

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1594

**THÈSE**  
**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Lucas GAUTHIER**

Né le 06/08/1997 à Limoges (Haute-Vienne)

Le 2 Octobre 2024

**Evaluation de l'intuition clinique des médecins urgentistes  
dans la prise en charge des douleurs abdominales non  
traumatiques de l'adulte aux urgences du CHU de  
TOULOUSE**

Directeur de thèse : Dr Gwendoline LATOURNERIE

**JURY**

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER Président

Monsieur le Professeur Charles Henri HOUZE-CERFON Assesseur

Monsieur le Professeur Bertrand GUIHARD Assesseur

Madame le Docteur Pauline MARCHETTO Assesseur

Madame le Docteur Gwendoline LATOURNERIE Suppléant



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

FACULTÉ DE SANTÉ  
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine  
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. FUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALEGAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONIEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAWY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROG Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICCOEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme FUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISSCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	Mise à jour le 14/05/2024

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

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

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies Infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHALFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHALUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	Mme FERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUIZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. BERRANO Elle (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Marie (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**  
Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maieutique et Paramédical**

P.U. - P.H. 2ème classe		Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie Infantile	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b>
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	M. ABITTEBOUL Yves
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	M. BIREBENT Jordan
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	M. BOYER Pierre
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	Mme FREYENS Anne
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. COGNARD Christophe	Radiologie	Mme LATROUS Lelia
Mme CORRE Jill	Hématologie	M. POUTRAIN Jean-Christophe
Mme DALENC Florence	Cancérologie	M. STILLMUNKES André
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	<b>Professeurs Associés Honoraires</b>
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	Mme MALAVALD Sandra
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie	Mme PAVY LE TRACON Anne
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	M. SIBAUD Vincent
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	Mme WOISARD Virginie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWVAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARK Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale	
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PIAU Antoine	Médecine Interne	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie	
M. ROUMGUE Mathieu	Urologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loïc	Hématologie	

**FACULTÉ DE SANTÉ**  
**Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOUJ Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDI Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. RIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSANG Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSANG Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine Interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine Interne
M. GONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUIROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GUSEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emilie  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Mariele  
M. SAVIGNAC Florian

## Remerciements aux membres du jury

**Au Professeur Charpentier**, merci de me faire l'honneur de présider mon jury. De votre implication pour la médecine d'urgence, et d'avoir été à l'écoute le jour où je me suis présenté pour intégrer le DESMU.

**Au Professeur Houze-Cerfon**, merci pour ton implication pour le DESMU Toulousain et pour la formation au CESU qui est de grande qualité.

**Au Professeur Guihard**, merci de faire partie de mon jury, pour les échanges, pour tous les séminaires et toutes les simulations que j'ai réalisés avec toi. La qualité de ton enseignement m'a beaucoup apportée.

**Au Docteur Marchetto**, merci de faire partie de mon jury, de ta pédagogie et pour toutes les gardes passées ensemble depuis mon 1<sup>er</sup> semestre aux urgences.

**Au Docteur Latournerie**, merci pour ton aide sans faille, ton encadrement et ton travail aux urgences qui resteront un exemple pour moi à ton implication pour ma thèse. Depuis l'ébauche d'un sujet de thèse un matin de garde à la SAUV jusqu'à aujourd'hui le projet aura bien évolué ! Merci de m'aider pour les stats, d'être aussi réactive... Profites bien de la Réunion ! La dodo lé la ! merci...

## Remerciements personnels

**A mes parents Denis et Elisabeth**, qui m'ont toujours soutenu, guidé, conseillé et accompagné durant ces 27 années, ma réussite aujourd'hui est aussi la vôtre. Je vous embrasse.

**A mon grand frère Victor** : merci pour ta générosité, pour les passions communes et tous les moments partagés, depuis les parties de tennis, des aprem à la bfm à pirater les CDS et aux parties de jeux sur zebest 3000.

**A mon petit frère Jérôme** : j'espère être de bon conseil à chaque fois que tu me le demandes et que tu vas t'épanouir l'année à venir. A toutes les parties fifa et Red dead et surtout aux innombrables sorties vélos, merci d'avoir été à mes côtés pendant le confinement qui finalement restera un bon souvenir.

Aux vacances annuelles passées ensemble qui je l'espère vont perdurer. Je vous aime (même si vous n'avez pas osé faire l'Hurakan condor).

**A mes grands-parents**, pour votre générosité, les vacances à la campagne que j'adorais, d'avoir permis de réunir toute la famille à de nombreuses occasions. Grosses bises.

**A toute la famille auvergnate Valérie, les cousins Nicolas, Julien, Marie, Pierre** et tous les autres, merci pour tous les séjours passés ensemble.

**A Franck** enfin, merci d'être l'oncle que tu es, de m'avoir fait partager ta passion pour la nature et le rugby, les cueillettes de champignons aux myrtilles et j'en passe, je t'embrasse.

**A Alain, François, Christine**, pour les repas de Noël, les visites associées à Paris et Lille qui sont de supers souvenirs, un grand merci de me faire le plaisir d'assister à ma thèse.

**A la bande de copains Val, JUL, nanard, Arthur, Dubech**. Merci de faire partie de mes meilleurs amis, depuis les souvenirs d'amphi de PACES (un peu plus pour Arthur vieille branche) malgré un certain manque d'assiduité, aux soirées d'externat, aux vacances à fort accent culinaire (casa guedess) jusqu'à aujourd'hui, une amitié qui restera pour toujours j'en suis certain.

**A Guillaume**, merci de m'avoir fait découvrir l'alpinisme et la montagne, j'ai oublié le compte mais je crois que je peux m'incliner face à ta supériorité au ping pong à mon grand regret... A toutes les sorties à vélo passées et à venir, sur Pau peut être ?

**A Antoine B**, pour me motiver à faire du fractionné, à la course à pied et à nos petchites discussions. Je n'oublie pas le pari de faire un triathlon avant la fin du DJ, plus qu'à fixer une date...

**A Antoine R**, merci d'avoir été un colloque si facile à vivre, d'être aussi généreux, pour tes talents de cuisinier hors pairs, tes rhums arrangés, et de partager la passion du rugby avec moi. A tous les matchs de top 14 qu'il me tarde de regarder ensemble.

**A Antoine N**, merci pour tes conseils toujours avisés, de m'avoir permis de découvrir l'escalade. Il me manque mon partenaire de grimpe à Altissimo !! De ton amour des bons restos et du vin, il est grand temps de fixer une date pour le séjour œnologie !

**Aux copains Toulousains, Nico, Joaquim, Matthieu** et tous les autres.

**A la team Limougeaude : Léa, Fatou, Méloche, Aubin, Max, matthieu**, des Waves offshore au rhum de la réunion, à bientôt pour de prochaines vacances que j'attends avec impatience à l'heure où j'écris ces lignes.

**A la team de Tarbes numéro 1** : et surtout **Roxane, Blandine** (et tes fameux chocolats aussi nutritifs qu'un repas), merci pour les journées passées dans la poudreuse, d'avoir rendu ce 1<sup>er</sup> semestre aussi mémorable.

**A la team Tarbaise numéro 2**, la team Baby **Lilian, Matthieu, Alex, Vincent x 2 et JR**, merci pour les tournantes à coup de casserole, les parties de squash et la découverte du padel, les repas chez Loulou et d'avoir fait de moi un joueur de baby aguerri.

**A l'équipe de Tarbes** : aux 2 semestres passés là-bas qui ont été un plaisir, merci à toute l'équipe, et en particulier à Johann et Pascal qui ont su m'écouter et m'aider dans mon choix que je n'ai pas regretté un seul jour.

**A toute la DESMU 5** (meilleure promo), merci d'être vous et de m'avoir aussi bien accueilli en tant que ½ interne en plus ;) Dommage pour le DJ qu'on ne passera pas ensemble quand même, j'espère devenir votre interne préféré l'année prochaine.

**A toute la team de l'internat de Rangueil**, merci d'avoir pimenté mon 2<sup>ème</sup> semestre aux urgences, pour les combos guinguette piscine mémorables, pas merci aux chambres à 40° pendant la canicule.

**Aux copains du TRIC**, qui m'ont accueilli chaleureusement, et aux voyages de cohésion ressourçant...

**A toute l'équipe du PUG Rangueil, Zara, Marion** pour leur encadrement lors de ce semestre qui m'a énormément apporté.

**A l'équipe des urgences pédiatriques** que je m'apprête à retrouver avec plaisir, pour l'esprit de bienveillance et la bonne humeur que j'ai ressenti tout au long de ce semestre.

**Aux équipes des urgences adultes et du Samu**, pour le compagnonnage, l'encadrement et la pédagogie de tous les chefs qui se reconnaîtront, toutes les gardes passées ensemble et aux semestres qui ont défilés à une vitesse folle.

Et enfin à **Romane**, merci d'être qui tu es, de ta bienveillance, de ta joie de vivre. D'être à l'écoute et de tirer le meilleur de moi. A tous les restos qu'il nous reste à faire. Je considère officiellement que je suis plus rapide que toi à la natation, on homologuera ça à la piscine de Léon Marchand si tu préfères... Je t'aime.

