95% [0,29 – 1,04]). Il est possible que la baisse de puissance de l'étude par le manque de retours ait limité la significativité de ces résultats en analyse multivariée.

Des patients venant pour une douleur abdominale ont pu être codés par un autre motif de recours, c'est pour cela que l'inclusion a été élargie aux patients admis pour nausées et vomissements, et c'est aussi pour cela que nous avons vérifié que les retours codés pour un autre motif n'étaient pas en fait liés à la pathologie abdomino-digestive. Malgré cela, il est possible qu'il y ait quand même certains patients codés sur encore d'autres motifs, et qui n'ont donc pas pu être inclus, bien que moins nombreux.

Enfin, il faut aussi prendre en compte que certains patients consultent dans des centres différents entre leur premier passage et leur retour (22–24). Que ce soit le premier passage ou le retour qui ait été réalisé dans un autre centre que le CHU de Toulouse, cela diminue le nombre de retours analysés dans notre étude. Cependant, la proportion des retours dans un autre centre reste modérée dans la littérature, entre 11% et 37% des cas.

5. CONCLUSION :

Les reconsultations précoces des patients venus aux urgences pour douleur abdominale dans les 7 jours précédents sont relativement fréquentes puisqu'elles concernent 7,9% des patients. Un antécédent de chirurgie abdominale et la fièvre sont les deux facteurs de risque de retour précoce qui doivent rendre vigilant pour explorer ou surveiller ces patients avant de les faire sortir. Le caractère prédictif d'un retour de la douleur du flanc droit ou à l'inverse protecteur des douleurs épigastriques ou de la fosse iliaque droite n'était pas confirmé par l'analyse multivariée, peut-être par manque de puissance de l'étude.

Des examens complémentaires et une surveillance plus poussée devraient être envisagés chez les patients consultant pour une douleur abdominale, surtout en cas fièvre, et/ou d'antécédents de chirurgie abdominale. La mise en place d'une consultation post-urgence serait également intéressante à étudier dans ces cas-là. La réalisation d'études complémentaires, analysant ces facteurs prédictifs sur une plus grande population ou une plus grande période, et prenant en compte les retours dans plusieurs centres, pourrait compléter notre travail.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Toulouse - Purpan

Didier CARRIÉ

Professeur Sandrine Charpentier
Cheffe de service des Urgences adultes
1 av. du Pr Jean Poulhès CHU Toulouse Rangueil
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. : 05 61 32 33 54
RPPS 10002872827

6. BIBLIOGRAPHIE :

1. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. Am J Emerg Med. 1 sept 2011;29(7):711-6.
2. 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. oct 2016;4(19):1-1.
3. Lesage J. Retours précoces aux urgences dans les 72h : causes et facteurs de risque des événements indésirables associés aux soins à l'origine des hospitalisations [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. CHU Toulouse; 2020.
4. Eskelinen M, Lipponen P. Usefulness of History-taking in Non-specific Abdominal Pain: A Prospective Study of 1333 Patients with Acute Abdominal Pain in Finland. In Vivo. 1 mars 2012;26(2):335-9.
5. Koyuncu N, Karcioglu O, Sener S. Nonspecific Abdominal Pain: A Follow-up Survey. Niger J Clin Pr. mars 2018;21(3):332-6.
6. Kacprzyk A, Stefura T, Chłopaś K, Trzeciak K, Załustowicz A, Rubinkiewicz M, et al. Analysis of readmissions to the emergency department among patients presenting with abdominal pain. BMC Emerg Med. 12 mai 2020;20(1):37.
7. Kuan WS, Mahadevan M. Emergency unscheduled returns: can we do better? Singapore Med J. nov 2009;50(11):1068-71.
8. Lauque D, Fernandez S, Lecoules N, Charpentier S, Azéma O, Edlow J, et al. Revue de la littérature sur les retours précoces aux urgences pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Ann Fr Médecine Urgence. mai 2017;7(2):106-16.
9. Medford-Davis L, Park E, Shlamovitz G, Suliburk J, Meyer AN, Singh H. Diagnostic errors related to acute abdominal pain in the emergency department. Emerg Med J. avr 2016;33(4):253-9.
10. Wu C-L, Wang F-T, Chiang Y-C, Chiu Y-F, Lin T-G, Fu L-F, et al. Unplanned Emergency Department Revisits within 72 Hours to a Secondary Teaching Referral Hospital in Taiwan. J Emerg Med. mai 2010;38(4):512-7.
11. Sabbatini AK, Kocher KE, Basu A, Hsia RY. In-Hospital Outcomes and Costs Among Patients Hospitalized During a Return Visit to the Emergency Department. JAMA. 16 févr 2016;315(7):663-71.
12. Verelst S, Pierloot S, Desruelles D, Gillet J-B, Bergs J. Short-term Unscheduled Return Visits of Adult Patients to the Emergency Department. J Emerg Med. août 2014;47(2):131-9.

