

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER

FACULTÉ DE MEDECINE DE PURPAN

Année 2014

N° 2014 TOU3 1066

THÈSE

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

Chronicisation des douleurs abdominales aigües vues aux urgences : incidence et facteurs prédictifs

Présentée et soutenue publiquement le 12 Septembre 2014

par

Guillaume DURAND

Sous la direction du Dr Vincent BOUNES

Composition du Jury

Professeur Dominique LAUQUE, Président du jury
Professeur Louis BUSCAIL, Assesseur
Professeur Vincent MINVILLE, Assesseur
Docteur Brigitte ESCOURROU, Assesseur
Docteur Vincent BOUNES, Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion	M. CALVAS P.	Génétique
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARIENTE J.	Neurologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. LIBLAU R.	Immunologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PERON J.M	Hépto-Gastro-Entérologie
M. MALAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. RECHER Ch.	Hématologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme MOYAL E.	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie		
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie		
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PERRET B (C.E)	Biochimie	P.U.	
M. PRADERE B.	Chirurgie générale	M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie		
M. RASCOL O.	Pharmacologie		
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile		
M. SALLES J.P.	Pédiatrie		
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON N.	Médecine Légale		
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

Professeur Associé de Médecine Générale
 Dr. POUTRAIN J.Ch
 Dr. MESTHÉ P.
 Professeur Associé de Médecine du Travail
 Dr NIEZBORALA M.

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Ph.	Pédiatrie	M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
M. ALRIC L.	Médecine Interne	Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne	M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. ARNAL J.F.	Physiologie	M. BERRY A.	Parasitologie
Mme BERRY I.	Biophysique	M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale	M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie	M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie	Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie	M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique	M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive	M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. COURBON F.	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie	M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE E.	Hématologie	M. DECRAMER S.	Pédiatrie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie	M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DIDIER A.	Pneumologie	M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive	M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GALINIER M.	Cardiologie	M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
M. GERAUD G.	Neurologie	Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention	M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie	Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie	M. HUYGHE E.	Urologie
M. LARRUE V.	Neurologie	M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie	M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEVADE T.	Biochimie	M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie	M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses	M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.	M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. PLANTE P.	Urologie	M. OTAL Ph.	Radiologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile	M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. RITZ P.	Nutrition	M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie	M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie	M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale	M. TACK I.	Physiologie
M. ROUSSEAU H.	Radiologie	Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie	M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie	M. VERGEZ S.	O.R.L.
M. SENARD J.M.	Pharmacologie		
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.		
M. SOULIE M.	Urologie		
M. SUC B.	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie		
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL P. A.	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHÉIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

Monsieur le Professeur LAUQUE

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier au CHU de Toulouse

Vous me faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse. Vous avez permis la concrétisation de mon projet professionnel. Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect

Monsieur le Professeur BUSCAIL

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier au CHU de Toulouse

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail et d'être membre de ce jury de thèse, c'est un honneur pour moi.

Monsieur le Professeur MINVILLE

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier au CHU de Toulouse

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à notre travail et vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Madame le Docteur ESCOURROU

Maitre de Conférences Associé de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de représenter la Médecine Générale. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

Monsieur le Dr Vincent BOUNES

Vincent, je tiens à te remercier d'avoir accepté d'être mon directeur de thèse. Merci pour ton aide, le soutien que tu m'as apporté tout au long de ce travail, le temps que tu y as consacré, avec toute ta bonne humeur. Je te prie de bien vouloir trouver ici ma sincère reconnaissance et tout mon respect.

Un vieil adage dit que « *derrière chaque grand homme il y a une femme* ». Ce qu'il ne dit pas, c'est que derrière chaque doctorant, il y a une famille. Que mes proches trouvent dans ce travail l'expression de ma profonde reconnaissance pour les encouragements, le soutien et l'aide apportée tout au long de mes études.

à Daphné,

Mon amour, tu es à mes cotés depuis le début de ce périple. En chemin, tu m'as aidé, m'a réconforté, m'a remotivé, m'a encouragé, m'a supporté, ... Une vie ne me suffira pas pour te rendre tout cela, mais laisse moi au moins essayer. Je t'aime.

à Ambre,

Notre petit rayon de soleil qui illumine nos journées de ses sourires. Toi aussi tu as soutenu papa à ta façon. Ton papa t'aime très très fort.

à mes Parents,

En 9 ans, je vous en ai posé des questions, fait relire des mémoires, des articles et des power-points. A chaque fois, vous avez eu les bons conseils, les bonnes réponses et le bon œil (pour les fautes). Cher Consoeur et cher Confrère, je vous aime.

Spéciale dédicace à « **la pharmacie-si la famille!** » et à « **la kinésithérapie-pi la famille!** ». Je suis fier de vous et du bel avenir qui se profile pour vous. Merci pour l'aide et le soutien que vous m'apportez.

à mes Grands-Parents, qui m'ont appelés « Docteur Guigui » bien avant l'heure.

à mes Oncles et Tantes, Cousins et Cousines

à la Famille Delamadeleine,

aux copains et copines du DESC de Médecine d'Urgence et du DES de Médecine Générale

A Mireille,

Sommaire

Résumé en français

Abstract

Introduction

Matériel et Méthode

Objectifs de l'étude

Type d'étude

Critère de jugement principal

Critères d'inclusion et d'exclusion

Sélection des patients et collecte de données

Calcul de l'effectif à inclure

Analyse statistique

Ethique

Résultats

Population de l'étude

Critère de jugement principal

Analgésie utilisée

Facteurs de chronicisation

Limites de l'étude

Discussion

Caractéristiques de la population

Critère de jugement principal : chronicisation de la douleur

Facteurs de chronicisation

Diagnostic de sortie

Oligoanalgésie des douleurs abdominales

Conclusion

Bibliographie

Annexe 1

Résumé

Objectif : L'objectif de notre étude était de déterminer l'incidence de la chronicisation des douleurs chez les patients ayant consulté aux urgences pour une douleur abdominale aiguë non traumatique et de décrire les facteurs associés à cette chronicisation.