# Table des matières

ABREVIATIONS.....	13
1. INTRODUCTION.....	14
2. MATERIELS ET METHODE.....	17
<u>2.1 Type d'étude</u> .....	17
<u>2.2. Cadre réglementaire</u> .....	17
<u>2.3. Population d'étude</u> .....	17
2.3.1. Critères d'inclusion	
2.3.2 Critères de non inclusion	
<u>2.4 Critère de jugement</u> .....	18
<u>2.5 Données recueillies</u> .....	18
2.5.1 Données recueillies à J0	
2.5.2 Données recueillies à J7	
<u>2.6 Nombre de sujets nécessaires</u> .....	20
<u>2.7 Statistiques</u> .....	20
3. RESULTATS.....	22
<u>3.1 Population d'étude</u> .....	22
<u>3.2 Comparaison des deux populations</u> .....	28
<u>3.3 Facteurs de risque d'instauration de traitement spécifique</u> .....	29
<u>3.4 Evaluation de l'intuition clinique</u> .....	30
4. DISCUSSION.....	31
5. LIMITES DE L'ETUDE .....	35
6. CONCLUSION.....	36
7. BIBLIOGRAPHIE.....	37
8. ANNEXES.....	40
Résumé (anglais).....	46
Résumé (français).....	47

## ABREVIATIONS

DANS : Douleur abdominale non spécifique

SU : Service des Urgences

CPP : Comité de Protection des Personnes

UA : Urgences Ambulatoires

AMCT : Accueil Médico-chirurgical et traumatique

CMCT : Consultation médico-chirurgicale et traumatique

CIMU : Classification infirmière des malades aux urgences

SAUV : Service d'accueil des urgences vitales

FC : Fréquence cardiaque

TA : Tension artérielle

PAS : Pression artérielle systolique

SpO<sub>2</sub> : Saturation pulsé en oxygène

EN : Echelle numérique de la douleur

CRP : protéine C réactive

IPP : Inhibiteurs de la pompe à protons

AUC : Aire sous la courbe

# 1. INTRODUCTION

La douleur abdominale aiguë non traumatique est un motif fréquent de consultation aux urgences. Elle représente entre 5 à 10 % des motifs de consultation et constitue un challenge quotidien dans la pratique clinique du médecin urgentiste (1)(2)(3). De nombreux diagnostics peuvent être évoqués lors de la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë. Ces diagnostics peuvent être bénins ou engager le pronostic vital à court terme, et nécessiter l'intervention de médecins spécialistes tels que des gastroentérologues, chirurgiens digestifs, urologues, gynécologues...(4)(annexe 1). Les pathologies sous-jacentes ne nécessitent pas toutes de traitement immédiat pour prévenir des complications. Le bilan initial repose sur un interrogatoire et un examen clinique rigoureux. Les plaintes du patient et l'évaluation d'une douleur abdominale aiguë peuvent présenter des symptômes initiaux non spécifiques d'une pathologie digestive médicale ou chirurgicale et évoluer vers des symptômes plus spécifiques avec le temps (5). De plus, de nombreux diagnostics différentiels se présentent sous la forme d'un tableau abdominal aigu, s'expliquant par des douleurs projetées, une même innervation sensitive ou des symptômes digestifs (diarrhées, nausées, vomissements...) (6)(7)(annexe 2). Ces présentations atypiques peuvent entraîner un retard diagnostic y compris pour des pathologies mettant en jeu le pronostic vital comme les syndromes coronariens aigus, en particulier pour les patients âgés, diabétiques et de sexe féminin (7). Une étude a voulu standardiser la prise en charge des douleurs abdominales aiguës aux urgences sous la forme d'un protocole qui reste encore peu répandu et utilisé dans la pratique courante (5). Une proportion importante des patients consultant aux urgences présente une douleur abdominale aiguë non spécifique d'une pathologie digestive médicale ou chirurgicale et sort des urgences avec un diagnostic d'élimination aujourd'hui défini dans la littérature médicale sous le terme de douleur abdominale non spécifique (DANS). Les DANS sont la cause la plus fréquente de douleur abdominale aiguë non traumatique et constituent 21 à 33% de ces motifs de consultations (3)(8)(1). L'intérêt d'un avis spécialisé chirurgical sur leur examen a été évalué mais n'a pas montré de plus-value par rapport à un médecin urgentiste sur leur taux de reconsultation (9). Un score prédictif a été créé pour mieux diagnostiquer ce syndrome. De nature complexe et peu utilisable, il est basé sur des critères cliniques et biologiques, et reste non validé pour la pratique clinique (10).

L'ensemble de ces éléments rend le bilan diagnostique complexe pour le praticien. Les traitements antalgiques n'interfèrent pas dans le diagnostic et le délai de prise en charge (11). Le développement et la performance des examens d'imagerie au cours des dernières décennies font qu'ils occupent aujourd'hui une place essentielle au cours du bilan des douleurs abdominales. Une étude a montré que le diagnostic évoqué après examen et bilan biologique était corrigé dans 32% des cas après bilan scanographique (12). Le Scanner présente une meilleure sensibilité que l'échographie dans le diagnostic de pathologies fréquemment rencontrées comme les appendicites aiguës et les diverticulites (13)(14). Néanmoins, les indications non standardisées des examens d'imagerie suggèrent qu'un scanner abdominal est considéré comme non indiqué dans 21% des demandes (15). De nombreuses études se sont intéressées aux facteurs de risques d'anomalies à l'imagerie des patients consultants pour douleur abdominale aiguë non traumatique. Un antécédent de néoplasie abdominale, une défense abdominale et une douleur localisée sont les anomalies cliniques les plus fréquemment retrouvées en faveur d'une anomalie à l'imagerie (16). L'élévation de la protéine C réactive CRP et l'hyperleucocytose ont une sensibilité à 79% et une spécificité de 64% en faveur d'une pathologie urgente pour les patients souffrant d'une douleur abdominale aiguë (17). L'intuition clinique après anamnèse, examen clinique et bilan biologique est suffisante pour différencier une douleur abdominale non urgente et urgente pour laquelle un examen d'imagerie sera justifié d'emblée (5).

L'intuition clinique est définie comme un mode de raisonnement rapide, non analytique et inconscient, une somme de connaissances et de reconnaissances de situations accumulées avec l'expérience. On sait peu de choses sur la façon dont les médecins comprennent ce phénomène et sur la manière dont ils l'utilisent dans la pratique clinique. A mesure que croît l'intérêt et le développement de l'intelligence artificielle dans le domaine médical, de plus en plus d'études soulignent l'omniprésence de l'intuition clinique et son importance pour générer des hypothèses diagnostiques et déterminer la gravité d'un malade. L'intuition clinique préopératoire d'un chirurgien constitue un indicateur prédictif sur les risques du patient de développer une complication post opératoire (18). L'intuition clinique du praticien intervient tout au long de la prise en charge, à la fois pour des présentations cliniques courantes ou inhabituelles. Outre son impact pour émettre des hypothèses diagnostiques, elle intervient également pour corriger des diagnostics incorrects (19). Certains professionnels de santé ont plus recours à l'intuition clinique que d'autres. Les personnels de santé travaillant

dans une spécialité impliquant une proportion importante de prises en charge urgentes ou complexes sont davantage susceptibles d'utiliser leur intuition clinique (20). L'intuition de médecins urgentistes dès la première impression clinique au cours de la prise en charge de patients âgés a montré une corrélation significative sur leur morbi mortalité à J30 (21).

Dans la médecine d'urgence, l'intuition clinique occupe une place importante dans la pratique du médecin, car il doit prendre des décisions rapidement en disposant de peu d'informations, notamment dans la nécessité de demander des examens complémentaires (biologie, imagerie...). Si les examens d'imagerie demeurent indispensables dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës, l'intuition clinique du praticien, acutisée par la somme d'expériences vécues, permet d'observer des signes qui ne sont pas détectés par ces examens, tels que l'apparence du patient, son comportement, ses réponses verbales...

Il apparaît que l'intuition clinique est largement utilisée dans la prise en charge des douleurs abdominales au cours de leur prise en charge aux urgences. Si celle-ci a été étudiée pour évaluer les hypothèses diagnostiques des médecins urgentistes, notamment pour prédire les syndromes appendiculaires dans la population pédiatrique (22), peu d'études ont évalués l'intuition clinique sur la prise en charge diagnostique globale et thérapeutique des douleurs abdominales aiguës.

La prise en charge des douleurs abdominales est difficile, de nombreux scores ont essayé de la codifier mais ils sont peu utilisés en pratique (Annexe 4), et l'intuition clinique est largement utilisée afin de déterminer l'indication d'explorations complémentaires. Les douleurs abdominales peuvent être séparées en deux catégories aux urgences : celles qui nécessitent une prise en charge spécifique (antibiothérapie, intervention chirurgicale, hospitalisation, ...) et dont l'absence de prise en charge spécifique conduit à une aggravation clinique ; et les douleurs abdominales qui ne nécessitent aux urgences qu'une prise en charge antalgique.

Le but de notre étude est d'évaluer l'intuition clinique des urgentistes dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës non traumatiques de l'adulte.

## **2. MATÉRIELS ET MÉTHODE**

### **2.1. Type d'étude**

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective monocentrique sur les services d'urgences adultes du CHU de Toulouse aux hôpitaux de Purpan et de Rangueil, sur la période du 19 février 2024 au 6 juin 2024 inclus

### **2.2. Cadre réglementaire**

Cette étude a fait l'objet d'un avis favorable de la part du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud-Est 1 en catégorie 3, et est enregistrée sous le numéro ID-RCB : 2023-A02568-37. Le recueil de consentement de la part du patient a été fait de manière orale après remise en mains propres d'une fiche d'information écrite.

### **2.3. Population d'étude**

#### **2.3.1. Critères d'inclusion**

Nous avons inclus tous les patients de plus de 18 ans consultant au Service des urgences (SU) du CHU de Toulouse pour douleur abdominale non traumatique, évoluant depuis moins de sept jours. Les secteurs d'inclusions concernaient les Urgences Ambulatoires (UA) du SU de Purpan, l'Accueil Médico-chirurgical et traumatique (AMCT) et la Consultation médico-chirurgicale et traumatique (CMCT) du SU de Rangueil.

#### **2.3.2 Critères de non inclusion**

Nous n'avons pas inclus les patients transférés d'un autre service hospitalier ou ayant un diagnostic établi avant l'arrivée aux urgences. Les patients adressés aux urgences avec un bilan biologique ou un examen d'imagerie réalisé en externe n'ont pas été inclus, ainsi que les femmes enceintes et les patients présentant une forte suspicion de colique néphrétique.

## **2.4 Critère de jugement**

Le critère de jugement principal de cette étude était l'instauration d'une prise en charge spécifique médicale ou chirurgicale lors du recrutement à J0 ou lors du rappel à J7, en dehors d'une prise en charge antalgique. Les modalités de recueil étaient définies par un questionnaire établi lors du recrutement à J0 (annexes 5 et 6). Le recrutement pouvait s'effectuer par un interne ou un médecin sénior travaillant au SU. Après anamnèse et examen clinique du patient, l'intuition clinique du praticien sur la nécessité d'une prise en charge spécifique était recueillie par une autoévaluation sur une échelle visuelle et numérique.

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la performance de l'intuition clinique dans la nécessité d'instauration d'un traitement spécifique dans la prise en charge d'une douleur abdominale aux urgences. L'objectif secondaire est de déterminer les facteurs de risque d'instauration d'un traitement spécifique.

## **2.5 Données recueillies**

### **2.5.1 Données recueillies à J0**

Nous avons étudié lors du recueil à J0 :

- l'âge a été défini en plusieurs catégories : < 35 ans, 35 à 55 ans, 55 à 75 ans, et > 75 ans.
- le sexe
- la Classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) côtée de 1 à 5
- le secteur de recrutement (UA, CMCT, AMCT)
- la fréquence cardiaque (FC)
- la tension artérielle (TA)
- la saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) spo<sub>2</sub> < 94 %
- l'échelle numérique de la douleur (EN) côtée de 1 à 10
- la présence d'une hyperthermie (>37,8°) ou non

L'intuition clinique du praticien sur la nécessité d'une prise en charge spécifique était recueillie sur une échelle visuelle et numérique allant de 0 (prise en charge non indiquée) à 100 (prise en charge indispensable). Elle est exprimée en cinq catégories non indiquée – non nécessaire – possible – nécessaire – indispensable.



