



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Evaluation de la prise en charge des douleurs abdominales aiguës
(<24h) non traumatiques de la femme aux Urgences dans deux centres
du Nord de la France**

Présentée et soutenue publiquement le 17 Avril 2015 à 16h

Au Pôle Recherche

Par Mathilde WINTER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur E. WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur P. ZERBIB

Monsieur le Docteur J-M. RENARD

Monsieur le Docteur P. ALARCON

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur N. ASSEZ

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS	Anti-Inflammatoires Non-Stéroïdiens
ALAT	Alanine Amino-Transférase
ASAT	Aspartate Amino-Transférase
ASP	Abdomen Sans Préparation
BAC	Baccalauréat
BEP	Brevet d'Etude Professionnelle
βHCG	Hormone Gonadotrophique Chorionique
BU	Bandelette urinaire
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de L'Information en matière de Recherche dans la Santé
CH	Centre Hospitalier
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPP	Commission de Protection des Personnes
CRP	Protéine C Réactive
DIRC	Direction Inter-régionale de la Recherche Clinique
DIU	Dispositif Intra Utérin
ECG	Electrocardiogramme
EVA	Echelle Visuelle Analogique

WINTER Mathilde

FC	Fréquence Cardiaque
FCS	Fosse Couche Spontanée
FID	Fosse Iliaque Droite
HCD	Hypochondre Droit
HTA	Hypertension Artérielle
IC95%	Intervalle de Confiance à 95%
IDM	Infarctus du Myocarde
NFS	Numération Formule Sanguine
MICI	Maladie Inflammatoire Chronique de l'Intestin
MST	Maladie Sexuellement Transmissible
PAL	Phosphatases Alcalines
Se	Sensibilité
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SFU	Signes Fonctionnels Urinaires
SMUR	Service Médical d'Urgence et de Réanimation
Spe	Spécificité
SpO2	Saturation pulsée en dioxygène
TAP	Thoraco-Abdomino-Pelvien
TR	Toucher Rectal
TV	Toucher Vaginal

TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	11
Table des Matières	13
Résumé.....	15
Abstract	17
Introduction	19
Matériels et méthodes.....	21
I. Matériel.....	21
A. Critères d'inclusion	21
B. Critères d'exclusion.....	22
.II. Méthode	23
A. Procédure de l'étude.....	23
B. Recueil des données	27
C. Devenir à J8.....	28
Résultats	29
I. Analyse descriptive	29
A. Données socio-démographiques.....	30
B. Données médicales	31
C. Caractéristiques de la douleur	33
1. Localisation de la douleur.....	33
2. EVA	34
3. Irradiation	35
4. Le début	35
5. Facteur déclenchant	35
6. Traitement à domicile	35
7. Symptômes associés	36
8. Hypothèses diagnostiques.....	37
D. Examen clinique	38
1. Constantes.....	38
2. Examen physique.....	39
E. Examens complémentaires	40
1. Biologie	40
2. Bandelette urinaire.....	40
3. ECG	40
4. Imagerie	41
5. Avis spécialisés.....	41
F. Prise en charge aux urgences	42
1. Traitements médicamenteux:.....	42
2. Gestes invasifs	42
3. Orientation	43
G. Décision médicale	44
H. Devenir à J8.....	45

I. Adéquation entre orientation effective et idéale	45
II. Analyse bivariée	46
II. Statistiques multivariées : régression logistique.....	47
Discussion	49
I- Introduction.....	49
II- Limites de l'étude	50
A. Points faibles	50
B. Points forts.....	51
III- Discussion des principaux résultats descriptifs	51
Conclusion	63
Références bibliographiques	65
Annexes:	71
Annexe 1 : Questionnaire	71
Annexe 2 : Echelle Visuelle Analogique	73

RESUME

Contexte : La douleur abdominale est une des causes les plus fréquentes de motif de consultation aux urgences et ce sont dans la majorité des femmes qui consultent. L'objectif principal était d'évaluer la prise en charge aux urgences de ces femmes dans deux services du Nord de la France. Les objectifs secondaires étaient de trouver des facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale de ces patientes et d'évaluer leur suivi à J8.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle prospective sur deux sites de la région du Nord de la France (Valenciennes et Maubeuge) sur une durée d'un mois par centre (deux périodes de 15 jours) de septembre à octobre 2014. Nous avons analysé la prise en charge des femmes admises aux urgences pour douleur abdominale aiguë (< 24H) non traumatique. Les données ont été recueillies grâce à des questionnaires remplis par les médecins aux urgences. L'analyse descriptive est exprimée en termes d'effectifs, de fréquences, de moyennes et d'écart-types selon un intervalle de confiance à 95% (IC95%). Les données concernant l'âge, les antécédents de chirurgie abdominale, la localisation en FID ou en HCD, la défense et la température ont été étudiées selon une régression logistique

Résultats : Nous avons recueilli et exploité 114 questionnaires durant la période d'étude. Notre étude n'a pas réussi à mettre en évidence de facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale chez les femmes souffrant de douleur abdominale aiguë; en revanche, nous avons pu constater que l'hyperthermie était statistiquement associée à une mauvaise orientation de ces femmes au risque 5%. Les urgentistes avaient pris une bonne décision concernant l'orientation des femmes

dans 89% des cas (IC95% [81-93.6]). Le suivi à J8 a permis de constater qu'un quart des femmes présentaient toujours des douleurs et que plus de la moitié re-consultaient un spécialiste ou réalisaient des examens complémentaires après leur passage aux urgences.

Conclusion : Il serait intéressant d'inclure différents centres du Nord-Pas-de-Calais afin d'avoir une vision régionale de la prise en charge de ces femmes et de créer une filière dédiée. Un suivi régulier pourrait également permettre d'éviter une chronicité de la douleur et une multiplication des consultations.

ABSTRACT

Introduction : Abominal pain is one of the main reasons for emergency consultations and women are the majority of these patients. The main objective was to study the treatment of these women in two emergency units in the north of France, (Maubeuge and Valenciennes).The remaining objectives were to find the predictive factors of a surgical orientation for these patients and to study their follow up 8 days after.

Method: This entailed an observational prospective study in two of the North region centers, of non traumatic sharp (less than 24 hours) abdominal pain for the women treated in the Emergency. The results were collected through questionnaires completed by the doctors in Emergency during the time of the study. (one month per center).

Results: The study allowed the collection of 114 questionnaires. The criteria concerning age, historic of abdominal surgery, the localisation in right iliac fossa or right hypochondrium , the tenderness and the temperature were studied by means of a regressive logistic. Our study did not allow to show the predictive factors of a surgical orientation for women suffering from sharp abdominal pain; however, we were able to show that hyperthermia was statistically associated with a wrong orientation of these women at 5% risk direction. The Emergency staff had taken the right decision in 89% of cases (CI95% [81-93.6]). The follow up on the 8th day

showed that a quarter of the women still had pains and more than half continued to consult with a specialist, or had complementary medical exams done after their Emergency visit.

Conclusion: It would be interesting to undertake a multicentric observational prospective study in order to have a regional visibility of the treatment of these women and to create a branch dedicated to this. Regular follow up could also help to avoid chronicle pain and a multiplication of consultations.

INTRODUCTION

La prise en charge de la douleur est devenue une priorité nationale politique [1]; En moyenne, 86,4% des patients souffrent à l'admission aux urgences [2]. Or c'est un domaine peu étudié.

Dans la population générale, 50% des adultes ont déjà présenté une douleur abdominale [3] et il s'agit d'une des causes les plus fréquentes de consultation aux urgences; selon les études, ce motif représente entre 5% et 10% des motifs d'admission aux urgences [4].

Dans la majorité des cas, il s'agit de femmes qui consultent (rapport 1,24 d'après une étude de 2012) [5]. Or, il existe trop peu de femmes étudiées dans les études sur la douleur [6]. De nombreuses études ayant étudié la douleur notamment la douleur thoracique prouvent que la perception de la douleur est différente entre un homme et une femme [6], que la prise en charge est différente et que le diagnostic est souvent plus incertain chez les femmes que chez les hommes [4,7].

Seulement 6% des patients ayant consulté leur médecin traitant pour des douleurs abdominales se rendent aux urgences [8] et seulement 37% des patients âgés de plus de 75 ans sont adressés par leur médecin traitant [9].

Il s'agit d'un des motifs de recours pour lequel poser un diagnostic est le plus difficile. Une hospitalisation est nécessaire dans 18 à 42% des adultes et jusqu'à 75% des patients âgés [10]. Dans 40% des cas, les patients sortent des urgences sans qu'aucun diagnostic précis n'ait été posé [10]. Chez les plus de 65 ans, il existe un risque de mortalité six à huit fois plus important si aucun diagnostic n'est fait aux urgences [3,5].