Patients et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse entre Juin 2013 et Juin 2014. Les patients ont été sélectionnés via la banque informatisée des données des urgences, puis contactés pour un entretien téléphonique par un médecin entre trois et quatre mois après leur passage aux urgences. Le critère de jugement principal était la persistance d'un score douloureux par Echelle Numérique (EN) supérieur à trois, à une fréquence minimale de deux fois par mois, entre trois mois après le passage aux urgences.

Résultats : Sur les 440 patients éligibles, 200 patients ont pu être contactés et ont donné leur consentement. Quarante deux patients (21%) décrivaient la persistance d'une douleur avec une EN supérieure à trois sur dix au moins deux fois par mois. Les facteurs associés à un risque de chronicisation étaient : l'âge (RC de 1,02 IC95% [1,01 – 1,05] par année) et le score de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (RC de 0,40 IC95% [0,21– 0,75] par unité). Cent vingt-deux patients (61%) n'ont pas présenté de récurrence douloureuse dans les trois mois suivant leur admission aux urgences.

Conclusion : La chronicisation des douleurs après une consultation aux urgences pour des douleurs abdominales aiguës concerne un patient sur cinq. L'âge et la gravité initiale de l'état clinique sont des facteurs prédictifs de chronicisation. L'absence de diagnostic organique (40.5% des patients de notre étude) n'était pas associé à un risque de chronicisation.

Abstract

Title : **Chronicization of acute abdominal pain in emergency department : incidence and predictive factors**

Objectives : The aim of this study was to investigate incidence of chronicization of pain in patients suffering from acute abdominal pain and discharged from Emergency Department (ED). The secondary objective was to describe factors associated with chronicization.

Methods : We conducted a retrospective study in Toulouse University Hospital' ED between June 2013 and June 2014. Patients were selected on electronic database from ED, and then contacted for a telephone interview three months after discharge.

The main outcome was a pain score up to three on a numerous scale (increasing from zero to ten), more than twice a month, three months after discharge from ED.

Results : Among the 440 patients completing inclusion criteria, 200 patients were contacted and gave their consent. Forty-two patients (21%) reported abdominal pain with an intensity more than three out of ten and with a frequency more than twice a month. Factors associated with pain chronicization where age (Odds-Ratio (OR) 1,02 IC95% [1,01 – 1,05] pear year and clinical gravity score at admission (OR 0,40 IC95% [0,21– 0,75] pear level). One hundred twenty two patients (61%) reported no pain during the three months of follow-up.

Conclusions : One patient out of five is exposed to chronicization of his abdominal pain three months after discharge from ED. Age and clinical gravity score at admission are risk factors for pain chronicization. The lack of organic diagnosis (40.5% of our study sample) was not found to be a risk factor for chronicization of pain.

Introduction

Les douleurs abdominales représentent 5 à 10 % des motifs de recours (1,2) dans les Services d'Accueil des Urgences (SAU). Bien qu'étant un motif fréquent de consultation, la douleur y reste insuffisamment prise en charge (3,4).

Historiquement, les analgésiques ont été sous-utilisés dans le traitement des douleurs abdominales aiguës non traumatiques (5), de crainte de masquer des signes cliniques, de gêner de diagnostic, ou d'induire des effets secondaires ou une dépendance (opiacés). Cette crainte est aujourd'hui infondée, un certain nombre d'essais randomisés et contrôlés ayant démontré l'innocuité de l'administration précoce d'analgésiques dans ce contexte (6-8). Malgré tout, ces dogmes persistent et sont responsables d'une oligoanalgésie des douleurs abdominales. Le risque potentiel est celui de la chronicisation des douleurs, responsable d'une altération de la qualité de vie pour le patient (9,10) et d'une inflation des dépenses de santé pour la société (11).

Par ailleurs, en 2004, Weiner et al (12) a montré que 67 % des patients ayant consulté en urgence pour des douleurs abdominales rapportaient une diminution ou une disparition de ces douleurs entre 2 et 5 semaines après la consultation. Une durée de suivi inférieure aux 3 à 6 mois nécessaires à la définition d'une douleur chronique telle que celle établie par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé en 1999 (13), ne permet pas de savoir si les 33% de patients restants n'ont pas évolué vers la douleur chronique.

Dans ce contexte, nous avons réalisé cette étude pour déterminer l'incidence de la chronicisation des douleurs chez les patients ayant consulté aux urgences pour une douleur viscérale aiguë non traumatique.

Patients et Méthode

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de déterminer l'incidence de la chronicisation des douleurs chez les patients ayant consulté aux urgences pour une douleur abdominale aiguë non traumatique. L'objectif secondaire était d'identifier, dans la prise en charge aux urgences, des facteurs de chronicisation des douleurs abdominales.

Type d'étude

Nous avons réalisé une étude rétrospective dans les deux SAU médico-chirurgicales adultes du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse. En 2013, ces services ont enregistré 98219 passages (60991 sur le site de Purpan et 37228 sur le site de Rangueil). L'inclusion s'est déroulée sur une période de quatre mois pour obtenir un nombre de patients suffisants.

Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la persistance d'une douleur avec un score supérieur à 3 sur l'Echelle Numérique (EN), survenant au moins deux fois par mois, et ceci trois à quatre mois après le passage aux urgences.

Critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion étaient ; un âge supérieur à 18 ans, un patient consultant pour douleur viscérale évoluant depuis moins de sept jours.