Lors du recueil, les antécédents suivants étaient recueillis :

- antécédent de chirurgie digestive
- antécédent de néoplasie digestive ancienne ou évolutive

Les éléments de l'examen clinique suivants ont été évalués :

- la présence d'une défense abdominale
- la présence d'une douleur à la décompression abdominale
- la présence d'une contracture abdominale
- la présence d'une douleur localisée ou non
- la localisation de la douleur selon les quadrants abdominaux de l'examen sémiologique
- l'abolition des bruits hydro aériques (BHA)
- un signe de Murphy positif
- des vomissements associés

Concernant la prise en charge des douleurs abdominales aiguës, les éléments suivants ont été recueillis :

- la réalisation d'un bilan biologique et si oui la présence d'anomalies
- la réalisation d'un examen d'imagerie
- le traitement antalgique reçu selon les paliers 1 à 3
- le diagnostic final retenu
- le devenir du patient (hospitalisation ou retour à domicile)
- le traitement de sortie si retour à domicile

### **2.5.2 Données recueillies à J7**

Le rappel téléphonique à J7 du recrutement concernait la sous population de patients non hospitalisés lors de la primo consultation. Il évaluait par entretien téléphonique les données suivantes :

- persistance des symptômes
- reconsultation médicale, et si oui dans quel lieu (SU, médecin traitant, autre)
- traitement antalgique modifié
- traitement spécifique introduit

### **2.6 Nombre de sujets nécessaires**

Notre hypothèse est que l'intuition clinique permet de déterminer la nécessité de traitement spécifique. D'après les données de la littérature sur les études sur l'intuition cliniques, les modèles établis retrouvent généralement une aire sous la courbe à 0.70. L'hypothèse nulle étant  $AUC = 0.5$ . Le calcul du nombre de sujets nécessaire avec un risque alpha de 0.05 et une puissance à 0.8 est de 75 patients. Nous avons pris une marge de 15% afin d'anticiper les perdus de vue. Nous avons souhaité inclure au moins 86 patients dans l'étude.

### **2.7 Statistiques**

L'analyse statistique des données a été réalisée avec le logiciel SAS 9.2® (SAS Institute, Cary, NC). Une première analyse a été réalisée afin de comparer les deux populations définies par la mise en place d'un traitement spécifique ou non. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage. Les variables quantitatives de l'étude n'ayant pas une distribution normale sont exprimées en médiane et interquartiles. La variable intuition clinique a été traitée comme une variable ordinale. Un test du Chi2 a été réalisé pour comparer les variables qualitatives. Un test de Wilcoxon a été utilisé pour comparer les variables quantitatives. Le seuil de significativité statistique est considéré atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5% ( $p < 0.05$ ). Nous n'avons pas utilisé de méthode d'imputation des données manquantes.

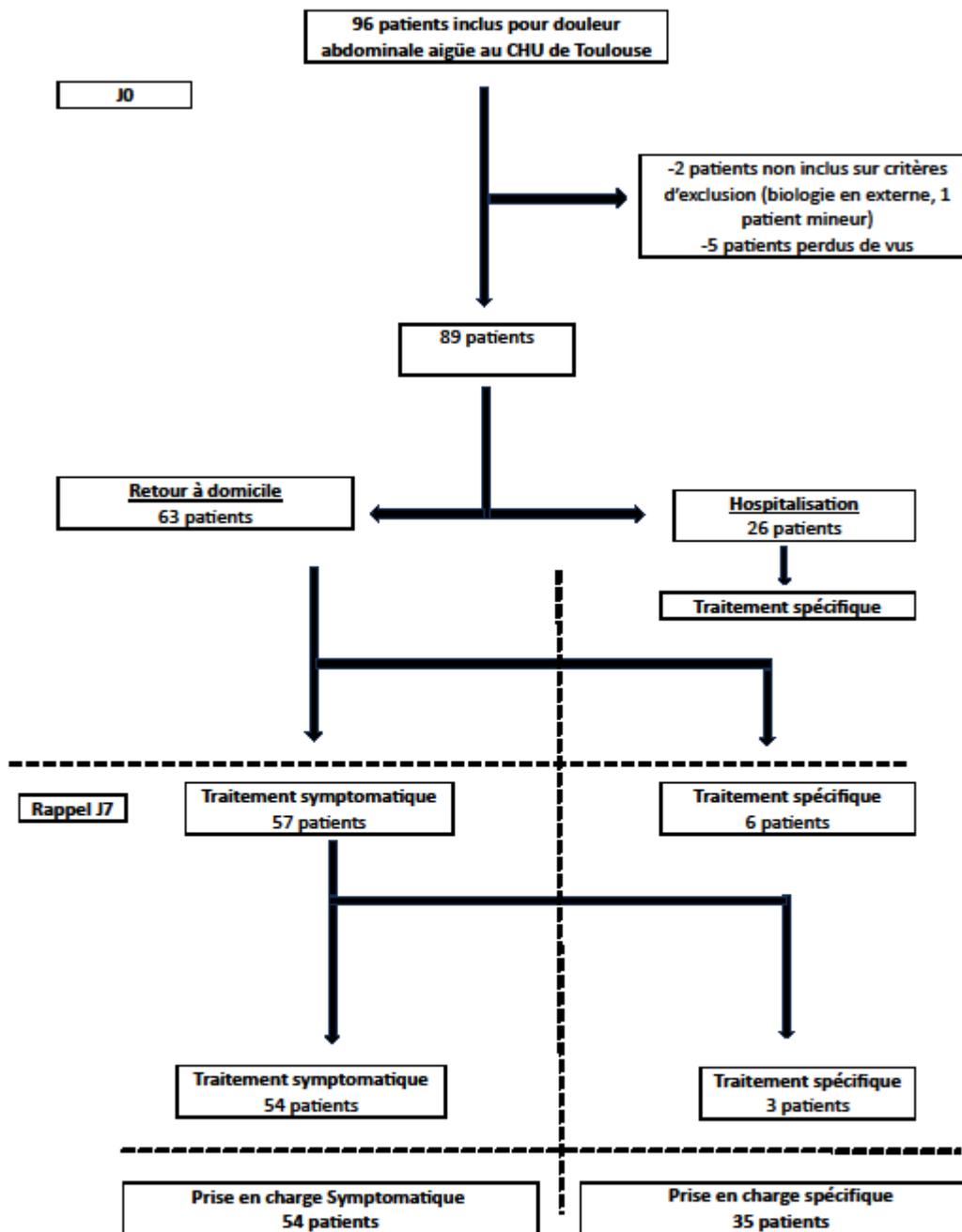
Une régression logistique a été réalisée dans un deuxième temps. Les variables associées en analyse bivariée avec  $p < 0.2$  ont été incluses dans le modèle de régression. Le modèle final a été obtenu via une sélection ascendante des variables.

Nous avons établi un modèle prédictif d'instauration d'un traitement symptomatique basé sur les données de l'examen clinique. Nous avons ensuite réalisé un modèle prédictif basé sur l'intuition clinique.

## **3. RESULTATS**

### **3.1 Population d'étude**

Quatre-vingt-seize patients ont été inclus dans notre étude, 2 patients ont été exclus et 5 patients ont été perdus de vue. Au total, 89 patients ont été analysés dans le cadre de cette étude. Vingt-six patients (29.2%) ont été hospitalisés, 63 patients sont rentrés au domicile. Parmi les patients rentrés au domicile, 6 patients ont bénéficié d'une prise en charge spécifique alors que 57 patients ont bénéficié d'une prise en charge antalgique simple (figure1). Lors du rappel à J7, 3 patients ont bénéficié d'une modification thérapeutique avec l'instauration d'un traitement spécifique.



**Figure 1 : Diagramme de flux**

	<b>Population générale N = 89</b>	<b>Traitement symptomatique n = 54</b>	<b>Traitement spécifique n =35</b>	<b>p value</b>
<b>Recrutement (n, %)</b>				0,07
Sénior	41 (46,07%)	29 (53,70%)	12 (34,29%)	
<b>Sexe (n, %)</b>				0,10
F	55 (61,8%)	37 (68,52%)	18 (51,43%)	
<b>Age (n, %)</b>				0,006
< 35	43 (48,31%)	33 (61,11%)	10 (28,57%)	
35-55	29 (32,58%)	16 (29,63%)	13 (37,14%)	
55-75	8 (8,99%)	3 (5,56%)	5 (14,29%)	
> 75	9 (10,11%)	2 (3,70%)	7 (20,00%)	
<b>CIMU (n, %)</b>				0,28
2	3 (3,37%)	1 (1,85%)	2 (5,71%)	
3	76 (85,39%)	45 (83,33%)	31 (88,57%)	
4	10 (11,24%)	8 (14,81%)	2 (5,71%)	
<b>Secteur (n, %)</b>				0,005
AMCT	16 (17,98%)	4 (7,40%)	12 (34,29%)	
CMCT	41 (46,07%)	29 (53,70%)	12 (34,29%)	
UA	32 (35,96%)	21 (38,89%)	11 (31,43%)	
<b>FC (médiane[Q1-Q3])</b>	86 [74-97]	87 [73-96]	82 [74-102]	0,51
<b>PAS (médiane, [Q1-Q3])</b>	130 [118-142]	129 [114-138]	130 [123-143]	0,35
<b>EN (n, %)</b>				0,21
0-3	21 (23,60%)	12 (22,22%)	9 (25,71%)	
4 à 6	30 (33,71%)	22 (40,74%)	8 (22,86%)	
> 6	38 (42,70%)	20 (37,04%)	18 (51,43%)	
<b>Température</b>				0,65
> 37,8 (n, %)	4 (4,49%)	2 (3,70%)	2 (5,71%)	
<b>ATCD de chirurgie digestive (n, %)</b>	30 (33,71%)	16 (29,63%)	14 (40,00%)	0,31
<b>ATCD de néoplasie digestive (n, %)</b>	5 (5,62%)	1 (1,85%)	4 (11,43%)	0,055
<b>Défense (n, %)</b>	22 (24,72%)	9 (16,67%)	13 (37,14%)	0,029
<b>Douleur à la décompression (n, %)</b>	28 (31,46%)	10 (18,52%)	18 (51,43%)	0,001
<b>Contracture abdominale (n, %)</b>	3 (3,37%)	0 (0,00%)	3 (8,57%)	0,029
<b>Douleur localisée (n, %)</b>	69 (77,53%)	41 (75,93%)	28 (80,00%)	0,65
<b>Localisation de la douleur (n, %)</b>				
Fosse iliaque droite	13 (19,12%)	6 (11,11%)	7 (20,00%)	
Fosse iliaque gauche	12 (17,65%)	7 (12,96%)	5 (14,29%)	
Flanc droit	3 (4,41%)	3 (5,56%)	0 (0,00%)	
Flanc gauche	2 (2,94%)	1 (1,85%)	1 (2,86%)	
Hypochondre droit	10 (14,71%)	5 (9,26%)	5 (14,29%)	
Hypochondre gauche	1 (1,47%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)	
Epigastre	19 (27,94%)	11 (20,37%)	8 (22,86%)	
Hypogastre	7 (10,29%)	6 (11,11%)	1 (2,86%)	
Péri ombilicale	1 (1,47%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)	
<b>BHA abolis (n, %)</b>	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)	
<b>Signe de Murphy (n, %)</b>	8 (8,99%)	2 (3,70%)	6 (17,14%)	0,03
<b>Vomissements (n, %)</b>	39 (43,82%)	23 (42,59%)	16 (45,71%)	0,77
<b>Intuition clinique (n, %)</b>				0,007
Non indiqué	18 (20,22%)	16 (29,63%)	2 (5,71%)	