La principale difficulté pour l'urgentiste qui examine ces patientes est de savoir rapidement si la cause est médicale, chirurgicale ou gynécologique [11] et de définir s'il s'agit d'une urgence vitale (IDM, rupture de l'aorte [12], pancréatite aiguë ou ischémie digestive [13]) ou pouvant affecter la fertilité: grossesse extra-utérine, rupture de kyste ovarien, torsion d'ovaire, appendicite, salpingite [14,15]. Il s'agit ainsi de perdre le moins de temps possible si une intervention chirurgicale [16] ou une exploration coelioscopique doit être réalisée [17,18]. Or la durée actuelle de prise en charge aux urgences dans le cadre de la douleur abdominale se situe entre 4 et 6,2 heures [19].

L'objectif principal de notre étude est donc d'évaluer la prise en charge aux urgences des femmes se présentant pour des douleurs abominables dans deux services d'urgence du Nord, Valenciennes et Maubeuge.

Les objectifs secondaires sont:

-Trouver des facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale des patientes se présentant pour douleur abdominale aux urgences (avec la perspective à plus long terme de définir des filières dédiées pour ces femmes afin que le délai de prise en charge soit le plus court possible)

-Evaluer le devenir des patientes au décours de la prise en charge aux urgences à J8.

MATERIELS ET METHODES

I. Matériel

Nous avons réalisé une étude prospective observationnelle sur deux sites du Nord Pas-De-Calais de la douleur abdominale non traumatique aiguë inférieure à 24 heures chez la femme prise en charge aux urgences.

A. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion utilisés pour notre étude étaient :

- Femmes d'âge supérieur à 16 ans
- Douleur abdominale aiguë de moins de 24h non traumatique
- Se présentant aux urgences par elle-même et/ou adressée par le médecin traitant ou via la régulation centre 15
- Capable de s'exprimer en français et de comprendre la lettre d'information délivrée.

B. Critères d'exclusion

Les femmes présentant au moins un des critères suivant ont été exclues de l'étude :

- Femmes mineures non accompagnées d'une personne majeure
- Troubles de la vigilance ou de conscience
- Troubles des fonctions cognitives
- Barrière linguistique
- Arrêt cardiaque
- Patientes médicalisées par le SMUR
- Patientes ne bénéficiant pas de couverture sociale
- Patientes ne disposant pas d'un numéro de téléphone permettant un suivi

téléphonique.

.II. Méthode

A. Procédure de l'étude

L'étude s'est déroulée en plusieurs étapes sur une durée de deux mois.

Etape 1:

-Recherche d'un sujet d'étude, réflexion sur ce sujet, son intérêt, les objectifs de cette étude et recherche d'un directeur de thèse.

-Recherche bibliographique avec lectures d'articles en français et en anglais.

-Elaboration du questionnaire grâce aux données de la littérature et à l'expérience clinique. Celui-ci est présenté en annexe 1.

-Définition des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude et des services d'urgence.

-Rencontre des statisticiens afin de préciser les objectifs de l'étude et les modalités de recueil et d'analyse.

-Rédaction d'une note d'information aux patientes expliquant la procédure de l'étude, ses objectifs, la nécessité de les contacter à J8 après leur sortie. Les femmes ayant accepté de participer à l'étude étaient informées que les données recueillies, après avoir été rendues anonymes, feraient l'objet d'analyse et éventuellement de publication. Elles avaient la possibilité à tout instant de refuser de participer à l'étude ou d'être recontactée.

Etape 2 :

-Présentation du projet et validation du questionnaire au Collège de Médecin d'Urgences.

-Proposition aux centres hospitaliers de Maubeuge, Denain, Douai, Fourmies, Dunkerque et de Valenciennes de participation à l'étude.

-Demande d'autorisation pour la réalisation de cette étude auprès des organismes du CCTIRS et de la CNIL.

-Contact pris au CPP afin de vérifier que cette étude ne nécessitait pas leur autorisation.

Etape 3 :

-Acceptation des centres de Maubeuge et de Valenciennes de participer à l'étude et détermination des périodes d'études dans chaque service d'urgences.

-Période de test d'une semaine aux Urgences du CH de Valenciennes qui a permis de recueillir 11 questionnaires. Les questionnaires ont été modifiés et réajustés à l'issue du test.

Etape 4 :

- Les questionnaires étaient remplis par les résidents et les médecins seniors à chaque fois qu'ils examinaient une femme se présentant pour douleur abdominale aiguë (<24h) aux urgences et répondant aux critères d'inclusion durant la période d'évaluation:

- 1ère période: du 1er au 15 Septembre 2014 à Maubeuge
- 2ème période: du 15 au 30 Septembre 2014 à Valenciennes

-Dans chaque service des urgences, cinquante questionnaires vierges était déposé dans le bureau des cadres.

-Les infirmières d'accueil avaient reçu pour consigne de glisser dans le dossier de chaque femme se présentant pour des douleurs abdominales un questionnaire vierge.

-Les résidents et médecins séniors remplissaient les questionnaires vierges pour toute femme adressée aux urgences présentant les critères d'inclusion.

-Les questionnaires étaient recueillis dans une bannette prévue à cet effet.

-Ceux-ci étaient récupérés par l'investigateur directement sur chaque site à la fin de chaque semaine durant la période d'étude.

Etape 5 :

Initialement 250 à 300 questionnaires étaient attendus pour cette étude. Mais à l'issue de la première période d'étude, l'effectif étaient insuffisant. La décision était alors prise par l'investigateur avec l'accord des deux chefs de service des urgences de Maubeuge et de Valenciennes de poursuivre l'étude par une nouvelle période de quinze jours

- 3ème période: du 15 au 30 Septembre à Maubeuge
- 4ème période: du 30 Septembre au 15 Octobre à Valenciennes.

Etape 6 :

Les données manquantes ont été récupérées soit à partir du dossier médical, soit à partir d'un logiciel informatique (dossier médical informatisé) dans chacun des deux centres.

Etape 7 :

Pour les patientes sorties des urgences, le devenir à l'issue de la prise en charge à huit jours (J8) était effectué par rappel téléphonique. Lors de cet entretien téléphonique, les femmes étaient interrogées sur l'apparition une récurrence douloureuse et/ou la réalisation d'examen complémentaires et/ou la prise de rendez-vous avec un spécialiste et/ou une ré-hospitalisation durant ces huit jours.

Etape 8 :

Les informations recueillies par l'intermédiaire des questionnaires ou après étude des dossiers ont été saisies sur tableur Excel puis ont été rendues anonymes.

Etape 9 :

Le traitement statistique des données a été réalisé grâce au soutien du laboratoire de la Direction Interrégionale de la Recherche Clinique (DIRC). Nous avons réalisé une analyse descriptive en étudiant les effectifs, les fréquences, les moyennes, les écarts-types et les intervalles de confiance à 95% (intervalle de valeur qui a 95% de chance de contenir la vraie valeur du paramètre mesuré). Nous avons essayé de rechercher une association entre deux variables qualitatives en utilisant les tests du Chi² ou test exact de Fisher ($p < 0,05$) en fonction des effectifs ($n < 30$) ainsi qu'une association entre une variable qualitative binaire à deux modalités et une variable quantitative en utilisant un test de Wilcoxon non paramétrique avec comme valeur seuil $p < 0,005$.

Etape 10 :

Rédaction de la thèse avec valorisation et présentation des résultats afin d'envisager la rédaction et la publication d'un article.

B. Recueil des données

Grâce aux informations recueillies par les questionnaires, de nombreux paramètres ont pu être analysés:

- Les caractéristiques socio-démographiques de la patiente
- Les antécédents
- Les caractéristiques de la douleur
- Les hypothèses diagnostiques après interrogatoire
- Les données de l'examen clinique
- Les paramètres biologiques sanguins et urinaires : NFS, plaquettes, CRP, ionogramme sanguin, urée/créatininémie, bilan hépatique (ASAT, ALAT, gammaGT et PAL), lipasémie, β HCG, BU
- l'ECG
- L'imagerie demandée aux Urgences : Radio de thorax, ASP, échographie abdominale, scanner thoraco-abdomino-pelvien
- La demande d'un avis spécialisé
- Le traitement administré aux urgences:
antalgique/lavement/antispasmodique/antiémétique/autres
- Le diagnostic final retenu par l'urgentiste
- Le devenir de la patiente à J8
- Les arguments sur lesquels le médecin a pris sa décision concernant l'orientation: clinique et/ou biologie et/ou imagerie et/ou avis spécialisé
- Le ressenti du médecin de la gravité de la patiente sur une échelle de Likert de 0 à 10
- Le titre du médecin ayant rempli le questionnaire: praticien hospitalier ou résident de médecine générale.