Les critères d'exclusion étaient ; une grossesse connue ou diagnostiquée aux urgences, une douleur d'origine traumatique, une impossibilité de communiquer (barrière de la langue, démence, alcoolisation aiguë), une urgence vitale (définie par un score sur la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) égal à 5), une intervention chirurgicale de moins de sept jours ou des antécédents de douleurs abdominales chroniques.

Sélection des patients et collecte des données

Les patients ont été sélectionnés via la banque informatisée des données des SAU du CHU de Toulouse. Les filtres de recherche utilisés étaient : un âge supérieur à 18 ans, une douleur abdominale à l'admission, une cotation CCMU < 5 et un retour à domicile.

Tous ces dossiers informatiques ont été analysés pour ne retenir que ceux qui répondaient aux critères d'éligibilité.

Les patients dont le dossier était retenu ont été contactés trois à quatre mois après leur passage aux urgences pour un entretien téléphonique. Le numéro de téléphone utilisé était celui renseigné sur la fiche d'admission. Les informations sur le déroulement, l'objectif et les investigateurs de l'étude étaient données en début d'entretien par le médecin. L'anonymat et la confidentialité des réponses leurs étaient garantis.

Les patients étaient interrogés sur la persistance de douleurs viscérales, leur intensité et leur fréquence. Les autres données de l'interrogatoire portaient sur : les prises de traitements antalgiques depuis la sortie, l'existence d'une consultation du médecin généraliste et/ou d'un médecin spécialiste après le passage aux urgences, et le niveau de satisfaction pour la prise en charge en général et pour celle de la douleur.

En parallèle, les données recueillies dans les dossiers des patients consentants étaient : l'âge et le sexe, l'EN à l'admission et à la sortie, l'ancienneté de la douleur, le score CCMU, les thérapeutiques antalgiques reçues aux urgences, l'existence d'une voie veineuse périphérique, les examens complémentaires réalisés au SAU ou prescrits à la sortie, les antalgiques sur l'ordonnance de sortie, et le diagnostic à la sortie des urgences.

L'intensité de la douleur était quantifiée au moyen de l'EN, graduée de 0, absence de douleur, à 10, douleur maximale imaginable. Le soulagement de la douleur était défini par une absence de douleur ou une douleur inférieure ou égale à 3 sur l'EN à la sortie des urgences pour les patients douloureux à l'admission.

Les traitements antalgiques prescrits sont présentés d'après les paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : par convention, quand un patient recevait une combinaison de traitements de paliers différents, seul le palier le plus élevé était retenu.

Calcul de l'effectif à inclure

L'effectif à inclure dans l'échantillon a été calculé sur la base d'hypothèses de travail incluant la présence d'une douleur abdominale chronicisée pour 20% des patients. En acceptant une précision de 10% autour de cette mesure et un risque d'erreur de 5%, 384 patients ayant présenté une douleur abdominale devaient être inclus pour obtenir 76 patients douloureux chroniques. Nous avons donc prévu d'inclure 450 patients pour tenir compte des perdus de vue et des refus d'inclusion dans l'étude.

Analyse statistique

Une analyse statistique basée sur une régression logistique uni puis multivariée a été réalisée pour isoler l'effet de chaque variable sur la survenue du critère de jugement principal. Les résultats sont exprimés en rapport de cotes (RC) avec intervalle de confiance à 95 % (IC 95%). Un $p < 0,05$ a été considéré comme significatif.

Ethique

Le protocole de l'étude a été validé par le Comité d'Ethique de la Recherche du CHU de Toulouse (n°32-0513). Une information standardisée des patients par affichage dans les box (Annexe 1) et dans les salles d'attente a été mise en place. Lors du contact téléphonique, le consentement oral des patients était recueilli. Le protocole de recherche a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté (1677016v0).

Résultats

Population de l'étude

Huit-cent vingt cinq dossiers ont été extraits de la base de données des urgences mais seuls 440 patients étaient éligibles. Le contact téléphonique a été possible pour 204 patients (46.3%) mais 4 patients ont refusé de participer. Les 236 patients (53,6%) restants n'ont pu être contactés, soit par absence de réponse aux appels, soit par absence de coordonnées téléphoniques valables, soit pour cause de décès (non liés aux douleurs abdominales dans les deux cas) (Figure 1).