Pas nécessaire	12 (13,48%)	9 (16,66%)	3 (8,57%)	
Possible	34 (38,20%)	19 (35,18%)	15 (42,86%)	
Nécessaire	16 (17,98%)	8 (14,81%)	8 (22,86%)	
Indispensable	9 (10,11%)	2 (3,70%)	7 (20,00%)	
<b>Réalisation d'un bilan biologique</b> (n, %)	82 (92,13%)	47 (87,04%)	35 (100,00%)	0,027
<b>Résultats du bilan biologique</b> (n, %)				
Perturbation de la fonction rénale	2 (2,25%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)	
Lipase augmentée	5 (5,62%)	0 (0,00%)	5 (14,29%)	
Syndrome inflammatoire	24 (26,97%)	8 (14,81%)	16 (45,71%)	
Perturbation du bilan hépatique	7 (7,87%)	2 (3,70%)	5 (14,29%)	
Bilan biologique normal	44 (49,44%)	37 (68,52%)	7 (20,00%)	
<b>Réalisation d'une imagerie</b> (n, %)	40 (44,94%)	14 (25,93%)	26 (74,29%)	<0,001
<b>Devenir</b> (n, %)				<0,001
Retour à domicile	63 (70,79%)	54 (100%)	9 (25,71%)	

CIMU : classification infirmière des malades aux urgences, AMCT : accueil médico chirurgical et traumatique, CMCT : consultation médico-chirurgicale et traumatique, UA : urgences ambulatoires, FC : fréquence cardiaque, PAS : pression artérielle systolique, ATCD : antécédent, EN : échelle numérique de la douleur, BHA : bruits hydro aériques

### **Tableau 1 : Caractéristiques de la population**

Le tableau 1 présente les caractéristiques de la population d'étude. L'âge médian de la population étudiée s'élève à 43 ans, avec une prédominance féminine de 61,8%. La majorité des patients (76 ; 85,39%) était classée CIMU 3, et le recrutement a été fait sur les secteurs ambulatoires (CMCT, UA) pour 73 patients (82,03%). La répartition entre les deux hôpitaux montre une prédominance de recrutement sur l'hôpital de Rangueil qui représente 64,05% du recrutement total. Ces patients avaient pour la plupart une douleur estimée > 6 (38, 42,70%). La population d'étude était principalement normocarde (86, [74-97]), normotendu (130, [118-142]) et apyrétique (85, 95,5%). Trente patients (33,71%) présentaient un antécédent de chirurgie digestive et 5 patients (5,62%) un antécédent de néoplasie digestive.

Concernant les signes cliniques la majorité présentait une douleur localisée (69 patients, 77,53%), principalement épigastrique (19 patients, 27,94%). Cette douleur abdominale s'accompagnait d'une défense clinique pour 22 patients (24,72%) et d'une douleur à la décompression pour 28 d'entre eux (31,46%). Seuls 3 patients (3,37%) présentaient une contracture abdominale et 1 patient présentait (1,12%) une abolition des BHA. Parmi les signes cliniques associés, des vomissements étaient présents pour 39 patients (43,82%) et un signe de Murphy positif pour 8 patients (8,99%). Sur les 89 patients de la population générale, 82

(92,13%) ont bénéficié d'un bilan biologique, s'avérant normal pour 44 (49,44%) d'entre eux. L'anomalie biologique la plus fréquemment retrouvée était le syndrome inflammatoire (24, 26,97%). Le bilan a été complété d'une imagerie diagnostique pour 40 patients (44,94%).

Au total, 63 patients (70,79%) de la population générale sont rentrés au domicile après la prise en charge aux urgences.

Les différents diagnostics sont résumés en annexe 3. Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés sont les DANS avec 23 patients (25,84%), les pathologies diverticulaires (6 patients : 6,74%) et les pancréatites aiguës (6 patients : 6,74%).

	<b>Population non hospitalisée à J0 (n=63)</b>
<b>Persistance des symptômes</b>	34 (53,97%)
<b>Reconsultation</b>	30 (47,62%)
<b>Lieu de reconsultation</b>	
Médecin généraliste	14 (22,22%)
Médecin spécialisé	7 (11,11%)
Service d'urgences	8 (12,70%)
<b>Modification du traitement antalgique</b>	16 (25,40%)
<b>Traitement spécifique introduit</b>	3 (4,76%)

J0 : jour de la primo consultation

## **Tableau 2 : Caractéristiques de la population non hospitalisée à J0**

Les données recueillies à 7 jours de la prise en charge initiale sont résumées dans le Tableau 2. Presque la moitié de l'effectif (30, 47,62%) a reconsulté au décours mais seul 3 patients (4,76%) ont bénéficié d'un changement de prise en charge thérapeutique lié à une correction du diagnostic initial. Deux d'entre eux ont dû être hospitalisés. 16 patients (25,40%) ont nécessité un changement d'antalgie lors du suivi. Les patients étudiés ont principalement reconsulté en consultation de médecin générale (14, 22,22%).

	Patient 1	Patient 2	Patient 3
<b>Recrutement</b>	Interne	Sénior	Sénior
<b>Sexe</b>	M	F	M
<b>Age</b>	75	31	38
<b>CIMU</b>	3	3	3
<b>Secteur</b>	AMCT	CMCT	UA
<b>Fréquence cardiaque</b>	144	129	127
<b>Pression artérielle systolique</b>	104	104	88
<b>EN</b>	>6	4 à 6	>6
<b>Température</b>	35-37,8	35-37,8	35-37,8
<b>Antécédent de chirurgie digestive</b>	Non	Oui	Non
<b>Antécédent de néoplasie digestive</b>	Oui	Non	Non
<b>Défense clinique</b>	Non	Oui	Non
<b>Douleur à la décompression</b>	Oui	Non	Oui
<b>Contracture abdominale</b>	Non	Non	Non
<b>Douleur localisée</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Localisation de la douleur</b>	FIG	FIG	Epigastre
<b>BHA abolis</b>	Non	Non	Non
<b>Signe de Murphy</b>	Non	Non	Non
<b>Vomissements</b>	Non	Non	Oui
<b>Intuition clinique</b>	Indiqué	Indiqué	Non indiqué
<b>Réalisation d'un bilan biologique</b>	Oui	Oui	Oui
<b>Anomalie au bilan biologique</b>	Non	Non	SIB
<b>Réalisation d'une imagerie</b>	Non	Oui	Non
<b>Diagnostic à J0</b>	GEA	DANS	Ulcère gastrique
<b>Nouveau diagnostic</b>	Bactériémie	Rupture de Kyste ovarien	Cholécystite aigue

CIMU : classification infirmière des malades aux urgences, AMCT : accueil médico chirurgical et traumatique, CMCT : consultation médico-chirurgicale et traumatique, UA : urgences ambulatoires, EN : échelle numérique de la douleur, BHA : bruits hydro aériques, GEA : gastro entérite aigue, DANS : Douleur abdominale non spécifique

### **Tableau 3 : Caractéristiques des patients ayant bénéficié de l'instauration d'une prise en charge spécifique à J7**

Les patients ayant bénéficié d'un changement de prise en charge (introduction d'un traitement spécifique) sont étudiés dans le Tableau 3. Parmi leurs caractéristiques communes, tous présentaient une fréquence cardiaque élevée, une douleur > 6 pour 2 d'entre eux (66%) ainsi qu'une douleur localisée (Fosse iliaque gauche, épigastre). Un patient était hypotendu (PAS=88) avec un choc index positif. L'intuition clinique initiale était élevée (indiqué) pour 2 patients (66%) et non indiqué pour 1 patient (33%). Les deux patients pour lesquels l'intuition

clinique était élevée ont bénéficié d'un bilan biologique qui ne retrouvait pas d'anomalie. Au total, 2 de ces patients (66%) ont nécessité une hospitalisation lors de la reconsultation. Ces diagnostics ont été réévalués lors de reconsultation (cholécystite, rupture de kyste ovarien) ou prescriptions d'examen complémentaires (bactériémie).

### **3.2- Comparaison des deux populations**

La comparaison des deux populations révèle que la majorité des patients ayant reçu une prise en charge spécifique a été recruté par des internes (23, 65,71%). Il n'y a pas de différence significative concernant le sexe ( $p = 0,1$ ). En revanche, il y a une différence significative concernant l'âge entre les deux groupes ( $p = 0,006$ ). Sur les 54 patients ayant reçu un traitement symptomatique, 33 patients (61,11%) avaient moins de 35 ans. Près d'un quart des patients avec traitement spécifique (7 patients soit 20%) avait plus de 75 ans.

Parmi les données paracliniques, les classification CIMU n'a pas montré de différence significative pour les deux populations majoritairement classées en CIMU 3 (45 patients soit 83,33% dans le groupe traitement symptomatique et 31 patients soit 88,57% dans le groupe traitement spécifique). De la même manière il y a une différence sur le secteur d'accueil. En effet, il y a davantage de patients orientés sur le secteur couché des urgences dans le groupe traitement spécifique.

La comparaison des paramètres vitaux n'a pas montré de différence significative pour la FC ( $p = 0,51$ ), la PAS ( $p = 0,35$ ), la température ( $p = 0,65$ ) et l'EN ( $p = 0,21$ ). Dix-huit des 35 patients (51,43%) avec prise en charge spécifique avaient néanmoins une EN > 6.