C. Devenir à J8

Toutes les patientes sorties des urgences et n'ayant pas exprimé le refus d'être recontactées ont été rappelées à huit jours.

Lors du rappel téléphonique, quatre questions ont été posées:

-Quelle était la prescription de médicaments à la sortie par l'intermédiaire d'une ordonnance ?

-Quels ont été les examens complémentaires réalisés depuis la sortie ou en attente d'être réalisés ?

-Un spécialiste a-t-il été consulté ou un rendez-vous avec un spécialiste a-t-il été pris ?

-Existe-t-il une persistance de la douleur ?

RESULTATS

I. Analyse descriptive

Durant la période d'étude, nous avons recensé 3376 admissions aux urgences de Maubeuge et 5064 admissions aux urgences de Valenciennes.

Nous avons mis à disposition 100 questionnaires vierges à Maubeuge et 150 questionnaires vierges à Valenciennes. Le recueil de données a permis d'étudier 114 questionnaires correspondant au passage de 114 femmes aux urgences se présentant pour douleur abdominale aiguë (<24h) non traumatique : 31 questionnaires aux urgences de Maubeuge et 83 questionnaires à Valenciennes. Ce motif a donc représenté entre 1 et 1.6% des consultations.

Dans 51% des cas (n=58 ; IC95% [41,4-60,3]), un résident a rempli les questionnaires; dans 49% des cas (n=56 ; IC95% [39,7-58,6]), il s'agissait d'un praticien hospitalier.

A. Données socio-démographiques

L'âge moyen était de 43,4 ans (+/-23,5 ans) avec des extrêmes de 16 ans et 92 ans.

Les données socio-démographiques de ces femmes sont résumées dans le tableau I.

Tableau I : Données socio-démographiques

	n	%	IC 95%
Statut gynécologique: -Ménopausées	34	30	[21,8-39,2]
Mode d'admission: -Médecin traitant	31	29	[20,8-38,7]
-Elle même	76	71	[61,3-79,1]
Niveau d'étude (niveau selon l'Insee)	19	18	[11,6-27,3]
-<3 ^{ème} (niveau VI)	39	38	[28,3-47,6]
-CAP, BEP (niveau V)	37	36	[26,6-45,6]
-BAC (niveau IV)	9	9	[4,3-16,2]
->BAC (niveau III, II et I)			

Légende : CAP=Certificat d'Aptitude Professionnelle, BEP=Brevet d'Etude Professionnelle, BAC=Baccalauréat)

B. Données médicales

Les données médicales concernant ces 114 femmes ont été résumées dans le Tableau II

En ce qui concerne les antécédents de ces femmes, aucune ne présentait d'antécédent de cirrhose, de pancréatite, d'insuffisance corticotrope, de drépanocytose ni de MST.

Une femme présentait un antécédent d'embolie pulmonaire et une autre un antécédent de rétention aigüe d'urine.

Deux femmes présentaient un antécédent de fécalome ou de MICI.

Les femmes ayant un antécédent de néoplasie étaient plus âgées (moyenne de 67.9 ans) que la moyenne de la population étudiée. Il s'agissait principalement de cancer du sein et du côlon.

Tableau II : Données médicales

	n	%	IC 95%
Habitus			
-Consommation d'alcool	6	5	[2,2-11,6]
-Consommation de tabac	32	28	[20,6-37,4]
-Consommation de drogues	1	1	[0,02-4,8]
Antécédents			
-Chirurgicaux			
• Chirurgie abdominale	45	39	[30,6-49,1]
• Hernie	6	5	[2,2-11,6]
• Occlusion	5	4	[1,6-10,4]
-Médicaux			
• Diabète	5	4	[1,6-10,4]
• Ulcère	5	4	[1,6-10,4]
• HTA	18	16	[9,9-24,1]
• Thrombo-embolique	5	4	[1,6-10,4]
• Néoplasie	7	6	[2,7-12,7]
-Uro-gynécologique			
• Infection urinaire	10	9	[4,5-15,9]
• Grossesse	81	71	[61,7-79]
• FCS	10	9	[4,5-15,9]
• Rapport non protégé	31	27	[19,5-36,5]
• Contraception (pilule, implant, DIU, autre)	41	36	[27,2-44,8]

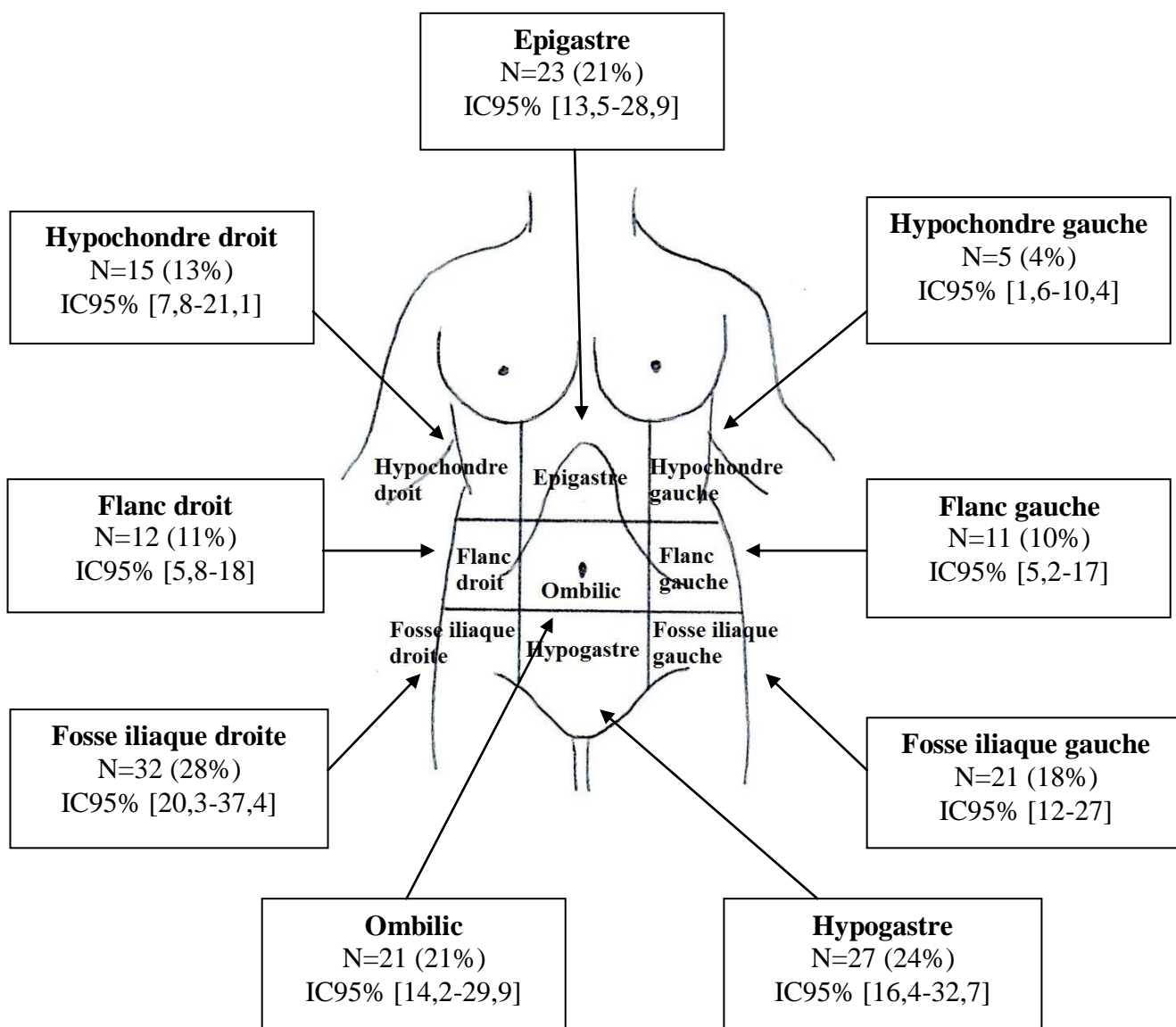
Légende : HTA=Hypertension artérielle, FCS=Fausse Couche Spontanée, DIU =Dispositif Intra Utérin.

C. Caractéristiques de la douleur

1. Localisation de la douleur

La localisation de la douleur était répartie de façon homogène avec une légère prédominance en fosse iliaque droite.