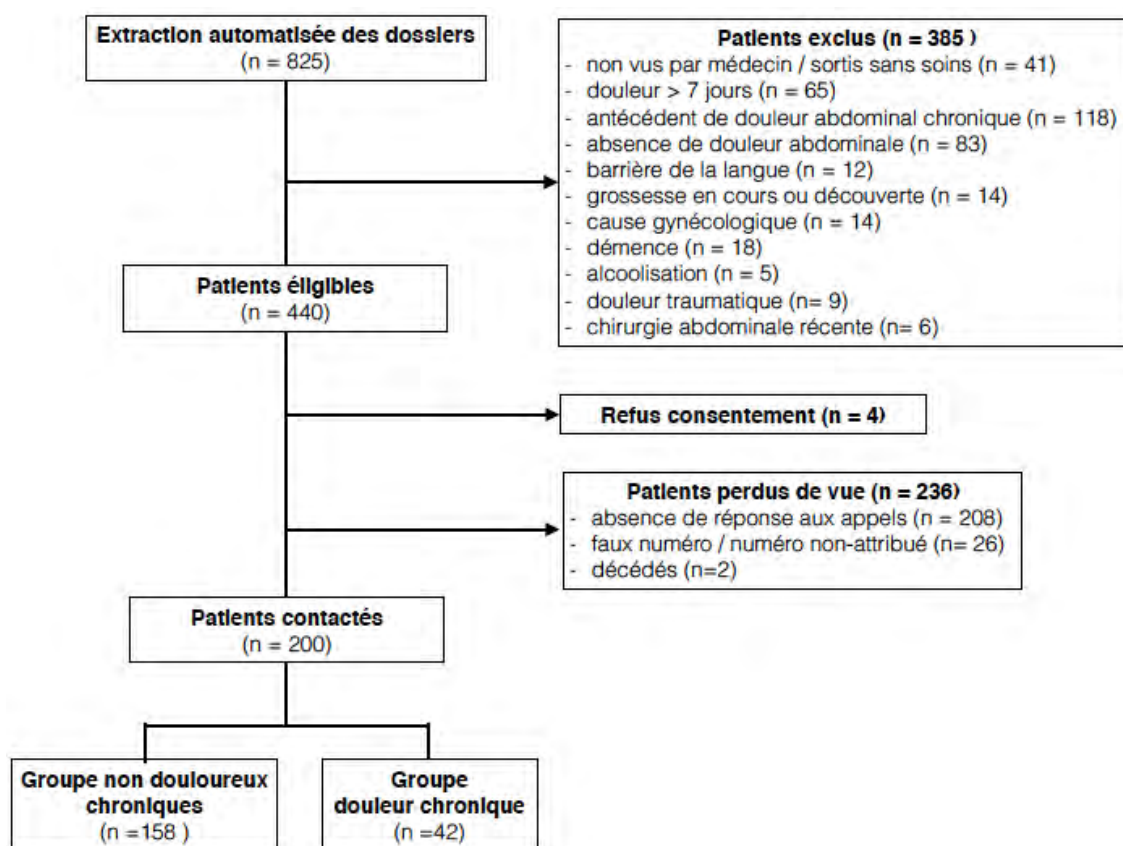


Figure 1 : Diagramme des flux de la population de l'étude

Le Tableau 1 rappelle les caractéristiques démographiques et celles de la douleur des patients inclus. L'âge médian des patients était de 30 ans (18 – 87 ans) dans le groupe des patients contactés et de 32 ans (18 – 90 ans) dans le groupe des non contactés. Les hommes représentaient 46,5% (n=93) du groupe des patients contactés. Le score CCMU médian était de 2. Il n'y avait pas de patient classé CCMU 4 dans les deux groupes. La médiane de

la douleur selon l'EN à l'admission était de 7 sur 10 chez les patients contactés et de 6 sur 10 chez les patients perdus de vue.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus : contactés et non contactés

Caractéristiques	Patients contactés n = 200 (%)	Patients non contactés n = 236 (%)	p
Age (quartiles) médian	30 (24,5 ; 43,0)	32 (24,5 ; 47,0)	0,20
Sexe masculin	93 (46,50 %)	108 (45,76 %)	0,87
Score CCMU			0,30
- CCMU 1	35 (17.5%)	30 (12.7%)	
- CCMU 2	130 (65.0%)	168 (71.2%)	
- CCMU 3	35 (17.5%)	38 (16.1)	
Médiane (quartiles) de la douleur à l'admission (n = 397)	7 (5,5 ; 8,5)	6 (5,0 ; 8,5)	0,68
Médiane (quartiles) de la douleur à la sortie (n=295)	0 (0,5 ; 2,0)	0 (0,5 ; 2,0)	0,63

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

Concernant le diagnostic à la sortie des urgences, les Douleurs Abdominales Non Spécifiques (DANS) étaient plus fréquemment représentées avec 81 patients (40.5%) du groupe des patients contactés. Les autres diagnostics sont présentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Diagnostics à la sortie du service des urgences

Diagnostics à la sortie des urgences	Patients contactés n = 200 (%)	Patients non contactés n = 236 (%)
Douleurs Abdominales Non Spécifiques	81 (40.5%)	85 (36.0%)
Coliques Néphrétiques	37 (18.5%)	31 (13.1%)
Gastro-Entérites Aigues	15 (7.5%)	35 (14.8%)
Troubles fonctionnels intestinaux	11 (5.5%)	20 (8.5%)
Infection des voies urinaires basses et hautes	11 (5.5%)	15 (6.4%)
Autres (RGO, gastrite, UGD)	45 (22.5%)	50 (21.2%)

RGO : Reflux Gastro-Oesophagien ; UGD : Ulcère Gastro-Duodéal

Critère de jugement principal

Concernant le critère de jugement principal (Tableau 3), 42 patients (21% IC95% [15.4 – 26.6]) décrivaient la persistance d'une douleur avec une EN supérieure à 3 sur 10 au moins deux fois par mois. Cent vingt-deux patients (61%) n'ont pas présenté de récurrence douloureuse dans les trois mois suivant leur passage aux urgences.

Tableau 3 : Fréquence des douleurs chez les patients contactés

Fréquence des douleurs à 3 mois	Patients n = 200 (%)
Absence de récurrence douloureuse	122 (61%)
Récurrence douloureuse avec EN ≤ 3	18 (9%)
Récurrence douloureuse avec EN > 3	60 (30%)
- 1 fois en 3 mois	9
- 1 fois par mois	9
- 2 fois par mois	17
- 1 fois par semaine	12
- 2 fois par semaine	10
- quotidienne	3
Patients remplissant le critère de jugement principal	42 (21%)

EN : Echelle Numérique

Analgesie utilisée

La voie d'administration et le palier analgésique utilisé sont décrits dans le Tableau 4.

Tableau 4 : Voie d'analgésie et palier antalgique utilisé.