Concernant les ATCD de la population, il n'y a pas de différence significative sur la présence d'un antécédent de chirurgie digestive ( $p = 0,31$ ) ou de néoplasie digestive ( $p = 0,055$ ) même si quatre fois plus de patients avaient un antécédent de néoplasie dans la population spécifique.

L'analyse des signes cliniques montre qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la présence d'une douleur localisée ( $p = 0,65$ ) ou la présence de vomissements ( $p = 0,77$ ). Il existe une différence significative entre les deux groupes sur les signes cliniques suivants : la défense clinique ( $p = 0,029$ ), la douleur à la décompression ( $p = 0,001$ ), le signe de Murphy positif ( $p = 0,05$ ) et la contracture abdominale ( $p = 0,029$ ).

La nécessité d'une prise en charge spécifique s'avère possible (40-60%) pour 34 patients (38,20%) de la population générale selon l'intuition clinique des praticiens. L'analyse de l'intuition clinique montre une différence significative pour les deux populations ( $p = 0,007$ ). Ainsi, 25 patients sur les 54 avec traitement symptomatique (46,29%) avaient une intuition clinique jugée non indiquée ou non nécessaire contre 5 (14,28%) pour la population avec prise en charge spécifique. Inversement, sur le groupe traitement spécifique l'intuition clinique du praticien était jugée nécessaire ou indispensable pour 15 patients (42,86%) contre 10 (18,51%) pour le groupe traitement symptomatique.

Concernant les examens complémentaires, la réalisation d'un bilan biologique montre une différence significative entre les deux groupes : l'ensemble de la population avec traitement spécifique a bénéficié d'un bilan biologique, les 7 patients (12,96%) n'ayant pas eu de bilan ont tous reçu un traitement symptomatique. Les patients ayant reçu un traitement spécifique avaient significativement ( $p < 0,001$ ) plus de chance de recevoir une imagerie. Vingt-six des 35 patients du groupe traitement spécifique (74,29 %) en ont ainsi bénéficié contre 14 (25,93%) pour le groupe traitement symptomatique.

Au total, tous les patients ayant bénéficié d'un traitement symptomatique sont rentrés au domicile à la suite de leur prise en charge aux urgences. Dans le groupe traitement spécifique, 9 patients soit 25,71% sont rentrés au domicile.

### **3.3. Facteurs de risques cliniques d'instauration d'un traitement spécifique**

Nous avons réalisé une régression logistique afin de déterminer les facteurs de risque anamnestiques et cliniques associés à la nécessité de traitement spécifique. Les variables retenues dans le modèle final sont la douleur à la décompression, la présence d'un signe de Murphy et la contracture abdominale. Le tableau 4 regroupe les variables retenues ainsi que les Odds ratio. Un patient présentant une douleur majorée à la décompression à 5 fois plus de chance de nécessiter un traitement spécifique (OR = 5.288, [1,923 : 14,547]), un patient présentant un signe de Murphy à 6 fois plus de chance de bénéficier d'un traitement spécifique (OR = 6,827, [1,178 : 39,569]) et la présence d'une contracture abdominale entraîne 999 fois plus de chance de bénéficier d'une prise en charge spécifique (OR = > 999,999, [1,004 : > 999,999]).

	<b>OR</b>	<b>Intervalle de confiance</b>
<b>Douleur à la décompression</b>	5,288	[1,923 : 14,547]
<b>Signe de Murphy</b>	6,827	[1,178 : 39,569]
<b>Contracture abdominale</b>	>999,999	[1,004 : >999,999]

AUC : aire sous la courbe, OR : Odd ratio

**Tableau 4 : Facteurs associés à la prise en charge spécifique des douleurs abdominales. Odd-ratio (OR). AUC = 0.73 [0,64-0,84]**

### **3.4 Evaluation de l'intuition clinique**

Nous avons cherché à évaluer l'intuition clinique des urgentistes sur la prise en charge des douleurs abdominales. L'intuition est divisée en 5 catégories : non nécessaire – non indiquée – possible – nécessaire – indispensable.

Nous avons établi d'un côté un modèle de régression logistique avec l'aire sous la courbe et d'un côté un modèle avec un cut off. Le tableau 5 présente les résultats des modèles évaluant l'intuition clinique. Sans cut off, nous obtenons une aire sous la courbe de 0,71. Avec un cut off que nous avons placé à  $\geq$  nécessaire (c'est-à-dire lorsque que l'intuition était : traitement spécifique nécessaire ou indispensable), nous obtenons des valeurs de sensibilité à 0,43, une spécificité à 0,81, et des VVP et VPN similaires respectivement à 0,6 et 0,68.

<b>Evaluation du modèle Intuition clinique</b>					
	<b>Sans Cut off</b>	<b>Avec Cut off</b>			
	AUC	Se	Spe	VPP	VPN
<b>Intuition clinique</b>	0,71 [0,62-0,82]	0,43	0,81	0,6	0,68

AUC : aire sous la courbe, Se : sensibilité, Spe : spécificité, VPP : valeur prédictive positive, VPN : valeur prédictive négative

**Tableau 5 : Analyse de l'intuition clinique**

## 4. DISCUSSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer la pertinence de l'intuition clinique des médecins urgentistes lors de la prise en charge des douleurs abdominales aiguës. Cette intuition était évaluée à l'aide d'un questionnaire sur la probabilité qu'un patient puisse bénéficier d'une prise en charge spécifique (hors antalgiques) après examen et interrogatoire. Les études s'accordent à dire que l'intuition clinique est prépondérante dans beaucoup de situations cliniques, notamment l'intuition diagnostique. Nous avons voulu étudier l'intuition clinique des médecins urgentistes sur la prise en charge thérapeutique des patients consultant pour douleur abdominale aiguë non traumatique, un sujet complexe pour le praticien. Malgré le développement des examens complémentaires, la prise en charge des douleurs abdominales aiguës s'avère longue pour le praticien et le patient, dont la durée moyenne de séjour aux urgences s'élève à 6 heures et 15 minutes (3).

La moyenne d'âge de la population étudiée s'élève à 40 ans, avec une prédominance féminine de 61,8%, des données qui diffèrent par rapport aux études similaires où on retrouve une moyenne d'âge qui varie entre 42 et 49 ans (3)(1). Cette différence est probablement liée aux différents secteurs de recrutement. La majorité des patients ont été recrutés au sein des secteurs ambulatoires du CHU de Toulouse, un secteur sans surveillance scopée où la moyenne d'âge est plus jeune que dans d'autres secteurs tels que l'AMCT ou le Service d'accueil des urgences vitales SAUV.

Les données paracliniques diffèrent peu par rapport aux données connues. La population générale présentait moins d'antécédent de néoplasie que lors des études antérieures où l'incidence était de 11,1% (23). Cette différence peut s'expliquer par la moyenne d'âge plus jeune de notre population. Concernant l'analyse des signes cliniques : la douleur abdominale aiguë la plus représentée était localisée, épigastrique, associée à des vomissements. Des données similaires à une étude de 2021 s'intéressant aux facteurs de risques de reconsultation des douleurs abdominales aiguës (24).

Concernant la réalisation d'examens complémentaires, on remarque que plus de neuf patients sur dix ont bénéficié d'un bilan biologique, avec un résultat non perturbé pour la moitié des cas. Près de la moitié des patients évalués lors de la primo consultation ont bénéficié d'une

imagerie. Ces données confirment la prépondérance des examens complémentaires dans le bilan diagnostique. Un patient se présentant aux urgences pour douleur abdominale aigue non traumatique bénéficiera d'un bilan biologique dans 93% des cas et d'une imagerie dans 42% (25)(1). L'apport de l'imagerie diagnostique s'est multiplié au cours des dernières décennies pour le bilan des douleurs abdominales aiguës. L'expertise et l'intuition clinique du médecin urgentiste est suffisante pour identifier un tableau abdominal aigu nécessitant une prise en charge urgente mais l'apport de l'imagerie reste indispensable pour déterminer la pathologie intra abdominale en cause et la suite de la prise en charge. Il est en effet démontré qu'une laparoscopie exploratrice n'est pas recommandée dans le bilan diagnostique en 1ère intention (26). Le taux d'hospitalisation de notre population est de 29% ce qui est plus élevé que dans la littérature où les taux sont de 16 à 24% (1)(3).

Nous avons suivi la population non hospitalisée à J0. De nombreuses études se sont intéressées au suivi des DANS et aux facteurs de risques de reconsultation précoce aux urgences. Nous avons fait le choix de rappeler de manière systématique tous les patients pour éviter des perdus de vue (consultation dans un autre service d'urgence par exemple) et ce indépendamment du diagnostic initial. Le suivi des douleurs abdominales est primordial puisque 30% des patients non hospitalisés recevront un diagnostic différent après une réévaluation médicale à 24h et 19% auront une prise en charge modifiée d'après la littérature (27). 3 à 12% des DANS et des patients non hospitalisés vont reconsulter aux urgences (28). Notre étude a mis en avant un taux de reconsultation élevé pour près de la moitié de la population. Si le taux de reconsultation aux urgences est similaire aux données connues (12,7%), nous avons mis en évidence que les patients vont majoritairement reconsulter en médecine générale libérale. Plus de la moitié de l'effectif se plaignait encore de douleur abdominale à sept jours de la prise en charge initiale et 25% d'entre eux ont vu leur traitement antalgique modifié lors du suivi, suggérant un traitement antalgique insuffisant à la sortie des urgences.

Au cours de notre suivi 3 patients (4,8%) ont reçu un changement de diagnostic et une prise en charge spécifique, un taux qui s'avère plus faible que dans la littérature (8,8%) (28) suggérant une prise en charge diagnostique pertinente à J0. Certains patients étant néanmoins en cours de suivi à J7 (attente d'examens complémentaires par exemple).

L'étude de ces 3 patients a permis de mettre en évidence des caractéristiques communes. Tous étaient tachycardes avec une douleur localisée EN > 6, un patient présentait une défense

clinique et un autre une hypotension artérielle. Ces signes cliniques étant des facteurs de risques de morbi mortalité avérés des douleurs abdominales aiguës (23). Pour deux patients sur trois, l'intuition clinique du praticien était  $\geq$  nécessaire. Les bilans biologiques réalisés n'ont pas retrouvé de perturbations, ainsi que l'examen d'imagerie (TDM) reçu par un patient. On remarque donc que l'intuition clinique initiale du praticien urgentiste, basée sur la CIMU, l'interrogatoire, l'examen et l'impression clinique était pertinente pour 66% des patients ayant reçu un changement de thérapeutique. La normalité des examens complémentaires a pu faussement rassurer le praticien dont l'intuition clinique au début de la prise en charge diagnostique était adaptée.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes concernant la FC, PAS, la température et l'EN, ou les atcd de chirurgie abdominale. La tachycardie, l'hypotension artérielle et l'hyperthermie sont des facteurs de morbi mortalité connus des douleurs abdominales (23), orientant la prise en charge vers un traitement spécifique. L'absence de différence peut être liée à un manque de puissance de notre étude. Dans le groupe traitement spécifique, 4 fois plus de patients avaient un antécédent de néoplasie digestive, sans différence significative.