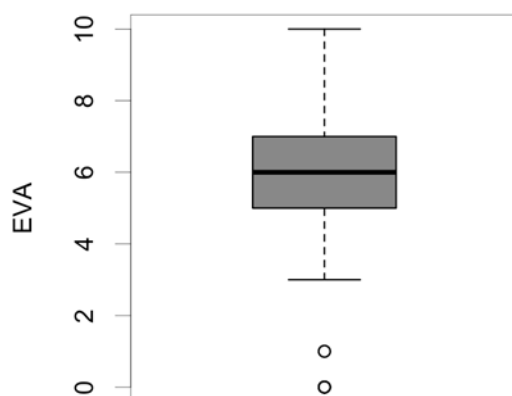
Figure 1 : Topographie de la douleur (N=114)



2. EVA

L'EVA (Echelle Visuelle Analogique) est une échelle d'auto-évaluation de la douleur. Le patient devait indiquer, grâce à une réglette en plastique de 10 cm graduée en millimètres, l'intensité de sa douleur en mobilisant un curseur. L'extrémité gauche correspond à « Absence de douleur » et celle de droite à « Douleur maximale imaginaire » (cf Annexe 2). La moyenne de l'EVA était de 6 ± 2 pour un IC95% [5.6-6.4].

Figure2: Représentation graphique en boîte à moustache de la moyenne de l'EVA=Echelle Visuelle Analogique



3. Irradiation

Aucune irradiation de la douleur n'était constatée chez 85 femmes (75%; IC95% [65.4-82]) ; on retrouvait une irradiation dans les organes génitaux externes pour 5 femmes, dans l'épaule pour une femme, dans le dos pour 5 femmes et dans les fosses lombaires pour 18 femmes.

4. Le début

La douleur était inaugurale pour 56 femmes (49%; IC95% [39.7-58.6]), permanente pour 31 femmes (27%; IC95% [19.5-36.5]) et intermittente pour 27 femmes (24%; IC95% [16.4-32.7]).

5. Facteur déclenchant

Il n'existait aucun facteur déclenchant pour 103 femmes (92%; IC95% [84.9-96]). Un facteur déclenchant était retrouvé chez 9 femmes : il s'agissait principalement des repas (n=4), de la prise d'AINS (n=2), des mouvements posturaux (n=2) et du stress (n=1).

6. Traitement à domicile

Soixante-neuf femmes n'avaient pris aucun traitement au domicile avant l'admission aux Urgences (61%; IC95% [50,9-69,4]) : lorsqu'un traitement avait été pris, il s'agissait dans 14 cas de paracétamol (12% ; IC95% [7,1-20,1]), dans 12 cas d'antispasmodiques (11%; IC95% [5,8-18]) et dans 12 cas de l'association des deux classes thérapeutiques (11%; IC95% [5,8-18]).

7. Symptômes associés

Les symptômes associés à la douleur sont résumés dans le Tableau III. Comme signe de gravité, un saignement était retrouvé chez 11 femmes (9% ; IC95% [3,7-14,3]).

Tableau III : Symptômes associés

	n	%	IC95%
Signes digestifs « hauts »			
-Nausées	47	41	[32,2-50,8]
-Vomissements	36	32	[23,4-41,1]
-Hématémèse	1	1	[0,02-4,8]
Signes digestifs « bas »			
-Diarrhées	20	18	[11,3-26]
-Constipation	25	22	[14,9-30,8]
-Rectorragies	4	4	[1-8,7]
Symptômes uro-génitaux			
-SFU	14	12	[7,1-20,1]
-Ménorragies	6	5	[2,2-11,6]

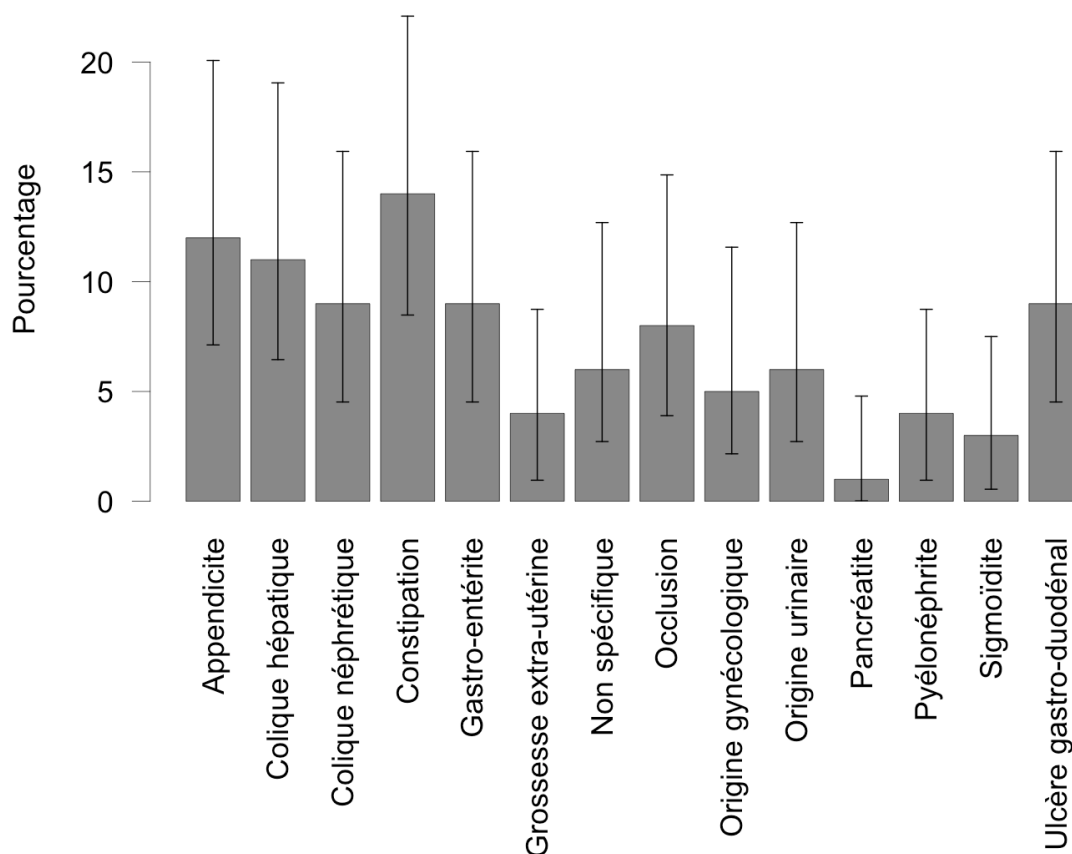
Légendes : SFU=Signes Fonctionnels Urinaires.

8. Hypothèses diagnostiques

Le diagramme en barre (figure 3) représente les différentes étiologies retrouvées dans les hypothèses diagnostiques.

Dans 64 cas (56%; IC95% [46,9-65,1], on retrouvait une cause médicale. Dans 33 cas (29%; IC95% [20,7-37,3], il s'agissait d'une cause chirurgicale. Une cause gynécologique était retrouvée dans 10 cas (9%; IC95% [3,7-14,3]) et aucune cause spécifique n'était retrouvée dans 7 cas (6%; IC95% [1,6-10,4]).

Figure 3: Diagramme en barre des différentes étiologies retrouvées dans les hypothèses diagnostiques



D. Examen clinique

1. Constantes

Sur les 114 questionnaires étudiés, aucun état de choc n'a été observé lors du recueil des constantes à l'admission ; les constantes relevées étaient normales. Le Tableau IV reprend les données concernant les constantes.

Tableau IV: Constantes lors de l'examen clinique

	n	Moyenne	Ecart type	IC95%	Données manquantes
TA systolique	111	122	21.6	[118,1-126,2]	3
TA diastolique	111	74	14.4	[71-76,4]	3
FC	111	84	16.2	[80,8-86,9]	3
Température	110	36.8	0.59	[36,7-37]	4
Saturation	111	99	1.6	[98,6-99,2]	3

Légende : TA=Tension Artérielle, FC=Fréquence Cardiaque ; les données manquantes n'ont pas été retrouvées dans les dossiers médicaux.

2. Examen physique

Les données de l'examen physique sont résumées dans le Tableau V.

Tableau V: Résumé des signes physiques retrouvés à l'examen clinique

	n	%	IC95%
Ictère	2	2	[0,2-6,2]
Signes péritonéaux	14	12	[7,1-20,1]
Orifices herniaires libres	110	96	[91,2-99]
Murphy positif	9	8	[3,9-14,7]
Anomalies vasculaires	0	0	[0-3,18]
Globe	1	1	[0,02-4,8]

Aucun toucher vaginal n'a été réalisé durant cette étude (IC95% [96,8-100]). Le toucher rectal a été fait dans 4 cas : il était jugé anormal dans 2 cas (un fécalome était diagnostiqué dans les deux cas).