Antalgie aux urgences	Patients douloureux chroniques (n = 42)	Patients non douloureux chroniques (n = 158)
Antalgie par voie parentérale	53 %	73%
Palier utilisé		
- aucun ou co-analgésique seul	23.5 %	27.5 %
- palier 1	58.8 %	37.6 %
- palier 2	13.7 %	26.8 %
- palier 3	4.0 %	8.1 %
Patient soulagé à la sortie des urgences	77 %	87 %

Facteurs de chronicisation

En analyse multivariée, l'âge (les patients les plus âgés sont les plus à risque de chronicisation) et le score CCMU (les malades les plus graves sont les moins à risque de chronicisation) apparaissent être des facteurs associés à une chronicisation des douleurs abdominales à trois mois (RC de 1,02 IC95% [1,01 – 1,05] par année, et RC de 0,4 IC95% [0,21– 0,75] par unité respectivement). Ces résultats sont développés dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Facteurs associés à la chronicisation des douleurs abdominales dans différents modèles

Facteurs supposés de chronicisation	Analyse Univariée	Analyse Multivariée
	RC [IC 95%]	RC [IC 95%]
Age (par année)	1,02 [0,99 – 1,04]	1,02 [1,01 – 1,05]
Sexe masculin	0,64 [0,32 – 1,29]	0,62 [0,30– 1,28]
Classification Clinique des Malades aux Urgences	0,44 [0,24 – 0,82]	0,40 [0,21– 0,75]
Palier antalgique utilisé	0,61 [0,39 – 0,93]	-
Examens complémentaires aux urgences	0,35 [0,17 – 0,72]	-
Présence d'une Voie Veineuse périphérique	0,33 [0,16 – 0,68]	-
Diagnostic organique	0,62 [0,31 – 1,24]	-
Analgésie à la sortie des urgences	0,35 [0,12 – 1,02]	-

RC : Ratio de Côtes, IC95% : Intervalle de Confiance à 95%

Limites de l'étude

Etant donné le caractère rétrospectif d'une partie de notre étude, sa validité est liée à la qualité du remplissage initial des dossiers. Les informations manquantes ou mal évaluées étaient impossibles à retrouver à postériori. Ainsi la douleur selon l'EN n'était pas renseignée à l'admission et à la sortie des urgences pour respectivement 16 (8%) et 69 (34.5%) patients du groupe des patients contactés. Ces données manquantes sont responsables d'un manque de puissance qui possiblement ne nous a pas permis de mettre en évidence certains des facteurs de chronicisation étudiés.

Nous avons choisi d'effectuer le suivi exclusivement par téléphone. Notre taux de réponse était de 45.45% (200/440) ce qui est bien moindre que les autres études de ce type (de 70% à 80% de contact) (12,14,15). Ce faible taux de réponse ne nous a pas permis d'atteindre l'objectif de 384 patients suivis. Les numéros contactés étaient essentiellement des téléphones portables et certains patients ont possiblement attribué notre numéro inconnu à du démarchage publicitaire.

Il existe un biais de sélection empêchant la généralisation de ces résultats à l'ensemble des douleurs abdominales dans la mesure où nous n'avons pas étudié les patients pris en charge en Médecin Générale. Les patients qui arrivent aux urgences ne représentent qu'une partie des patients présentant des douleurs abdominales aiguës.

Discussion

Caractéristiques de la population

Les données démographiques (âge et sexe) de la population de notre étude sont comparables à celles habituellement décrites dans les autres études sur les douleurs abdominales avec une prédominance féminine et un âge médian de 30 ans (2,16–19). En ce qui concerne le niveau de gravité, la répartition entre les différentes classes est semblable à celle décrite dans le rapport annuel 2013 de l'Observatoire Régional des Urgences en Midi-Pyrénées (CCMU1 : 13.9% ; CCMU2 :63.7% ; CCMU 3 : 19.3%) (20). L'absence de patient classé CCMU 4 s'explique par l'hospitalisation de ces patients considérés comme graves. Il n'y avait pas de différence significative concernant les caractéristiques démographiques et les caractéristiques de la douleur des patients des groupes contactés et non contactés.

Critère de jugement principal : chronicisation de la douleur

L'objectif principal de notre étude était de déterminer l'incidence des douleurs chroniques chez les patients ayant consulté pour une douleur abdominale aiguë. Nous avons montré que 21% des patients présentent des douleurs chroniques définies par une EN supérieure à trois, une fréquence minimale de deux par mois, à trois mois de leur passage aux urgences.

Ce résultat est compatible avec ceux de l'étude de Weiner en 2004 (12) où 67% des patients rapportaient une disparition ou une diminution des douleurs entre 2 et 5 semaines après le passage aux urgences. La durée médiane des douleurs après la consultation était de 3 jours. En 2012, Remington-Hoobbs décrivait également un taux de 30% de douleurs persistantes à 12 semaines mais sur un échantillon représentant le tiers de celui de notre étude (65 patients) (19).

D'autres études ont été réalisées spécifiquement sur la chronicisation des DANS. Ainsi, en 1982, dans l'étude de Jess, 17% des patients présentaient des douleurs continues ou intermittentes à cinq ans (21). Dans l'étude de Lukens (14) réalisée 10 ans plus tard, lors du premier contact 2 à 3 jours après la consultation au SAU, 26.8% des patients ne présentaient plus de douleur et 41.1% rapportaient une diminution. Lors du deuxième contact trois semaines après, seuls 59.1% des patients ne présentaient plus de douleur (et 28.6% rapportaient une diminution). Il faut cependant préciser que, contrairement à notre étude, celle de Lukens incluait des patients présentant déjà des douleurs chroniques.

Dans l'étude de Banz en 2012, 59.6% des patients ont présenté des douleurs récurrentes sur la période de suivi de cinq ans et 30% des patients rapportaient des douleurs dans les deux semaines précédant le contact (1).

Facteurs de chronicisation

Les deux facteurs de risque associés à une chronicisation des douleurs dans notre étude sont l'âge et le score CCMU. Les patients les plus âgés sont les plus à risque de chronicisation (RC de 1,02 IC95% [1,01 – 1,05] par année) et les patients les plus graves sont les moins à risque de chronicisation (RC 0,40 IC95% [0,21– 0,75] par unité).