Nous avons cherché à déterminer les facteurs de risques d'instauration d'un traitement spécifique dans notre étude. Nous avons retenu trois facteurs de risque cliniques : un signe de Murphy positif, une douleur à la décompression et une contracture abdominale. On remarque que l'intervalle de confiance de l'OR pour la contracture abdominale s'étend vers l'infini. Cela est dû au fait que 100% des patients ayant présenté une contracture (n=3) ont nécessité une prise en charge spécifique, ce signe orientant donc particulièrement vers une thérapeutique spécifique d'après notre étude. Nos résultats sont conformes à la littérature ; aishah Dadeh & al avaient montré que la contracture abdominale et la douleur à la décompression sont des facteurs de morbi mortalité des douleurs abdominales aiguës (23). La présence d'une contracture abdominale en particulier, appelée aussi ventre de bois ou abdomen chirurgical aigu, entraîne quarante fois plus de risque (OR 39,68, 95% CI : 10,49–150,1) de morbi mortalité pour un patient (23). On remarquera que ces deux signes cliniques sont en faveur d'une affection péritonéale. La péritonite est définie comme une inflammation de la membrane séreuse qui tapisse la cavité abdominale et les organes qu'elle contient. Le péritoine étant un environnement stérile, il réagit aux stimuli pathologiques par une réponse inflammatoire, la péritonite résultante peut être stérile ou infectieuse (29). Les pathologies abdominales sont la seconde cause de sepsis et de péritonite secondaire (les premières causes étant les perforations d'organes, les

plaies pénétrantes et les nécroses ischémiques) (30). Le taux de mortalité des péritonites secondaires varie de 5% à 30-50% pour les formes compliquées (29). Le signe de Murphy est lui un signe clinique spécifique d'une pathologie intra abdominale, notamment en faveur d'une cholécystite aigue (31).

Notre modèle n'inclut pas la défense abdominale, signe clinique qui est pourtant recherché en priorité dans l'examen clinique d'une douleur abdominale et souvent avancé comme un critère de gravité. La défense abdominale a d'ailleurs clairement été identifiée comme un facteur de risque de morbi mortalité par aishah Dadeh & al (OR 22,31, 95% CI : 7,86–63,3) (23). L'absence de facteur de risque significatif pour cette donnée est probablement liée à un surdiagnostic dans le groupe traitement symptomatique. En effet, la défense abdominale est parfois évoquée à tort lors de la contraction musculaire abdominale des patients, souvent par appréhension lors de l'examen clinique.

Notre modèle de régression logistique basé sur les facteurs de risque clinique est défini par une AUC à 0,73 [0,64-0,84]. Le modèle de régression logistique basé sur l'intuition clinique est lui défini avec une AUC à 0,71 [0,62-0,82]. Bien que la comparaison de ces deux modèles n'ait pas été réalisée sur le plan statistique, nous pouvons supposer que l'intuition clinique seule a une performance similaire au modèle basé sur les critères cliniques, en sachant que celle-ci se base sur un faisceau d'arguments comprenant les données de l'examen clinique.

Les données de la littérature démontrent que le diagnostic suspecté après anamnèse et examen clinique s'avère correct dans 43-59% des patients se présentant pour douleur abdominale aigue, contre 46-49% avec l'ajout du bilan biologique (5), démontrant que l'intuition clinique avec les données du bilan biologique n'est pas meilleure que l'intuition clinique seule. Nos résultats sont globalement similaires aux différentes études réalisées sur l'intuition clinique aux urgences. Par exemple, une étude suisse a analysé l'intuition clinique sur la mortalité à 30 jours des patients aux urgences avec une AUC à 0,66 contre 0,75 pour une étude Hollandaise qui évaluait elle la morbi mortalité des patients de plus de 65 ans (21). Un travail Danois sur l'intuition clinique pour prédire la mortalité des patients admis en soins aigus dans les services d'urgences a notamment démontré que l'AUC augmentait avec l'expérience médicale, et lorsque les équipes d'infirmiers-ères et de médecins étaient d'accord, l'AUC augmentait à 0,898, suggérant que l'intuition clinique combinée des équipes soignantes serait plus performante (32). Notre étude montre que l'intuition clinique des praticiens du CHU était évaluée  $\geq$  indiquée pour 60% de la population avec traitement spécifique. 68% de la population

ayant reçu un traitement symptomatique avait une intuition < indiquée. Ainsi, pour 2 patients sur 3, l'intuition clinique était adaptée, et ce indépendamment de leur prise en charge thérapeutique. L'intuition clinique est donc un outil non négligeable dans l'orientation diagnostique et thérapeutique des douleurs abdominales aiguës.

Une des forces de notre étude réside dans son caractère prospectif. L'intuition des praticiens a été évalué de manière précoce, et ce indépendamment de la prise en charge finale. Nous avons rappelé de manière systématique tous les patients non hospitalisés lors de la première évaluation, permettant un suivi de tous les patients non hospitalisés y compris en médecine libéral. Ce suivi a notamment permis de soulever un traitement antalgique instauré insuffisant après le passage aux urgences. Nous n'avons à notre connaissance pas retrouvé d'étude similaire dans la littérature.

## **5. LIMITES DE L'ETUDE**

Nos résultats ont pu manquer de pertinence par un biais de recrutement, celui-ci étant partagé entre internes et séniors du service. Moins de la moitié des patients étudiés ont été recrutés par des séniors. L'expérience du clinicien est directement corrélée à la performance diagnostique dans l'évaluation de certaines pathologies abdominales comme le syndrome appendiculaire (22). L'absence de la défense abdominale comme facteur de risque d'instauration de traitement spécifique peut en être le reflet.

La majorité des patients ont été recrutés au sein des secteurs ambulatoires, notre population ne reflète donc pas l'ensemble des douleurs abdominales aux urgences puisque les patients accueillis au sein des urgences vitales n'ont pas été inclus. Nous aurions pu recruter sur une plus longue période pour avoir un nombre de patients plus conséquent et augmenter la puissance de notre étude. Certains patients rappelés à sept jours étaient en attente d'exams complémentaires.

La comparaison des groupes traitement symptomatique et traitement spécifique a été réalisée en considérant les inhibiteurs de la pompe à protons IPP comme un traitement symptomatique et non spécifique, au vu de leur utilisation largement répandue y compris à visée antalgique, et ce hors recommandation. Seulement 25% des prescriptions d'IPP en extra hospitalier et 33% en intra hospitalier respectent les recommandations (33).

## 6. CONCLUSION

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'intuition clinique des médecins urgentistes dans la prise en charge de la douleur abdominale aigue aux urgences. Nous avons ainsi proposé un modèle de régression logistique avec une performance satisfaisante (AUC = 0.71), ainsi qu'un modèle avec un cut-off présentant une bonne spécificité (81%) mais une sensibilité plus modeste (43%).

Nous avons également déterminé les facteurs de risque cliniques d'instauration d'un traitement spécifique. Ainsi, la douleur à la décompression, un signe de Murphy positif et la présence d'une contracture abdominale sont des facteurs associés à l'instauration d'un traitement spécifique.

Les résultats de notre étude ouvrent plusieurs possibilités pour de futures études sur l'intuition clinique. Il serait intéressant d'étudier celle-ci avec des analyses en sous-groupe selon le secteur de soins, de comparer l'intuition entre internes et médecins aux urgences pour évaluer l'impact de l'expérience sur l'intuition thérapeutique des douleurs abdominales aiguës, ou encore d'évaluer l'intuition des personnels paramédicaux.

  
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



Vu et permis d'imprimer,  
À Toulouse, le 06/09/24

La Présidente de l'Université Toulouse III Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation  
Le Doyen - Directeur  
Département Médecine, Maïeutique, et Paramédical  
Professeur Thomas GEERAERTS



## 7. BIBLIOGRAPHIE

1. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35-year retrospective. *Am J Emerg Med.* 2011 Sep;29(7):711–6.
2. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am.* 2003 Feb;21(1):61–72, vi.
3. 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.* 2016 Oct;4(19):362.
4. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician.* 2008 Apr 1;77(7):971–8.
5. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, expert steering group. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg.* 2015 Jan 28;32(1):23–31.
6. Cervellin G, Lippi G. Abdominal migraine in the differential diagnosis of acute abdominal pain. *Am J Emerg Med.* 2015 Jun;33(6):864.e3-5.
7. Palmer J, Pontius E. Abdominal Pain Mimics. *Emerg Med Clin North Am.* 2016 May;34(2):409–23.
8. Miettinen P, Pasanen P, Lahtinen J, Alhava E. Acute abdominal pain in adults. *Ann Chir Gynaecol.* 1996;85(1):5–9.
9. Saaristo L, Ukkonen MT, Laukkarinen JM, Pauniahho S-LK. The rate of short-term revisits after diagnosis of non-specific abdominal pain is similar for surgeons and emergency physicians - results from a single tertiary hospital emergency department. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2020 Jul 1;28(1):63.
10. Eskelinen M, Meklin J, Selander T, Syrjänen K, Eskelinen M. A Diagnostic Score (DS) in the Difficult Diagnosis of Non-specific Abdominal Pain (NSAP). *In Vivo.* 2021 Oct;35(5):2729–38.
11. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ.* 1992 Sep 5;305(6853):554–6.
12. Tsushima Y, Yamada S, Aoki J, Motojima T, Endo K. Effect of contrast-enhanced computed tomography on diagnosis and management of acute abdomen in adults. *Clin Radiol.* 2002 Jun;57(6):507–13.
13. Laméris W, van Randen A, Dijkgraaf MGW, Bossuyt PMM, Stoker J, Boermeester MA. Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale. *BMC Emerg Med.* 2007 Aug 6;7:9.
14. van Randen A, Laméris W, van Es HW, van Heesewijk HPM, van Ramshorst B, Ten Hove W, et al. A comparison of the accuracy of ultrasound and computed tomography