13. Baer RB, Pasternack JS, Zwemer FL. Recently Discharged Inpatients as a Source of Emergency Department Overcrowding. Acad Emerg Med. 2001;8(11):1091-4.
14. Hutchinson CL, McCloughen A, Curtis K. Incidence, characteristics and outcomes of patients that return to Emergency Departments. An integrative review. Australas Emerg Care. 1 mars 2019;22(1):47-68.
15. Sheng-Chuan H. Analysis of Patient Revisits to the Emergency Department. Am J Emerg Med. 1992;10(4):366-70.
16. Critères d'évaluation des services d'urgence. Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. 2001 [cité 12 août 2021]; Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/ref_mars2001.pdf
17. Ravn-Christensen C, Qvist N, Bay-Nielsen M, Bisgaard T. Pathology is common in subsequent visits after admission for non-specific abdominal pain. Dan Med J. juill 2019;66(7):A5549.
18. Mahajna H, Barash Y, Ungar B, Soffer S, Albshesh A, Levartovsky A, et al. Prediction of Recurrent Emergency Department Visits among Patients with Crohn's Disease: A Retrospective Study. J Clin Med. 13 nov 2020;9(11):3651.
19. Boendermaker AE, Coolsma CW, Emous M, ter Avest E. Efficacy of scheduled return visits for emergency department patients with non-specific abdominal pain. Emerg Med J. août 2018;35(8):499-506.
20. Patterson BW, Venkatesh AK, AlKhawam L, Pang PS. Abdominal Computed Tomography Utilization and 30-day Revisitation in Emergency Department Patients Presenting With Abdominal Pain. Carpenter CR, éditeur. Acad Emerg Med. juill 2015;22(7):803-10.
21. Allegret M. Épidémiologie des douleurs abdominales bénéficiant d'une tomodensitométrie aux urgences du CHU de Toulouse et du Centre Hospitalier d'Albi [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. CHU Toulouse; 2021.
22. Lu T-C, Ling D-A, Tsai C-L, Shih F-Y, Fang C-C. Emergency department revisits: a nation-wide database analysis on the same and different hospital revisits. Eur J Emerg Med. avr 2020;27(2):114-20.
23. Shy BD, Loo GT, Lowry T, Kim EY, Hwang U, Richardson LD, et al. Bouncing Back Elsewhere: Multilevel Analysis of Return Visits to the Same or a Different Hospital After Initial Emergency Department Presentation. Ann Emerg Med. mai 2018;71(5):555-563.e1.
24. Duseja R, Bardach NS, Lin GA, Yazdany J, Dean ML, Clay TH, et al. Revisit Rates and Associated Costs After an Emergency Department Encounter: A Multistate

Analysis. Ann Intern Med. 2 juin 2015;162(11):750.

25. Flasar MH, Cross R, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. Prim Care Clin Off Pract. sept 2006;33(3):659-84.