Nos résultats diffèrent de ceux de Banz en 2010 pour les DANS où l'âge, le sexe et le niveau d'éducation ne représentaient pas un facteur de risque de chronicisation (1). L'âge n'était pas étudié comme facteur de chronicisation dans les études de Lukens et Weiner (9,12) . Néanmoins, l'âge a déjà été décrit comme facteur d'oligo-analgésie dans le cadre des douleurs abdominales ; les patients les plus jeunes recevant moins d'antalgiques et de moindre intensité (22).

La classification CCMU est un outil qualitatif d'évaluation des patients pris en charge dans les SAU. Simple et rapide, elle permet une appréciation de l'état clinique du malade à son arrivée aux urgences, avant toute intervention thérapeutique ou investigation complémentaire. Les patients peuvent ainsi être divisés en cinq classes principales : les deux premières incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable (Gastroentérite Aigue, Colique Néphrétique Simple), la classe III groupe les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé (colique néphrétique compliquée par exemple), les classes V et IV comprennent les malades dont le pronostic vital est engagé. Bien que reposant sur une certaine subjectivité, cette classification est réputée reproductible ce qui permet son utilisation en épidémiologie pour décrire des groupes de population de gravité homogène. Nous apporterons cependant une nuance à la reproductibilité de cette échelle. Des auteurs américains ont étudié l'impact du mode d'admission aux urgences pour douleur abdominale sur le score de triage selon l' « Emergency Severity Index » (ESI). Cette échelle, reposant également sur 5 classes est comparable au score CCMU. Les auteurs ont montré que les patients arrivant avec des services d'urgences étaient classés dans une catégorie plus grave que ceux arrivant par moyens personnels avec un RC de 7,19 après analyse multivariée (23).

Le score CCMU est directement relié à la réalisation d'examen complémentaires et à une certaine agressivité de la prise en charge. Pour les patients classés CCMU 2 ou plus, le

praticien estime que des explorations complémentaires sont nécessaires. A contrario, les patients CCMU 1 sont souvent associés à des consultations « non urgentes » voir « injustifiées ».

Notre étude suggère donc que les patients qui nous paraissent les moins graves et pour lesquels nous n'estimons pas nécessaire de réaliser des examens complémentaires sont plus à risque de chronicisation.

Nous n'avons pas identifié d'étude sur l'association entre le score CCMU et la prise en charge analgésique et globale des douleurs abdominales. En Amérique du Nord, il a été montré que les patients présentant des scores de gravité « ESI » faible à l'admission devaient attendre plus longtemps avant de recevoir un traitement antalgique (24).

Diagnostic de sortie

Les patients douloureux qui se présentent aux urgences n'espèrent pas seulement être soulagés, ils attendent aussi que l'on identifie la cause de leur douleur. Mais, bien que l'accès aux examens complémentaires se soit amélioré, tous les patients ne reçoivent pas un diagnostic organique à la sortie des urgences (25,26). Ainsi, certains quittent les urgences avec le diagnostic de DANS ou douleurs abdominales sans gravité/précision. Dans la littérature, les DANS sont définies comme des douleurs abdominales évoluant depuis moins de 7 jours et pour laquelle il n'y a pas de diagnostic somatique après l'examen clinique et les examens complémentaires de première intention (16,19). Dans notre étude, ces DANS représentaient 40.5% des diagnostics de sortie inscrits sur les dossiers médicaux. Ce résultat est en accord avec les données de la littérature où les DANS ont une prévalence entre 19% à 41% selon les séries (2,8,14,17,18,27,28).

Dans notre étude, les DANS n'étaient pas significativement associés à une chronicisation des douleurs. Une étude belge a montré que vingt ans après un diagnostic initial de DANS ou d'appendicite, la proportion de patients présentant des douleurs récurrentes était significativement plus élevée dans le groupe des DANS (29% vs 11% $p < 0.0001$) (29).

Dans une étude Islandaise (30), les auteurs ont montré que 8% des patients diagnostiqués avec des DANS étaient réadmis pour douleur abdominale dans l'année suivant la première admission. L'absence de majoration du risque de chronicisation en cas de DANS dans notre étude s'explique peut être par le fait que nous n'avons pas pris en compte d'éventuels changements de diagnostic survenus au cours de la période de suivi. Ainsi dans l'étude islandaise, le diagnostic de sortie lors de la re-consultation était un diagnostic organique dans un quart des cas (30).

L'oligoanalgésie des douleurs abdominales

Dans notre étude, les antalgiques étaient principalement administrés par voie parentérale (67.5% des patients contactés). Seulement un quart des patients a reçu un antalgique. De plus les paliers II et III étaient insuffisamment prescrits au regard de l'intensité douloureuse à l'admission. Cette sous utilisation des antalgiques avait déjà été décrite en 2001 par Clère sur un faible échantillon de douleurs abdominales (31) et par l'étude française PALIERS en 2011 (3). Il est intéressant de constater que, dans cette dernière étude, 47% des patients présentaient une douleur à la sortie des urgences, dont 30% une douleur modérée à sévère. Des résultats comparables avaient déjà été décrits (4). Dans notre étude, bien que le taux de patients analgésiés à la sortie des urgences soit plus élevé, il reste insuffisant. Malgré la différence observée entre nos deux groupes (77% chez les douloureux chroniques et 87 % chez les non douloureux), le fait d'être analgésié à la sortie des urgences n'était pas associé à une diminution de risque de chronicisation.

La recherche et l'évaluation correcte de la douleur sont nécessaires pour une prise en charge adaptée. En 2009, Baharuddin a montré qu'il existait une sous-évaluation de la douleur par les médecins (-2.02) et par les infirmières de tri (-4.05) par rapport à celle du patient (32). Cette sous appréciation de l'intensité de la douleur influence l'évaluation subjective de la gravité initiale et peut donc expliquer en partie le lien entre score CCMU et chronicisation des douleurs que nous avons mis en évidence dans cette étude.