E. Examens complémentaires

1. Biologie

Le bilan biologique a été réalisé pour 108 femmes (68%) : il était normal dans 57% des cas (n=65 ; IC95% [47,4-66,1]) et anormal dans 38% des cas (n=43 ; IC95% [28,9-47,3]) montrant principalement un syndrome inflammatoire ou une perturbation du bilan hépatique.

2. Bandelette urinaire

La BU a été faite chez 78 femmes (68%) ; elle était normale dans 40% des cas (n=46 ; IC95% [31,4-50]) et anormale dans 28% des cas (n=32 ; IC95% [20,3-37,4]). Une hématurie ou une leucocyturie sont les symptômes principaux.

3. ECG

L'ECG a été réalisé dans 37% des cas (n=43). Celui-ci était anormal dans 4% des cas (n=5 ; IC95% [1,6-10,4]), il déroulait un ACFA dans 4 cas et un trouble de conduction dans un cas.

4. Imagerie

Les différents types d'imageries réalisés aux Urgences sont résumés dans le Tableau VI.

Tableau VI : Imageries réalisées aux Urgences

	n	%	IC95%
Radio de thorax			
• Faite et normale	9	8	[3,9-14,9]
• Faite et anormale	3	3	[0,6-7,5]
ASP			
• Fait et normal	7	6	[2,7-12,7]
• Fait et anormal	6	5	[2,2-11,6]
Echographie			
• Faite et normale	12	11	[5,8-18]
• Faite et anormale	13	11	[6,4-19]
Scanner			
• Fait et normal	9	8	[3,9-14,9]
• Fait et anormal	39	34	[25,8-43,8]

Légende : ASP=Abdomen Sans Préparation

5. Avis spécialisés

Aucun avis de spécialistes n'a été demandé dans 65 cas (57% ; IC95% [47,4-66]). Un avis spécialisé a été demandé dans 63% des cas : il s'agissait d'un avis auprès d'un chirurgien dans 10 cas (9% ; IC95% [4,5-16]), auprès d'un gastroentérologue dans 20 cas (19%, IC95% [11,3-26]) ou auprès d'un gynécologue dans 19 cas (17% ; IC95% [10,2-25,1]).

F. Prise en charge aux urgences

1. Traitements médicamenteux:

La prescription d'antalgiques a été réalisée pour 108 femmes (95%; IC95% [88,4-97,8]); celle d'antispasmodiques a été réalisée pour 44 femmes (39%; IC95% [29,8-48,2]). La prescription d'antiémétiques a été faite pour 10 femmes (9%; IC95% [4,5-15,9]), celle d'IPP pour 8 femmes (7%; IC95% [3,3-13,8]) et celle d'antibiotiques pour 7 femmes (6%, IC95% [2,7-12,7]).

2. Gestes invasifs

Un lavement a été réalisé dans 7 cas (IC95% [2,7-12,7] et une sonde nasogastrique a été posée 5 fois (IC95% [1,6-10,4]).

3. Orientation

Une hospitalisation était proposée à 43 femmes et un retour à domicile était préconisé pour 71 femmes.

L'orientation des femmes après le passage aux urgences est résumée dans la Tableau VII.

Tableau VII : Orientation des femmes après passage aux urgences

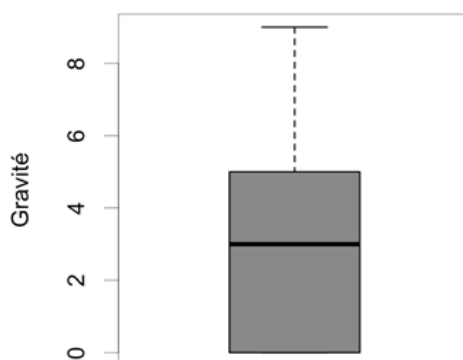
	n	%	IC95%
Retour à domicile	71	62	[52,7-71,05]
Médecine	22	19	[12,7-28]
Chirurgie	10	9	[4,5-15,9]
Gynécologie	6	5	[2,2-11,6]
Refus d'hospitalisation	5	4	[1,6-10,4]

G. Décision médicale

La décision médicale finale d'orienter la patiente vers une unité d'hospitalisation en médecine, gynécologie ou chirurgie ou de permettre un retour à domicile était basée sur la clinique dans 63% des cas ($n=72$, IC95% [53,6-71,8]), la biologie dans 61% des cas ($n=70$, IC95% [51,8-70,2]), l'imagerie dans 43% des cas ($n=49$, IC95% [33,9-52,6]) et sur l'avis spécialisé dans 13% des cas ($n=15$, IC95% [7,8-21,1]).

Selon les médecins qui ont examiné les patientes, sur une échelle de 0 à 10, le critère de gravité de la pathologie diagnostiquée a retrouvé une moyenne de 3,2.

Figure 4: Représentation en boîte à moustache de la moyenne des critères de gravité selon les médecins aux urgences



H. Devenir à J8

Les 105 femmes (9 données manquantes) interrogées par téléphone huit jours après leur admission aux urgences pour le motif de douleur abdominale affirmaient que la douleur persistait pour 28 d'entre elles (27%; IC95% [18,7-36,3]).

Pour 101 femmes (96%; IC95% [90,5-99]), une ordonnance de sortie avait été rédigée.

Des examens complémentaires avaient été réalisés par la suite pour 54 femmes (51%; IC95% [41,5-61,2]).

Un rendez-vous avec un spécialiste (gynécologue et hépato-gastro-entérologue principalement) était programmé pour 55 femmes (52%; IC95% [42,5-62,1]).

I. Adéquation entre orientation effective et idéale

Pour 76 femmes (67%; IC95% [57,1-75,1]), un retour à domicile était proposé. L'orientation idéale, basée sur les recommandations, les pratiques cliniques et les analyses de morbi-mortalité, préconisait un retour à domicile pour 77 femmes (68%; IC95% [58,1-75,8]). Une orientation en médecine a été organisée pour 28 femmes soit 25%; (IC95% [17,2-33,9]). Vingt-six de ces femmes auraient dû être orientées en médecine (IC95% [15,7-31,8]). Enfin, une hospitalisation en chirurgie était proposée pour 10 femmes (9%; IC95% [4,5-15,9]) et était nécessaire pour 11 d'entre elles (il s'agissait d'un manque de place en chirurgie). L'urgentiste avait donc pris une bonne décision dans 101 cas (89%, IC95% [81-93,6]).

II. Analyse bivariée

Il n'existe pas d'association statistiquement significative au risque 5% entre la mauvaise orientation et :

- l'âge (moyenne: 43,1; écart-type: 23,9; $p=0,568$)
- l'antécédent de chirurgie abdominale ($p=0,495$)
- la localisation en fosse iliaque droite ($p=0,346$)
- la localisation en hypochondre droit ($p=0,375$)
- les signes péritonéaux ($p=0,363$)

La seule association statistiquement significative au risque 5% lors de l'analyse bivariée concerne la température et la mauvaise orientation (moyenne de 36,8 (n=97, écart type de 0,5)). Seule, la température n'est donc pas perçue par l'urgentiste comme un facteur prédictif d'une orientation chirurgicale.

II. Statistiques multivariées : régression logistique

La variable « Signes péritonéaux » a été écartée car elle est considérée comme facteur déterminant.