26. Le triage en structure des urgences, recommandations formalisées d'experts. Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. 2013 [cité 18 août 2021]; Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf

7. ANNEXES :

Annexe 1. Présentation des différentes étiologies possibles en fonction de la localisation anatomique de la douleur abdominale, d'après Flasar & al (25)

Box 1. Anatomic origin of pain

Right upper quadrant
Peptic ulcer disease
Biliary disease
- Biliary colic
- Cholecystititis
- Choledocholithiasis,
- Cholecystitis
- Cholangitis

Liver disease
- Hepatitis
- Neoplasm
- Abscess
- Congestive hepatopathy

Lung disease
- Pneumonia
- Subphrenic abscess
- Pulmonary embolism
- Pneumothorax

Abdominal wall
- Herpes Zoster
- Muscular stain

Kidney disease
- Pyelonephritis
- Perinephric abscess
- Nephrolithiasis

Colonic causes
- Colitis
- Right-sided diverticulitis

Middle upper abdomen
Peptic ulcer disease
Pancreatitic disease
- Pancreatitis
- Pancreatic neoplasm

Biliary disease
- Biliary colic
- Cholecystititis
- Choledocholithiasis
- Cholecystitis
- Cholangitis

Esophageal disease
- Reflux esophagitis
- Infectious esophagitis
- Pill esophagitis

Cardiac disease
- Myocardial ischemia or infarction
- Pericarditis

Abdominal aortic aneurysm (AAA) rupture/dissection
Mesenteric ischemia

Left upper quadrant
Peptic ulcer disease
Splenic disease
- Splenic rupture
- Splenic infarct

Pancreatic disease
- Pancreatitits
- Pancreatic neoplasm

Lung disease
- Pneumonia
- Subphrenic abscess
- Pulmonary embolism
- Pneumothorax

Kidney disease
- Pyelonephritis
- Perinephric abscess
- Nephrolithiasis

Periumbilical
Appendicitis (early)
Small bowel obstruction
Gastroenteritis
Mesenteric ischemia
AAA rupture
AAA dissection

Right lower quadrant
Appendicitis
Inflammatory bowel disease (IBD)
OB-GYN causes
- Ovarian tumor
- Ovarian torsion
- Ectopic pregnancy
- Pelvic inflammatory disease (PID)
- Tubo-ovarian abscess

Kidney disease
- Pyelonephritis
- Perinephric abscess
- Nephrolithiasis

Intestinal disease
- Right-sided diverticulitis
- Ileocolitis
- Gastroenteritis
- Hernia

Suprapubic
IBD
OB-GYN causes
- Ovarian tumor
- Ovarian torsion
- Ectopic pregnancy
- PID
- Tubo-ovarian abscess
- Dysmenorrhea

Colonic disease
- Proctocolitis
- Diverticulitis

Urinary tract disease
- Cystitis
- Nephrolithiasis
- Prostatitis

Left lower quadrant
IBD
OB-GYN causes
- Ovarian tumor
- Ovarian torsion
- Ectopic pregnancy
- PID
- Tubo-ovarian abscess

Kidney disease
- Pyelonephritis
- Perinephric abscess
- Nephrolithiasis

Intestinal disease
- Sigmoid diverticulitis
- Ileocolitis
- Gastroenteritis
- Hernia

Diffuse
Gastroenteritis
Bowel obstruction
Peritonitis
Mesenteric ischemia
IBD
Diabetic ketoacidosis
Porphyria
Uremia
Hypercalcemia
Sickle cell crisis
Vasculitis
Heavy metal intoxication
Opiate withdrawl
Familial Mediterranean fever
Hereditary angioedema

Annexe 2. Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) (26)

Niveau CIMU	Situation	Risque	Ressource	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 1 min	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Annexe 3. Catégories de diagnostics