Conclusion

La chronicisation des douleurs après une consultation aux urgences pour des douleurs abdominales aiguës concerne près d'un patient sur cinq. Nous avons montré que l'âge avancé des patients et la faible gravité initiale de l'état clinique évaluée par le score CCMU sont des facteurs prédictifs de chronicisation. Il faut donc être vigilant pour ces patients et leur conseiller de re-consulter précocement leur médecin généraliste en cas de persistance des douleurs.

L'absence de diagnostic organique concernait 40.5% des patients et contrairement à ce que nous attendions, n'était pas associé, dans notre étude, à un risque de chronicisation.

Enfin, notre étude, souligne la persistance d'une oligo-analgésie pour les douleurs abdominales aux urgences en 2013. Cependant, probablement par manque de puissance, nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de relation avec la chronicisation des douleurs et l'antalgique utilisé, la voie d'administration ou obtention d'une analgésie à la sortie des urgences.

Toulouse le 29.08.14

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



du président du jury



Professeur D. LAUQUE
SERVICE DES URGENCES
Place du Docteur Baylac - TSA 40031
31059 TOULOUSE Cedex 9
N° RPPS : 10002865011

Bibliographie

1. Banz VM, Sperisen O, de Moya M, Zimmermann H, Candinas D, Mougiakakou SG, et al. A 5-year follow up of patients discharged with non-specific abdominal pain: out of sight, out of mind? *Intern Med J.* 2012;42(4):395–401.
2. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *Am J Emerg Med.* 2011;29(7):711–6.
3. Boccard E, Adnet F, Gueugniaud P-Y, Filipovics A, Ricard-Hibon A. Prise en charge de la douleur chez l'adulte dans des services d'urgences en France en 2010. *Ann Fr Médecine Urgence.* 2011;1(5):312–9.
4. Johnston CC, Gagnon AJ, Fullerton L, Common C, Ladores M, Forlini S. One-week survey of pain intensity on admission to and discharge from the emergency department: a pilot study. *J Emerg Med.* 1998;16(3):377–82.
5. Reichl M, Bodiwala GG. Use of analgesia in severe pain in the accident and emergency department. *Arch Emerg Med.* 1987;4(1):25–31.
6. Gallagher EJ, Esses D, Lee C, Lahn M, Bijur PE. Randomized clinical trial of morphine in acute abdominal pain. *Ann Emerg Med.* 2006;48(2):150–60.
7. Oguzturk H, Ozgur D, Turtay MG, Kayaalp C, Yilmaz S, Dogan M, et al. Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief - a prospective, randomized, placebo controlled double blind study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16(14):1983–8.
8. Attard AR, Corlett MJ, Kidner NJ, Leslie AP, Fraser IA. Safety of early pain relief for acute abdominal pain. *BMJ.* 1992;305(6853):554–6.
9. Banz VM, Paul K, de Moya M, Zimmermann H, Candinas D, Exadaktylos AK. Ignoring non-specific abdominal pain in emergency department patients may be related to decreased quality of life. A follow up of an underestimated problem. *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13167.

10. Fishbain DAMS, Cutler RPD, Rosomoff HLMD, Rosomoff RSBSN. Chronic Pain-Associated Depression: Antecedent or Consequence of Chronic Pain? A Review. *J Pain*. 1997;13(2):116–37.
11. Nyrop KA, Palsson OS, Levy RL, Von Korff M, Feld AD, Turner MJ, et al. Costs of health care for irritable bowel syndrome, chronic constipation, functional diarrhoea and functional abdominal pain. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;26(2):237–48.
12. Weiner JB, Nagurney JT, Brown DFM, Sane S, Wang AC. Duration of symptoms and follow-up patterns of patients discharged from the emergency department after presenting with abdominal or flank pain. *Fam Pract*. 2004;21(3):314–6.
13. Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique. Paris; 1999.
14. Lukens TW, Emerman C, Efron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med*. 1993;22(4):690–6.
15. Johnston CC, Gagnon AJ, Pepler CJ, Bourgault P. Pain in the emergency department with one-week follow-up of pain resolution. *Pain Res Manag*. 2005;10(2):67–70.
16. Raheja SK, McDonald PJ, Taylor I. Non-specific abdominal pain--an expensive mystery. *J R Soc Med*. 1990;83(1):10–1.
17. Abbas SM, Smithers T, Truter E. What clinical and laboratory parameters determine significant intra abdominal pathology for patients assessed in hospital with acute abdominal pain? *World J Emerg Surg*. 2007;2:26.
18. Oguzturk H, Ozgur D, Turtay MG. Tramadol or paracetamol do not effect the diagnostic accuracy of acute abdominal pain with significant pain relief – a prospective, randomized, placebo controlled double blind study. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2012;16(14):1983-8.

19. Remington-Hobbs J, Petts G, Harris T. Emergency department management of undifferentiated abdominal pain with hyoscine butylbromide and paracetamol: a randomised control trial. *Emerg Med J.* 2012;29(12):989–94.
20. Gallart JC et groupe Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. Rapport annuel 2013 sur l'activité des services d'urgences en Midi-Pyrénées. Toulouse: ORU-MiP; Juin 2014 p. 154.
21. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Kalaja E, Lund-Kristensen J, et al. Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. A prospective study. *Am J Surg.* 1982;144(3):338–40.
22. Banz VM, Christen B, Paul K, Martinolli L, Candinas D, Zimmermann H, et al. Gender, age and ethnic aspects of analgesia in acute abdominal pain: is analgesia even across the groups? *Intern Med J.* 2012;42(3):281–8.
23. Hiestand B, Moseley M, Macwilliams B, Southwick J. The influence of emergency medical services transport on Emergency Severity Index triage level for patients with abdominal pain. *Acad Emerg Med.* 2011;18(3):261–6.
24. Ducharme J, Tanabe P, Homel P, Miner JR, Chang AK, Lee J, et al. The influence of triage systems and triage scores on timeliness of ED analgesic administration. *Am J Emerg Med.* 2008;26(8):867–73.
25. Wen LS, Kosowsky JM, Gurrola ER, Camargo CA. The provision of diagnosis at emergency department discharge: a pilot study. *Emerg Med J.* 2013;30(10):801–3.
26. Mills AM, Dean AJ, Hollander JE, Chen EH. Abdominal pain: a survey of clinically important outcomes for future research. *CJEM.* 2010;12(6):485–90.
27. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A. Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *J Emerg Med.* 2010;39(3):275–81.
28. Falch C, Vicente D, Häberle H, Kirschniak A, Müller S, Nissan A, et al. Treatment of acute abdominal pain in the emergency room: A systematic review of the literature. *Eur*