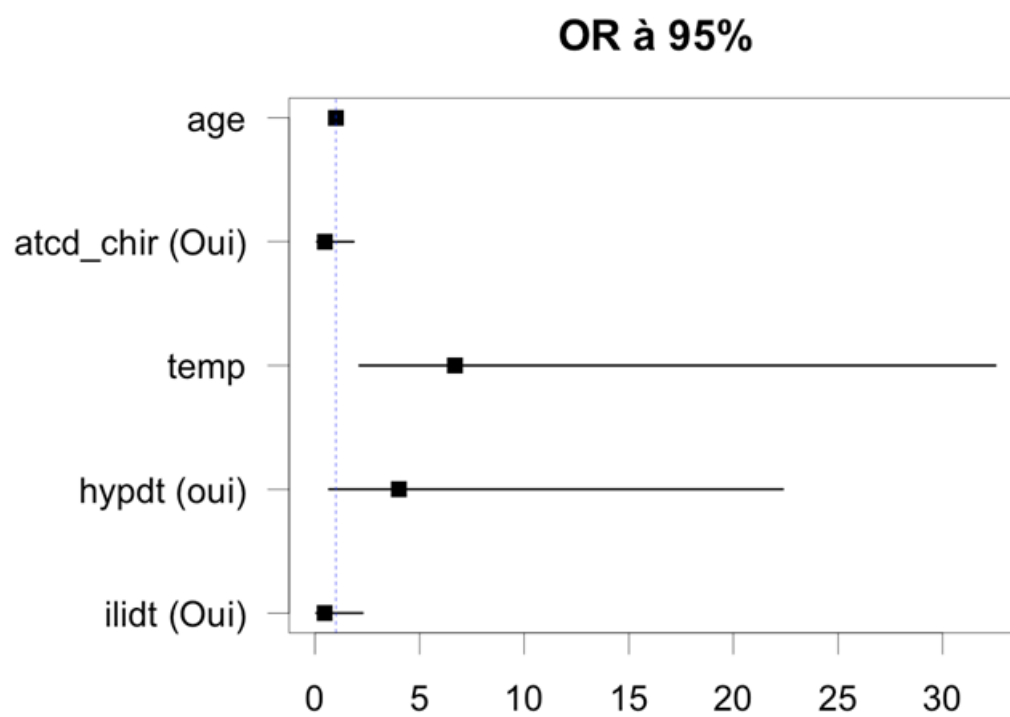
L'analyse en régression logistique de la mauvaise orientation en fonction de l'âge, des antécédents de chirurgie abdominale, de la température et de la localisation en hypochondre droit ou en fosse iliaque droite est résumée dans le Tableau VII

Tableau VIII : Analyse en régression logistique

	Odds ratio	IC 95%	p value
Age	1	[0,97-1,03]	0,816
ATCD chirurgie	0,47	[0,09-1,85]	0,309
Température	6,69	[2,12-32,53]	0,006
Hypochondre droit	4,01	[0,67-22,37]	0,11
Fosse iliaque droite	0,46	[0,06-2,28]	0,38

Légende : ATCD (antécédent)

Figure 5 : Représentation graphique des Odd Ratios



Légende : atcd=Antécédents ; temp=Température ; hypdt=Hypochondre droit ; ilidt=Fosse iliaque droit

DISCUSSION

I- Introduction

Cette étude nous a permis d'évaluer la prise en charge des femmes consultant aux urgences des centres de Maubeuge et Valenciennes pour une douleur abdominale aiguë (< 24 H) non traumatique.

Nous avons pu constater que dans la grande majorité des cas, l'orientation de ces femmes après la consultation aux urgences était adaptée à la pathologie identifiée en diagnostic principal.

Aucun facteur prédictif d'une mauvaise orientation n'a pu être mis en évidence excepté pour la température qui était statistiquement associée à une mauvaise orientation par l'urgentiste au risque 5%.

En ce qui concerne le suivi à J8, on peut constater que la douleur persiste chez plus d'un quart d'entre elles et que la moitié des femmes interrogées ont consulté un spécialiste et ont eu recours à des examens complémentaires à leur sortie des urgences.

II- Limites de l'étude

A. Points faibles

Le nombre de questionnaires récupéré (114) est relativement faible par rapport au nombre de dossiers attendus au départ et au nombre de dossiers vierges adressés dans les services (100 à Maubeuge et 150 à Valenciennes). Nous n'avons donc pas pu être exhaustifs dans le recrutement des dossiers de patientes. Le faible effectif (n=114) limite la puissance de l'étude.

Seuls deux services d'urgences de la Région Nord ont accepté de participer à l'étude. Celle-ci ne permet donc pas d'avoir une vue d'ensemble de la prise en charge régionale de la douleur abdominale chez la femme et met en évidence un biais de sélection. Plusieurs hypothèses de cette faible participation ont été évoquées comme le manque de temps aux urgences, la difficulté de la mise en place des questionnaires, la surcharge de travail pour le personnel des urgences. Il aurait été intéressant de comparer la variabilité des pratiques dans des centres hospitaliers ne disposant pas des mêmes plateaux techniques (présence d'un chirurgien de garde sur place ou d'astreinte, existence d'un service d'urgences gynécologiques, possibilité de demander un avis gynécologique, possibilité de demander des examens complémentaires 24h/24...).

B. Points forts

Notre étude était descriptive observationnelle et prospective. A notre connaissance, aucune étude régionale ou nationale ne s'est intéressée au sujet des douleurs abdominales chez la femme spécifiquement. Notre étude présentait donc une originalité mais qui a rendu difficile la comparaison avec d'autres études. Lorsque les questionnaires étaient remplis, tous les items étaient correctement complétés et de ce fait, il existait peu de données manquantes. De même, lors du rappel à huit jours, la majorité des femmes a accepté de répondre aux questions téléphoniques, ce qui a permis d'avoir une bonne évaluation du devenir de ces femmes à J8.

III- Discussion des principaux résultats descriptifs

Le motif de douleur abdominale est une des causes les plus fréquentes de consultations médicales aux urgences (5 à 10% des visites selon les études [3, 10]; ce motif représentait 1% des admissions aux urgences de Maubeuge et 1.6% aux urgences de Valenciennes.

L'évaluation de la prise en charge d'une douleur abdominale aiguë suit souvent le même cheminement selon les différentes études: Interrogatoire, examen clinique, biologie et examens complémentaires [20, 21, 22]

L'âge moyen des femmes consultant aux urgences pour douleur abdominale (43,4 ans) était légèrement inférieur à ceux observés par O. Pierrard en 2006 (46 ans) [1]. Dans 71% des cas, il s'agissait de femmes ayant eu des grossesses antérieures et dans 30% des cas, les femmes étaient ménopausées. L'étude anglaise de J-D. Greespan a montré une différence de sensibilité à la douleur entre les femmes en fonction de leurs cycles. Il apparaît que les multipares ressentent plus la douleur que les nullipares [6]. Notre étude n'a pas mis en évidence cette tendance.

Les patientes se présentaient d'elles-mêmes dans 71% des cas et étaient adressées par leur médecin traitant dans 29% des cas. Le recours à un avis médical préalable était donc plus faible que dans l'étude sur les douleurs abdominales de M. Kozlik où dans 38% des cas, les patient(e)s venaient d'eux (elles)-mêmes et dans 68% des cas avaient eu un avis médical préalable (50% par le médecin traitant, 21% par d'autres médecins et 29% par le centre 15) [23]. Dans cette étude, une hospitalisation était préconisée dans 47% des cas quand les patients venaient par eux-mêmes et dans 80% des cas quand ils étaient adressés par un médecin [23]. Il serait donc souhaitable d'encourager la population à prendre un avis médical avant de se rendre aux urgences.

La localisation de la douleur était assez homogène avec une prédominance de la douleur en FID (28%), en hypogastre (24%) et en épigastre (21%). Il existe une corrélation entre la localisation de la douleur et les diagnostics spécifiques: une douleur épigastrique oriente vers une cause gastro-duodénale; une douleur sous costale droite oriente vers une origine hépato-biliaire; une douleur en FID est plutôt d'origine digestive; enfin une douleur pelviennes oriente plus vers une cause gynécologique [24; 25]. Dans une étude menée en Angleterre sur 300 femmes, 74% des femmes présentant une douleur en FID étaient admises en chirurgie (50% était opérées et parmi elles, 87% avaient effectivement une appendicite), 24% rentraient à domicile et 2% étaient admises en gynécologie [26]. Selon une étude espagnole, une douleur en FID évoquait une appendicite dans 76,5% des cas et une douleur en hypochondre droit signalait une cholécystite dans 95% des cas [27]. La localisation diffuse ou péri-ombilicale représentait dans notre étude 21% des douleurs abdominales. Une localisation diffuse peut évoquer une origine endocrinienne (insuffisance surrénalienne aiguë, hypercalcémie) ou génétique (maladie périodique, purpura rhumatoïde, intoxication au plomb) [28] mais aucune de ces causes n'a été retrouvée dans notre étude.

L'auto-évaluation subjective des patientes sur l'intensité de la douleur retrouvait en moyenne une EVA aux alentours de 6 (+/- 2°). Ce chiffre correspond à celui retrouvé dans l'étude de F. Berthier [2].

L'étude a montré que la douleur apparaissait souvent de façon brutale (49%) sans facteur déclenchant (92%). Une présentation de la SFMU de 2001 indique qu'une douleur brutale signe souvent une perforation d'organes, une embolisation ou une rupture; une douleur rapidement progressive en quelques heures indique un obstacle, une ischémie ou une torsion. Enfin une douleur évolutive sur quelques jours est plutôt le signe d'un foyer inflammatoire, d'une occlusion ou d'une tumeur [29].