Catégories et diagnostics au premier passage
Catégorie DANS
DANS
Catégorie Œso-gastrique
RGO-Gastrite-UGD
Gastroparésie
Méléna
Rectorragie
Hématémèse
Catégorie Hépatobiliaire
Colique hépatique
Cholécystite
Pancréatite
Catégorie décompensation de cirrhose
Ascite
Encéphalopathie hépatique
Catégorie néoplasie
Carcinose péritonéale
Tuméfaction / masse
Cancer colorectal
Métastase hépatique
Catégorie troubles métaboliques
Déshydratation
Hyponatrémie
Insuffisance rénale
Insolation
Allergie
Diabète
Intoxication médicamenteuse
Effet indésirable médicamenteux
Catégorie GEA / Toxi infection alimentaire
Diarrhées
Vomissements
Colite / iléite
GEA / TIA / TIAC
Catégorie urologique
Infection urinaire / pyélonéphrite
Colique néphrétique
Rétention aiguë d'urine
Complication sonde / matériel
Lithiase vésicale
Autre problème urologique

Catégories et diagnostics au premier passage
Catégorie inflammation tube digestif
Rectite
Diverticulose/Diverticulite
Hépatite
Appendicite
Appendagite
Fistule intestinale
MICI / Crohn / RCH
Adénolymphite mésentérique
Surinfection chirurgicale
Crise hémorroïdaire
Catégorie syndrome occlusif
Hernie ombilicale / inguinale
Constipation / Fécalome
Occlusion / volvulus
Catégorie cardiopulmonaire
Insuffisance cardiaque
Pneumopathie/épanchement pleural/BPCO/asthme
Malaise vagal
Douleur thoracique
Pleuropéricardite
Catégorie gynécologie et organes génitaux
Salpyngite / orchiépididymite
Hémorragie kyste ovarien
Grossesse
Endométriose
Catégorie neurologie / psychiatrie / rhumatologie / ORL / douleur
Angine
Vertige
Anxiété / angoisse
Problème social
Céphalée
Troubles mentaux / psychiatriques
Altération de l'état général
Lombalgie / Lumbago
Sciatique
Syndrome de sevrage
Syndrome cannabinoïde
Douleur musculaire
Hoquet
Fracture de côte
Douleur pariétale

Annexe 4. Seize patients avec erreur diagnostique au premier passage

	Diagnostic du premier passage	**Diagnostic du retour**	**Orientation au retour**
1	Gastrite	Occlusion sur bride	Hospitalisation
2	Gastroentérite	Syndrome cannabinoïde	Retour à domicile
3	Gastroentérite	Colique néphrétique	Retour à domicile
4	DANS	Appendicite	Hospitalisation
5	DANS	Gastrite	Retour à domicile
6	DANS	Syndrome cannabinoïde	Retour à domicile
7	DANS	Œsophagite	Retour à domicile
8	Colique néphrétique	Pyélonéphrite	Retour à domicile
9	DANS	Cholécystite	Hospitalisation
10	Gastroentérite	Pancréatite aiguë	Hospitalisation
11	Constipation	Ascite	Retour à domicile
12	Gastroentérite	Crise suicidaire avec somatisation	Hospitalisation
13	DANS	Syndrome occlusif	Hospitalisation
14	DANS	Pyélonéphrite	Retour à domicile
15	DANS	Appendicite	Hospitalisation
16	DANS sur cancer colique	Évolution de métastases hépatiques sur cancer colique connu	Hospitalisation

BENGUIGUI Tom 2021 TOU3 1632

PREDICTIVE FACTORS OF EARLY RETURN IN THE EMERGENCY DEPARTMENT FOR ABDOMINAL PAIN

ABSTRACT:

Background: Abdominal pain represents up to 10% of the motives for a visit in the emergency department (ED). It also represents the first cause of early revisits in the ED, up to 25% of the returns. Early revisits are sometimes the sign of a dysfunction in the health system, and can lead to complications for the patient, and an increase in the flux and its binded costs.