29. Fagerström A, Miettinen P, Valtola J, Juvonen P, Tarvainen R, Ilves I, et al. Long-term outcome of patients with acute non-specific abdominal pain compared to acute appendicitis: prospective symptom audit after two decades. *Acta Chir Belg.* 2014;114(1):46–51.
30. Gunnarsson OS, Birgisson G, Oddsdottir M, Gudbjartsson T. One year follow-up of patients discharged from the emergency department with non-specific abdominal pain. *Læknablaðið.* 2011;97(4):231–6.
31. Clère F, Leclerc J, Soriot S. Prise en charge de la douleur aiguë par voie intraveineuse. *Douleurs.* 2001;2(6):263–7.
32. Baharuddin KA, Mohamad N, Nik Abdul Rahman NH, Ahmad R, Nik Him NAS. Assessing patient pain scores in the emergency department. *Malays J Med Sci.* 2010;17(1):17–22.

Annexe 1 : Information par affichage des patients consultant pour douleur abdominale aux urgences

Etude sur l'incidence et les facteurs de chronicisation des douleurs viscérales aiguës vues aux urgences

Les douleurs abdominales aiguës représentent la première cause de consultation aux urgences. La prise en charge de la douleur est une mission importante pour nos professionnels de santé. Les services des Urgences du CHU Rangueil et du CHU Purpan participent à une étude sur la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences afin d'identifier les facteurs responsables de la persistance des douleurs.

But de la recherche : Etudier la survenue d'une douleur abdominale chronique chez des patients ayant consulté aux urgences pour une douleur abdominale aiguë trois mois auparavant.

Méthodologie : Cette étude comprend deux phases:

- A - la prise en charge de votre douleur aux urgences sera étudiée par analyse de votre dossier médical
- B - 3 mois après votre passage aux urgences, vous serez contacté(e) par un médecin pour faire le point sur l'évolution de cette douleur.

Période de l'étude : Juin 2013 à Juin 2014

Bénéfices attendus : améliorer la prise en charge des douleur abdominales aux urgences.

Contraintes : votre seule contrainte est d'avoir l'amabilité de répondre à un entretien téléphonique de moins de 10 minutes avec un médecin 3 mois après votre passage aux urgences.

Risques prévisibles : l'étude n'induit aucun risque supplémentaire et ne change rien quant à votre prise en charge initiale

Tous les résultats obtenus dans cette recherche resteront confidentiels, en accord avec les règles de la loi du 1^{er} juillet 1994 relative au traitement automatisé des données de santé.

Cette étude est réalisée conformément à la Loi 2004-806 relative à la politique de santé Publique (Articles L.1121-1 à 1126-7 du Code de la Santé Publique). Elle a reçu un avis favorable du Comité d'Ethique et de la Recherche, a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), et toutes les données seront traitées dans le plus strict respect du secret médical.

Les médecins de l'étude sont à votre disposition pour vous apporter des précisions complémentaires.
Contact: durand.g@chu-toulouse.fr

Chronicisation des douleurs abdominales aiguës vues aux urgences : incidence et facteurs prédictifs.

Toulouse, 12 septembre 2014

RESUME

Objectif : L'objectif de notre étude était de déterminer l'incidence de la chronicisation des douleurs chez les patients ayant consulté aux urgences pour une douleur abdominal aiguë non traumatique et de décrire les facteurs associés à cette chronicisation.

Patients et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse entre juin 2013 et juin 2014. Les patients ont été sélectionnés via la banque informatisée des données des urgences, puis contactés pour un entretien téléphonique par un médecin entre trois et quatre mois après leur passage aux urgences. Le critère de jugement principal était la persistance d'un score douloureux par Echelle Numérique (EN) supérieur à trois, à une fréquence minimale de deux fois par mois, entre trois mois après le passage aux urgences.

Résultats : Sur les 440 patients éligibles, 200 patients ont pu être contactés et ont donné leur consentement. Quarante deux patients (21%) décrivaient la persistance d'une douleur avec une EN supérieure à trois sur dix au moins deux fois par mois. Les facteurs associés à un risque de chronicisation étaient : l'âge (RC de 1,02 IC95% [1,01 – 1,05] par année) et le score de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (RC de 0,40 IC95% [0,21– 0,75] par unité respectivement). Cent vingt-deux patients (61%) n'ont pas présenté de récurrence douloureuse dans les trois mois suivant leur admission aux urgences.

Conclusion : La chronicisation des douleurs après une consultation aux urgences pour des douleurs abdominales aiguës concerne un patient sur cinq. L'âge et la gravité initiale de l'état clinique sont des facteurs prédictifs de chronicisation. L'absence de diagnostic organique (40.5% des patients de notre étude) n'était pas associé à un risque de chronicisation.

Discipline administrative : Médecine Générale

Mots-Clés : chronicisation – douleur abdominale – urgences – oligoanalgsie

Faculté de Médecine Purpan – 37, Allées Jules Guesde – 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr Vincent BOUNES