- in common diagnoses causing acute abdominal pain. *Eur Radiol.* 2011 Jul;21(7):1535–45.
15. de Burlet KJ, MacKay M, Larsen P, Dennett ER. Appropriateness of CT scans for patients with non-traumatic acute abdominal pain. *Br J Radiol.* 2018 Jul;91(1088):20180158.
  16. Allegret M. Épidémiologie des douleurs abdominales bénéficiant d'une tomodensitométrie aux urgences du CHU de Toulouse et du Centre Hospitalier d'Albi . [Undergraduate thesis]. CHU Toulouse; 2021.
  17. Chi CH, Shiesh SC, Chen KW, Wu MH, Lin XZ. C-reactive protein for the evaluation of acute abdominal pain. *Am J Emerg Med.* 1996 May;14(3):254–6.
  18. Marwaha JS, Beaulieu-Jones BR, Berrigan M, Yuan W, Odom SR, Cook CH, et al. Quantifying the Prognostic Value of Preoperative Surgeon Intuition: Comparing Surgeon Intuition and Clinical Risk Prediction as Derived from the American College of Surgeons NSQIP Risk Calculator. *J Am Coll Surg.* 2023 Jun 1;236(6):1093–103.
  19. Vanstone M, Monteiro S, Colvin E, Norman G, Sherbino J, Sibbald M, et al. Experienced physician descriptions of intuition in clinical reasoning: a typology. *Diagnosis (Berl).* 2019 Aug 27;6(3):259–68.
  20. L'intuition des médecins surpasse les modèles prédictifs de l'intelligence artificielle | National Geographic [Internet]. [cited 2024 Jul 25]. Available from: <https://www.nationalgeographic.fr/sciences/sante-medecine-traitement-intuition-des-medecins-surpasse-les-modeles-predictifs-intelligence-artificielle-ia>
  21. Zelis N, Mauritz AN, Kuijpers LIJ, Buijs J, de Leeuw PW, Stassen PM. Short-term mortality in older medical emergency patients can be predicted using clinical intuition: A prospective study. *PLoS ONE.* 2019 Jan 2;14(1):e0208741.
  22. Simon LE, Kene MV, Warton EM, Rauchwerger AS, Vinson DR, Reed ME, et al. Diagnostic performance of emergency physician gestalt for predicting acute appendicitis in patients age 5 to 20 years. *Acad Emerg Med.* 2020 Sep;27(9):821–31. Sciwheel inserting bibliography...
  23. Dadeh A-A. Factors associated with unfavorable outcomes in patients with acute abdominal pain visiting the emergency department. *BMC Emerg Med.* 2022 Dec 6;22(1):195.
  24. Les facteurs prédictifs de reconsultation précoce aux urgences pour douleur abdominale [Internet]. [cited 2024 Aug 13]. Available from: [https://catalogue-archipel.univ-toulouse.fr/primo-explore/fulldisplay?docid=33TOUL\\_ALMA21654353500004116&context=L&vid=33UT3\\_VU1&lang=fr\\_FR&tab=default\\_tab&query=any%2Ccontains%2Ctom%20bengui&sortby=date&facet=frbrgroupid%2Cinclude%2C213338256&offset=0](https://catalogue-archipel.univ-toulouse.fr/primo-explore/fulldisplay?docid=33TOUL_ALMA21654353500004116&context=L&vid=33UT3_VU1&lang=fr_FR&tab=default_tab&query=any%2Ccontains%2Ctom%20bengui&sortby=date&facet=frbrgroupid%2Cinclude%2C213338256&offset=0)
  25. Nagurney JT, Brown DFM, Chang Y, Sane S, Wang AC, Weiner JB. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. *J Emerg Med.* 2003 Nov;25(4):363–71.

26. Domínguez LC, Sanabria A, Vega V, Osorio C. Early laparoscopy for the evaluation of nonspecific abdominal pain: a critical appraisal of the evidence. *Surg Endosc*. 2011 Jan;25(1):10–8.
27. Toorenvliet BR, Bakker RFR, Flu HC, Merkus JWS, Hamming JF, Breslau PJ. Standard outpatient re-evaluation for patients not admitted to the hospital after emergency department evaluation for acute abdominal pain. *World J Surg*. 2010 Mar;34(3):480–6.
28. Koyuncu N, Karcioğlu O, Sener S. Nonspecific abdominal pain: A follow-up survey. *Niger J Clin Pract*. 2018 Mar;21(3):332–6.
29. Peritonitis and Abdominal Sepsis Clinical Presentation: History, Physical Examination [Internet]. [cited 2024 Aug 17]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/180234-clinical>
30. Leppäniemi A, Kimball EJ, De Laet I, Malbrain MLNG, Balogh ZJ, De Waele JJ. Management of abdominal sepsis--a paradigm shift? *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2015 May 14;47(4):400–8.
31. Rastogi V, Singh D, Tekiner H, Ye F, Kirchenko N, Mazza JJ, et al. Abdominal Physical Signs and Medical Eponyms: Physical Examination of Palpation Part 1, 1876-1907. *Clin Med Res*. 2018 Aug 30;16(3–4):83–91.
32. Brabrand M, Hallas J, Knudsen T. Nurses and physicians in a medical admission unit can accurately predict mortality of acutely admitted patients: a prospective cohort study. *PLoS ONE*. 2014 Jul 14;9(7):e101739.
33. Daumas A, Garros E, Mendizabal H, Gayet S, Bernard F, Bagnères D, et al. [Impact of an evaluation of the professional practices on the relevance of proton pump inhibitors prescriptions pertinence at the hospital]. *Rev Med Interne*. 2018 Aug;39(8):618–26.
34. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*. 2008 Apr 1;77(7):971–8.

## 8. ANNEXES

### Annexe 1: Selected Differential Diagnosis of Abdominal Pain d'après SARAH L. CARTWRIGHT, MD, AND MARK P. KNUDSON, MD, MSPH (34)

<i>Pain location</i>	<i>Possible diagnoses</i>
<b>Right upper quadrant</b>	<i>Biliary: cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis</i>
	<i>Colonic: colitis, diverticulitis</i>
	<i>Hepatic: abscess, hepatitis, mass</i>
	<i>Pulmonary: pneumonia, embolus</i>
	<i>Renal: nephrolithiasis, pyelonephritis</i>
<b>Epigastric</b>	<i>Biliary: cholecystitis, cholelithiasis, cholangitis</i>
	<i>Cardiac: myocardial infarction, pericarditis</i>
	<i>Gastric: esophagitis, gastritis, peptic ulcer</i>
	<i>Pancreatic: mass, pancreatitis</i>
	<i>Vascular: aortic dissection, mesenteric ischemia</i>
<b>Left upper quadrant</b>	<i>Cardiac: angina, myocardial infarction, pericarditis</i>
	<i>Gastric: esophagitis, gastritis, peptic ulcer</i>
	<i>Pancreatic: mass, pancreatitis</i>
	<i>Renal: nephrolithiasis, pyelonephritis</i>
	<i>Vascular: aortic dissection, mesenteric ischemia</i>
<b>Periumbilical</b>	<i>Colonic: early appendicitis</i>
	<i>Gastric: esophagitis, gastritis, peptic ulcer, small-bowel mass or obstruction</i>
	<i>Vascular: aortic dissection, mesenteric ischemia</i>
<b>Right lower quadrant</b>	<i>Colonic: appendicitis, colitis, diverticulitis, IBD, IBS</i>
	<i>Gynecologic: ectopic pregnancy, fibroids, ovarian mass, torsion, PID</i>
	<i>Renal: nephrolithiasis, pyelonephritis</i>
<b>Suprapubic</b>	<i>Colonic: appendicitis, colitis, diverticulitis, IBD, IBS</i>
	<i>Gynecologic: ectopic pregnancy, fibroids, ovarian mass, torsion, PID</i>
	<i>Renal: cystitis, nephrolithiasis, pyelonephritis</i>
<b>Left lower quadrant</b>	<i>Colonic: colitis, diverticulitis, IBD, IBS</i>
	<i>Gynecologic: ectopic pregnancy, fibroids, ovarian mass, torsion, PID</i>
	<i>Renal: nephrolithiasis, pyelonephritis</i>
<b>Any location</b>	<i>Abdominal wall: herpes zoster, muscle strain, hernia</i>
	<i>Other: bowel obstruction, mesenteric ischemia, peritonitis, narcotic withdrawal, sickle cell crisis, porphyria, IBD, heavy metal poisoning</i>

IBD = inflammatory bowel disease; IBS = irritable bowel syndrome; PID = pelvic inflammatory disease.

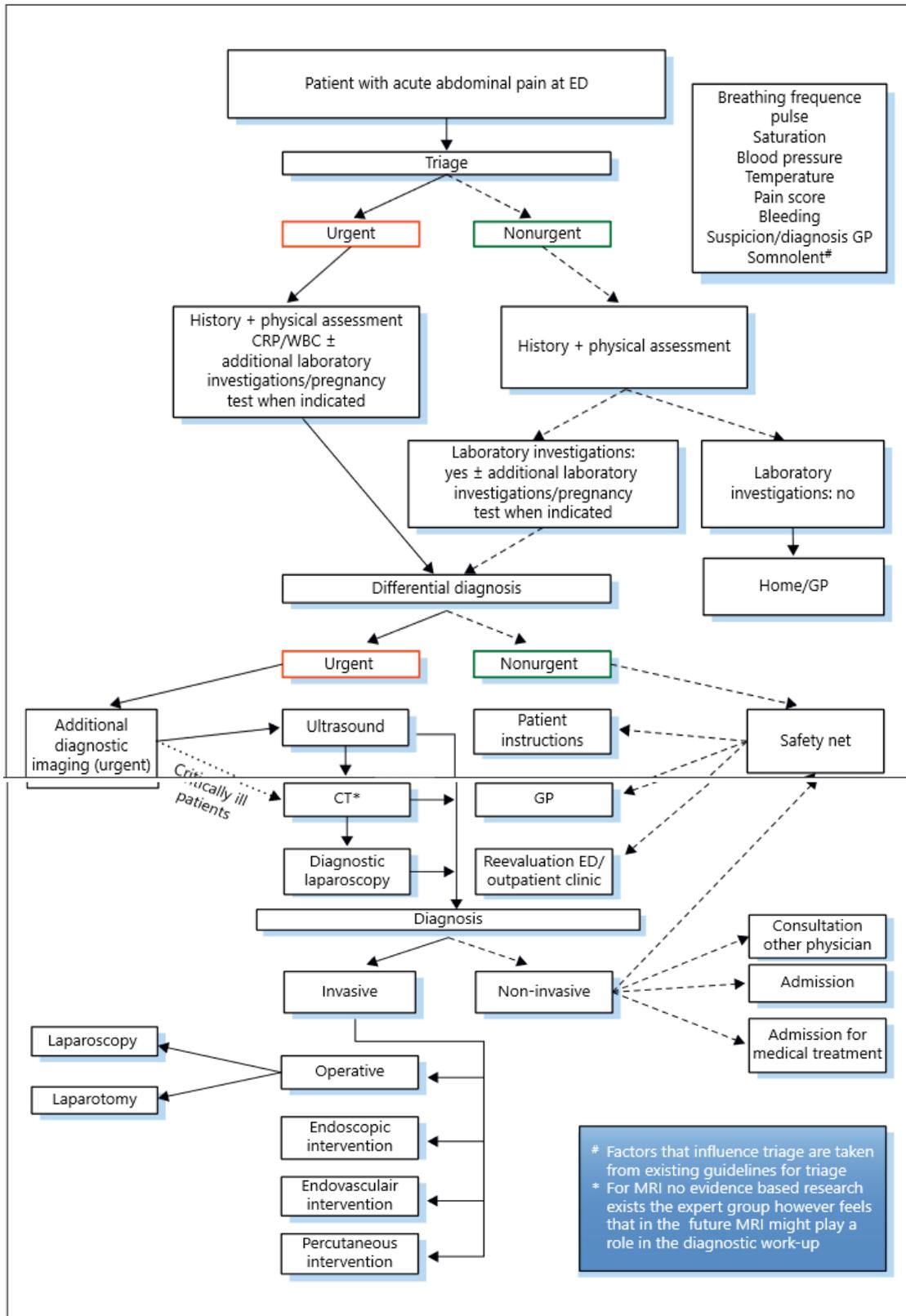
**Annexe 2 : Diagnostics différentiels des douleurs abdominales selon Jessica Palmer MD, Elizabeth Pontius MD (7).**