Materials and methods: This is a retrospective study, monocentric on the ED of the CHU de Toulouse, from the 1st June 2019 until the 9th July 2019. Patients who had visited for non-traumatic abdominal pain have been included. The outcome was an early return in the 7 days following the first visit, for the same motive. This study tried to establish evidence of predictive factors of early return for abdominal pain, using a bivariate and multivariate analysis.

Results: 757 patients have been included, and 60 patients or 7,9% have been revisiting the ED early for the same motive. 14 of these patients (23,3%) have been admitted to the hospital at their return. The presence of a fever, and the history of abdominal surgery seem to be predictive factors for early return, following the multivariate analysis. Right flank pain was more frequent, and epigastric or right iliac region pains were less frequent in case of returns, but the location of the pain was not a predictive or protective factor in the multivariate analysis.

Discussion: Early returns of patients who had visited the ED for abdominal pain are relatively frequent, as they affect 7,9% of the patients. A history of abdominal surgery and the presence of fever were predictive of early return that may require investigations or monitoring before discharge decision. A systematic early consultation for the follow-up of these patients could be organized to ensure a favorable outcome.

ORIGINAL TITLE: Les facteurs prédictifs de reconsultation précoce aux urgences pour douleur abdominale

KEYWORDS: Predictive factors, early, return, revisit, abdominal pain, emergency, fever, abdominal surgery

Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Dominique LAUQUE

BENGUIGUI Tom 2021 TOU3 1632

LES FACTEURS PRÉDICTIFS DE RECONSULTATION PRÉCOCE AUX URGENCES POUR DOULEUR ABDOMINALE

RÉSUMÉ :

Contexte : Les douleurs abdominales représentent jusqu'à 10% des motifs de consultation aux urgences. Elles représentent la première cause de reconsultation précoce aux urgences avec jusqu'à 25% des retours. Les retours précoces sont parfois le signe d'un dysfonctionnement du système de soin, et peuvent engendrer des complications pour le patient, et une augmentation du flux aux urgences et des coûts liés.
Matériels et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique sur les urgences adultes du CHU de Toulouse, du 1er juin 2019 au 9 juillet 2019. Les patients ayant consulté pour douleur abdominale non traumatique ont été inclus. Le critère de jugement était une reconsultation précoce dans les 7 jours pour le même motif. Cette étude a cherché à mettre en évidence des facteurs prédictifs de reconsultation précoce pour douleur abdominale, tant démographiques, qu'anamnestiques, cliniques, ou encore de prise en charge, par analyse bivariée et multivariée.
Résultats : 757 patients ont été inclus, et 60 patients soit 7,9% ont reconsulté précocement aux urgences pour le même motif. 14 de ces patients (23,3%) ont été hospitalisés à leur retour. La présence d'une fièvre et la présence d'antécédents de chirurgie abdominale étaient prédictifs de reconsultation précoce suite à l'analyse multivariée. Les douleurs du flanc droit étaient plus fréquentes en cas de retour, et les douleurs épigastriques ou de la fosse iliaque droite étaient moins fréquentes en cas de retours, mais la localisation de douleur n'était pas un facteur de risque ou un facteur protecteur en analyse multivariée.
Discussion : Les retours précoces des patients ayant consulté aux urgences pour douleur abdominale sont relativement fréquents puisqu'ils concernent 7,9% des patients. Un antécédent de chirurgie abdominale et la fièvre sont les deux facteurs de risque de retour précoce qui doivent rendre vigilant pour explorer ou surveiller ces patients avant de les faire sortir. Une reconsultation précoce systématique de suivi de ces patients pourrait être organisée pour s'assurer de l'évolution favorable.

TITRE EN ANGLAIS :
Predictive factors of early return in the emergency department for abdominal pain

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Diplôme d'étude spécialisée en médecine d'urgence

MOTS-CLÉS : Facteur prédictif, reconsultation, retour, précoce, douleur abdominale, urgences, fièvre, chirurgie abdominale

Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Dominique LAUQUE