Les signes digestifs « hauts » prédominaient dans notre étude (nausées dans 41% des cas et vomissements dans 32% des cas). Les vomissements qui suivent l'apparition de la douleur abdominale sont présents dans 100% des affections chirurgicales (contre 21% dans les affections non chirurgicales) [30] mais nous n'avons pas réussi à démontrer ce résultat dans notre étude.

Les patientes avaient toutes des constantes normales. En particuliers, la température était en moyenne de 36,8° (+/-0,6°). La température n'est pas toujours un bon indicateur d'une origine chirurgicale sauf dans les cas avancés [31]. L'étude suisse de B. Vermeulen de 2003 a montré que dans les affections médicales, 77% n'avaient pas de température, 13% était entre 37,5 et 38° et 10% avaient une température supérieure à 38°; dans les affections chirurgicales, 86% n'avaient pas de température, 8% étaient entre 37,5 et 38° et 6% était supérieurs à 38° [32]. Notre étude a montré que la température était plutôt un facteur de confusion et qu'une hyperthermie ne rendait pas plus facile la décision d'orientation pour l'urgentiste.

La palpation abdominale mettait en évidence des signes péritonéaux dans 12% des cas et un signe de Murphy (douleur à la palpation au niveau du rebord sous-costal droit au niveau de la ligne médio-claviculaire qui inhibe la respiration) positif dans 8% des cas. L'absence de défense est un signe utile pour exclure les pathologies péritonéales. Selon une étude anglaise sur 150 patients, la présence d'une défense retrouvait une appendicite dans 33% des cas, d'autres diagnostics (gastro-entérite, constipation) dans 24% des cas et aucun diagnostic n'était posé dans 42% des cas [8].

Dans notre étude, le TV n'a jamais été réalisé dans le box des urgences. Or, malgré le fait que celui-ci soit toujours inconfortable (geste gênant pour les patientes, médecins peu expérimentés...) et difficile à réaliser (boxes peu pratiques pour assurer une intimité, va et vient du personnel soignant...), il fait partie de l'évaluation d'une douleur abdominale puisqu'il permet d'évaluer une défense, la morphologie des annexes et l'aspect de la glaire cervicale. Une étude américaine menée sur un an a montré que 41% des TV sont vécus comme douloureux et que seuls 6% des TV changent la prise en charge initiale [33]. La question peut donc se poser sur l'utilité et l'intérêt de la pratique du TV dans les boxes aux urgences : il serait peut-être préférable de demander un avis aux gynécologues si une origine gynécologique est suspectée aux urgences.

Un bilan sanguin était prescrit dans 68% des cas et était normal dans 57% des cas. Ce chiffre est plus faible que dans l'étude d'O. Pierrard de 2006 (85%) [1]. Lorsque le bilan biologique était perturbé, on retrouvait principalement un syndrome inflammatoire. Une étude anglaise de DK. Bilku a montré qu'un taux de leucocytes >

12800/mm³ étaient prédictifs d'une pathologie médicale [14]. En revanche, la CRP était peu prédictive, selon une étude anglaise de T.A. Salem dont l'objectif était de différencier les groupes non spécifique, chirurgical sans intervention et chirurgical avec intervention [34]. Une étude française de H. Grissa de 2008 a montré cependant que la cinétique de la CRP (à l'admission puis à H3) pourrait aider au diagnostic d'appendicite aiguë [35]. Notre étude a montré que la biologie permettait à l'urgentiste de prendre sa décision finale concernant l'orientation dans 61% des cas.

L'ASP, l'échographie abdominale et le scanner TAP ont été réalisés dans respectivement 11%, 22% et 42% des cas. L'ASP et l'échographie étaient normaux dans la moitié des cas alors que le scanner retrouvait une anomalie dans 34% des cas. Ces pourcentages sont plus faibles que ceux retrouvés dans une étude française de 2005 de M. Segondy [19] qui montrait qu'un ASP était fait dans 67% des cas (montrant des niveaux hydro-aériques dans 11% des cas), une échographie dans 60% des cas (anormale dans 57% des cas) et un scanner TAP dans 43% des cas (anormal dans 86% des cas). Parmi l'imagerie des urgences abdominales non traumatiques, l'échographie est recommandée pour les urgences vasculaires aortiques (anévrisme) [36], les affections hépato-biliaires (diagnostic de cholécystite dans 95% des cas selon une étude espagnole) voire les appendicites (diagnostic dans 76% des cas) [27]. Une étude suédoise a étudié le ressenti des patients sur leur prise en charge : l'échographie était bien vécue par les patients qui étaient attentifs à l'absence d'effets secondaires ou d'effets négatifs à long terme [37]. L'étude française de D. Chaïba de 2007 [38] a montré que dans 73% des cas, l'échographie confirmait la prise en charge initiale et dans 19% des cas entraînaient un changement de prise en charge. L'échographie a donc un grand intérêt dans les

main de l'urgentiste mais reste écho-observateur dépendant [39]. Le scanner est indiqué dans le cadre des urgences vasculaires, des pancréatites, des appendicites, des diverticules aigües et des affections uro-génitales [36]. Une étude néerlandaise [40] a montré que le scanner détecterait plus de diagnostics urgents (Se 89% et Spé 70%), diminuerait le nombre d'hospitalisation dans les 24h, serait plus prédictif de la gravité diagnostique et permettrait de diminuer le nombre d'intervention « inutiles » [41]. Or le scanner retrouve dans 22% des cas une pathologie gynécologique (étude américaine sur 509 femmes [42]) et l'échographie a une meilleure sensibilité et délivre moins de radiations donc l'échographie semble être l'imagerie de première intention chez les femmes aux urgences [43]. L'ASP n'a sa place que dans les perforations digestives ou les occlusions intestinales [36] et reste peu spécifique selon l'étude rétrospective de 316 patients d'I. Boidron [44]. Notre étude a en effet confirmé que peu d'ASP avaient été demandés aux urgences. Mr P. Guerrini préconise qu'un ASP soit réalisé dans les suspicions de perforation du tube digestif, dans les occlusions mécaniques et les coliques néphrétiques [45]. Une échographie sera privilégiée chez les enfants, les femmes jeunes, les sujets maigres, les abdomens plats et mats, les douleurs localisées, les affections uniques. Celle-ci doit être réalisée par des échographistes entraînés. Un scanner sera réalisé chez les sujets âgés, les malades obèses, lors d'un tympanisme, dans les douleurs diffuses, les syndromes occlusifs, les malades immuno-déprimés, les affections multiples et complexes et les antécédents de chirurgie abdominale [45]. Il existe donc un intérêt à ce que les urgentistes soient formés à l'échographie et que les urgences soient équipées d'un échographe afin que les femmes puissent bénéficier de cette imagerie indolore et performante pour guider l'orientation dans la bonne filière.

Concernant la prise en charge aux urgences dans notre étude, un traitement antalgique a été prescrit dans 95% des cas. Une étude française de 2006 a montré que le traitement entrepris aux urgences était dans 86% des cas antalgiques et dans 34% des cas étiologique (antibiothérapie, IPP...) [1]. Il était communément admis qu'il ne fallait pas interférer avec une douleur abdominale et beaucoup de chirurgiens ne préconisaient pas de soulager la douleur pour ne pas entraver le diagnostic [46]. Une étude prospective anglaise en double aveugle sur 288 patients a permis de démontrer, en comparant une prise de morphine à différentes doses à celle d'un placebo que l'analgésie permettait un changement physique mais n'altérait en rien le diagnostic [47]. De même, une publication de 2001 montrait que 7% des patients recevaient une prescription d'analgésique par les chirurgiens contre 22% par les urgentistes [46]. Les recommandations de la SFAR de 2010 préconise que tout patient douloureux doit bénéficier d'une prescription d'antalgiques en fonction de son EVA et qu'une réévaluation doit être systématiquement réalisée [48]. Aux urgences, la titration morphinique (voire la mise en place d'une Patient Controlled Analgesia (PCA) [49]) est une option sûre et efficace pour traiter les douleurs intenses quand elle est réalisée en suivant un protocole strict [50]. Une étude suisse a montré que les patients jeunes (< 65 ans) recevaient moins de thérapeutiques antalgiques aux urgences et que 40% des patients n'en recevaient aucune [7]. Notre étude a montré que 98% des femmes ayant moins de 65 ans recevaient une prescription d'antalgiques contre 88% pour celles d'âge supérieur à 65 ans. Il est donc indispensable de prendre en considération la douleur des patientes aux urgences et ne pas hésiter à prescrire des thérapeutiques adaptées en fonction de l'EVA (ou d'autres échelles de la douleur) : paracétamol, AINS, Morphine mais aussi Lidocaïne, Entonox... avant même l'avis du chirurgien [51].