Box 1 Selected abdominal pain mimics by category	
<b>Cardiovascular/Pulmonary</b>	<b>Genitourinary</b>
Acute coronary syndrome	Ectopic pregnancy
Aortic dissection	Ovarian torsion
Congestive heart failure	Pyelonephritis
Pneumonia	Testicular torsion
Pulmonary embolism	Tubo-ovarian abscess
Ruptured abdominal aortic aneurysm	Uremia
<b>Environmental</b>	<b>Infectious</b>
Black widow spider bite	COVID-19
Envenomation	Herpes zoster
Heat stroke	Lemierre's syndrome
Mushroom toxicity	Lyme disease
<b>Functional</b>	Pneumonia
Cyclic vomiting syndrome	<b>Metabolic</b>
Irritable bowel syndrome	Adrenal crisis
<b>Hematologic</b>	Alcoholic ketoacidosis
Neutropenic enterocolitis	Diabetic ketoacidosis
Porphyria	Hypercalcemia
Sickle cell crises	Hyperglycemic emergencies
Spontaneous splenic rupture	Pheochromocytoma
<b>Immunologic/Vasculitic</b>	Thyrotoxicosis
Angioedema	<b>Neurologic</b>
Food allergies	Abdominal epilepsy
Henoch-Schonlein purpura	Abdominal migraine
Polyarteritis nodosa	<b>Toxic</b>
Systemic lupus erythematosus	Heavy metal poisoning
	Substance intoxication/withdrawal

### Annexe 3 : Diagnostics cliniques de la population générale

Diagnostic	Population générale n=89	Traitement symptomatique	Traitement spécifique
Angiocholite lithiasique	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Appendicite aigue	4 (4,49%)	0 (0,00%)	4 (11,43%)
Cholécystite aigue	4 (4,49%)	0 (0,00%)	4 (11,43%)
Colique hépatique	3 (3,37%)	3 (5,56%)	0 (0,00%)
Colite infectieuse	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Colique néphrétique	2 (2,25%)	2 (3,70%)	0 (0,00%)
Constipation	3 (3,37%)	3 (5,56%)	0 (2,86%)
DANS	23 (25,84%)	22 (40,74%)	1 (2,86%)
Insuffisance cardiaque	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Diverticulite	3 (3,37%)	1 (1,85%)	2 (5,71%)
Complication post opératoire	2 (2,25%)	2 (3,70%)	0 (0,00%)
Dysménorrhées	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Endométriose	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Gastrite aigue	4 (4,49%)	4 (7,41%)	1 (2,86%)
Gastro entérite aigue	5 (5,62%)	4 (7,41%)	1 (2,86%)
Iléus réflexe	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Infection urinaire	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Intoxication alimentaire	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Infection urinaire masculine	2 (2,25%)	1 (1,85%)	1 (2,86%)
Kyste ovarien	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Localisation secondaires hépatiques	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Poussée de maladie de Crohn	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Pancréatite aigue	6 (6,74%)	0 (0,00%)	6 (17,14%)
Péritonite	2 (2,25%)	0 (0,00%)	2 (5,71%)
Pyélonéphrite	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Reflux gastro œsophagien	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
SIADH	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Sigmoïdite diverticulaire	3 (3,37%)	1 (1,85%)	2 (5,71%)
Néoplasie pancréatique	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Rectite	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Infection génitale haute	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Syndrome occlusif	1 (1,12%)	0 (0,00%)	1 (2,86%)
Virose	2 (2,25%)	2 (3,70%)	0 (0,00%)
Toxi infection alimentaire commune	1 (1,12%)	1 (1,85%)	0 (0,00%)
Ulcère gastrique	2 (2,25%)	2 (3,71%)	0 (0,00%)

**Annexe 4 : Algorithme de prise en charge des douleurs abdominales aiguës selon Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, expert steering group**



## Annexe 5 : Questionnaire à J0

### Douleur abdominale aux urgences – INTUI-DA Questionnaire de recrutement à J0

#### Identifiant :

#### Critères d'inclusion :

- Consultation pour douleur abdominale évoluant depuis moins de 7 jours
- Patient majeur > 18 ans

#### Critères d'exclusion :

- Transfert d'un autre CH ou diagnostic avant l'arrivée aux urgences
- Bilan biologique réalisé en externe
- Femme enceinte
- suspicion de colique néphrétique

#### 1 : Après anamnèse + examen clinique

Sur cette échelle visuelle et numérique, à combien estimez vous la nécessité d'une prise en charge spécifique ? (Intention de réaliser une Imagerie ? Introduction thérapeutique ? (hors traitement antalgique) )



#### 2- Parmi les éléments suivants, quels antécédents s'appliquent au patient ?

- Antécédent de chirurgie digestive
- Néoplasie digestive (ancienne ou évolutive)

#### 3 - Parmi les éléments suivants quelles anomalies de l'examen clinique avez vous retrouvé ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Défense                      | <input type="checkbox"/> Contracture             |
| <input type="checkbox"/> Douleur à la décompression   | <input type="checkbox"/> Douleur localisée       |
| <input type="checkbox"/> Bruits hydro aériques abolis | <input type="checkbox"/> Signe de Murphy positif |
| <input type="checkbox"/> Vomissements                 |  |

## Annexes 6 : Questionnaire à J7

Douleur abdominale aux urgences  
INTUI- DA

**Rappel à J7**

**Identifiant :**

*Persistance des symptômes ?* oui  non

*Reconsultation ?* Oui   non

Si oui : service d'urgence  médecin traitant  autre

*Modification du traitement ?*

Si oui : traitement antalgique  traitement spécifique   
Lequel:

**Evaluation of the clinical intuition of emergency physicians in the management of non-traumatic abdominal pain in adults in the emergency room of the TOULOUSE University Hospital**

**Background:** Acute non-traumatic abdominal pain in adults is a frequent reason for emergency room admissions. The etiologies are numerous, and their management can be based on analgesic treatment alone, or may require specific management. Clinical intuition in abdominal management is essential. Our study aimed to evaluate clinical intuition in the management of abdominal pain.

**Materials and methods:** This is a single-center prospective observational study of the adult emergency departments of the Toulouse University Hospital from February 19, 2024 to June 6, 2024. After clinical examination, emergency physicians' clinical intuition regarding the need for specific treatment was assessed. Patients who were not hospitalized were recalled seven days after their admission.

**Results:** This study analyzed 89 patients. Fifty-four patients received symptomatic treatment and 35 patients received specific treatment. Pain on decompression, a positive Murphy's sign and the presence of abdominal contracture were factors associated with the initiation of specific treatment. We established a model after logistic regression on clinical intuition with an AUC = 0.71, as well as a model with a cut-off presenting a specificity of 81% and a sensitivity of 43%.

**Conclusion:** Our results enable us to evaluate clinical intuition in the management of abdominal pain. They open up several perspectives: it would be interesting to carry out sub-group analyses according to care sector, to compare intuition between interns and doctors in the emergency department to assess the impact of experience on therapeutic intuition for acute abdominal pain, or to evaluate the intuition of paramedical staff.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine d'urgence – Année 2024

---

KEY WORDS: clinical intuition, abdominal pain, follow up, treatment, medical care.

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Dr Gwendoline LATOURNERIE

**Evaluation de l'intuition clinique des médecins urgentistes dans la prise en charge des douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte aux urgences du CHU de TOULOUSE**

**Contexte :** Les douleurs abdominales aiguës non traumatiques de l'adulte sont un motif fréquent de consultation aux urgences. Les étiologies sont nombreuses, et leur prise en charge peut reposer sur un traitement antalgique seul ou nécessiter une prise en charge spécifique. L'intuition clinique dans la prise en charge abdominale est essentielle. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'intuition clinique dans la prise en charge des douleurs abdominales.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude observationnelle prospective monocentrique sur les services d'urgences adultes du CHU de Toulouse, sur la période du 19 février 2024 au 6 juin 2024 inclus. L'intuition clinique des urgentistes, concernant la nécessité d'instauration d'un traitement spécifique, a été évaluée après examen clinique.

**Résultats :** Au total, 89 patients ont été analysés dans le cadre de cette étude. Cinquante-quatre patients ont bénéficié d'un traitement symptomatique et 35 patients ont bénéficié d'un traitement spécifique. La douleur à la décompression, un signe de Murphy positif et la présence d'une contracture abdominale sont des facteurs associés à l'instauration d'un traitement spécifique. Nous avons établi un modèle après régression logistique sur l'intuition clinique avec une  $AUC = 0.71$ , ainsi qu'un modèle avec un cut-off présentant une spécificité de 81% et une sensibilité de 43%.

**Conclusion :** Nos résultats permettent d'évaluer l'intuition clinique dans la prise en charge des douleurs abdominales. Ils ouvrent plusieurs perspectives : il serait intéressant de réaliser des analyses en sous-groupe selon le secteur de soins, de comparer l'intuition entre internes et médecins aux urgences pour évaluer l'impact de l'expérience sur l'intuition thérapeutique des douleurs abdominales aiguës, ou encore d'évaluer l'intuition des personnels paramédicaux.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine d'urgence – Année 2024

---

MOTS CLES : intuition clinique, douleur abdominale aiguë non traumatique, suivi, traitement.

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : Université Toulouse III-Paul Sabatier, Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Dr Gwendoline LATOURNERIE