Aucun décès n'a été constaté durant la durée de l'étude. Ce résultat comparable, mais nos résultats montrent une mortalité inférieure à celle d'une étude française de 2007 sur 1200 patients qui a évalué à 0,4% le nombre de décès pour douleur abdominale aux urgences [52]. Notre étude a montré qu'un retour à domicile était préconisé dans 62% des cas et une hospitalisation dans 38% des cas (médecine, chirurgie, gynécologie respectivement 19%, 9% et 5%). Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude prospective de J-F. Guedj qui suggère qu'une hospitalisation est nécessaire dans 18 à 42% des adultes et jusqu'à 75% des patients âgés [9]. L'étude d'O. Pierrard de 2006 a montré qu'une hospitalisation était préconisée dans 28% des cas (14,5% si ≤ 50 ans, 48,1% > 50 ans) avec 51% d'hospitalisation en médecine et 49% en chirurgie [1]. Une hospitalisation pour surveillance de 36 heures permettrait d'éviter 22% des interventions chirurgicales inutiles dans le cadre d'une douleur de la FID selon une étude tunisienne menée en 2003 [53]. Mais a-t-on dans nos services d'urgences la possibilité de garder en surveillance et en observation ces patients, par exemple en UHCD ?

Dans notre étude, parmi les diagnostics retenus, 56% étaient d'origine médicale, 29% d'origine chirurgicale, 9% d'origine gynécologique et 6% ne trouvaient pas de cause spécifique. Ce dernier taux est plus faible que celui retrouvé dans une étude française de P. Wind qui trouve un diagnostic indéterminé chez environ 40% des patients [10]. Dans une étude de 2006 d'O. Pierrard sur 130 patients aux urgences, un diagnostic non spécifique était fait dans 29% des cas. Cette dernière étude mettait en évidence un diagnostic de gastro-entérite dans 15% des cas, de

gastrite dans 9% des cas et de constipation dans 9% des cas [1]. L'étude indonésienne de M. Abdullah montre que chez les plus de 65 ans, il existe six à huit fois plus de risque de mortalité si aucun diagnostic n'est fait aux urgences [3]. Nous n'avons pas réussi à comparer ce résultat puisqu'aucun décès n'a été constaté ni durant la consultation aux urgences ni à J8.

Après le rappel téléphonique, on constate que pour plus d'un quart des femmes (n=28) incluses dans l'étude, il persistait une douleur abdominale à « J8 » de l'admission aux urgences. On peut également noter que plus de la moitié de ces femmes (n=55) avaient prévu de réaliser des examens complémentaires en ville et de prendre rendez-vous avec un spécialiste (gynécologue ou gastro-entérologue). Cependant, aucune femme n'a été ré-hospitalisée durant cette période. Une étude néerlandaise a réévalué les patients dans les 24 heures après le retour à domicile. Parmi ces hommes et femmes, 30% avaient un diagnostic différent de celui fait lors de la consultation aux urgences, 17% induisaient un changement de prise en charge. Il s'agissait en majorité de femmes ; ainsi 4% étaient ré-hospitalisées en chirurgie [40]. Une autre étude néerlandaise sur 802 femmes a permis de déterminer que les facteurs prédictifs de la chronicité d'une douleur abdominale étaient un niveau d'éducation faible et l'antécédent d'abus sexuels [54]. Il existe également des facteurs encore inconnus comme la pollution de l'air selon une étude originale canadienne [55]. Notre étude n'a malheureusement pas pu explorer ces domaines sociaux et environnementaux. Les femmes rappelées ont toutes été étonnées et satisfaites qu'un suivi soit réalisé. Elles ont eu le sentiment d'être écoutées, que quelqu'un s'intéressait à leur cas à la sortie des urgences. Elles se sentaient moins démunies face aux questions qu'elles se posaient parfois. La douleur abdominale est

donc multifactorielle. Bien qu'il existe des difficultés techniques, d'organisation et de manque de personnel, il serait intéressant de proposer la mise en place d'un suivi téléphonique à distance (télémédecine) de l'épisode aiguë pour ces femmes afin d'éviter une chronicité de la douleur. Comme pourrait l'être un suivi du diabète par exemple, il s'agirait de mettre en place un réseau de soin multidisciplinaire où des médecins généralistes, des spécialistes (gastro-entérologues, gynécologues), des psychologues et des infirmiers uniraient leurs compétences pour assurer un suivi régulier aux femmes qui en éprouveraient le besoin.

Il existe des scores cliniques en matière de diagnostic d'appendicite (score d'Alvaro, d'Andersson... [56]) mais aucun n'existe concernant la douleur abdominale aiguë chez la femme. Notre étude n'a pas réussi à mettre en évidence de facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale chez les femmes souffrant de douleur abdominale aiguë; en revanche, nous avons pu constater que l'hyperthermie était statistiquement associée à une mauvaise orientation de ces femmes. Dans la littérature, deux études en Thaïlande menée par K. Jearwattanakanok ont permis de trouver un score clinique pour différencier les diagnostics devant une douleur abdominale basse [11]: l'âge, le statut marital, la durée de la douleur, la défense/contracture, la grossesse, la localisation de la défense, les nausées/vomissements, les métrorragies, les diarrhées, une leucocyturie, un taux de neutrophiles >75% et les β HCG positifs constituent ces facteurs prédictifs [57]. Dans une étude turque, la température était également un facteur prédictif de mauvaise orientation [58]. D'après une étude japonaise, les facteurs prédictifs pour distinguer une douleur d'origine pelvienne d'une appendicite sont l'irradiation de la douleur, la défense abdominale bilatérale et les nausées, vomissements [59]. En France, l'étude

de J-F. Guedj montre que chez les sujets âgés de plus de 75 ans, les critères prédictifs de gravité étaient la défense, la douleur intense et le syndrome occlusif [9]. Notre étude n'a pas mis en évidence ces facteurs prédictifs chez les femmes.

CONCLUSION

La douleur abdominale est un des motifs les plus fréquents de consultation aux urgences et dans la majorité des cas, ce sont des femmes qui consultent. Or peu d'études se sont intéressées à ce sujet. Notre étude présente donc une originalité mais celle-ci a été limitée par le peu de centres ayant accepté de participer à l'étude. Une étude à l'échelle régionale incluant tous les centres hospitaliers pourrait permettre d'avoir une vue d'ensemble de la prise en charge de ces femmes. La perspective serait alors la création de filières dédiées à ces femmes.

La difficulté pour l'urgentiste qui examine ces patientes est de détecter rapidement s'il s'agit d'une cause médicale, gynécologique ou chirurgicale afin d'orienter au mieux ces patientes et de ne pas retarder la prise en charge. Pour aider à cette décision et permettre une meilleure orientation, il serait intéressant de trouver des facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale. L'échographie pourrait permettre aux urgentistes de les aider à poser leurs diagnostics et donc d'orienter plus rapidement les femmes dans les services appropriés.

Les femmes consultant aux urgences sont majoritairement sorties après l'admission aux urgences. En vue d'une politique de santé publique, il serait intéressant que les femmes présentant une douleur abdominale puissent bénéficier d'un avis médical préalable à l'admission aux urgences.

Un quart des femmes présentaient toujours des douleurs à huit jours de la consultation aux urgences et plus de la moitié ont consulté un médecin à l'issue du passage aux urgences. Un suivi régulier après la sortie des urgences pourrait éviter la chronicisation de la douleur et la multiplicité des consultations. Il serait intéressant de mettre en place un suivi par télémédecine par exemple afin que les femmes ayant consulté aux urgences puissent être intégrées dans un réseau de soin qui leur soit dédié.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Pierrard O, Delmas G, Weissenbach A et al. Epidémiologie et prise en charge de la douleur abdominale aiguë non traumatique (DA) au service des urgences (SU). *Journal Européen des Urgences*. 2008;21 Suppl 1:A17-8
2. Abdullah M, Firmansyah MA. Diagnostic approach and management of acute abdominal pain. *Acta Med Indones*. 2012;44(4):344-50.
3. Berthier F, Le Conte P, Garrec F, Potel G, Baron D. Analyse de la prise en charge de la douleur aiguë dans un service d'accueil et d'urgence. *Réan Urg*. 1998 ;7:281-5
4. Abdelhadi MS. Acute abdominal pain in women of child-bearing age remains a diagnostic dilemma. *J Family Community Med*. 2001;8(2):45-50
5. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A. Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *J Emerg Med*. 2012;39(3): 275-81
6. Greenspan JD, Craft RM, LeResche L et al. Studying sex and gender differences in pain and analgesia: a consensus report. *Pain*. 2007;132 Suppl 1:S26-45
7. Banz VM, Christen B, Paul K 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
8. Gray DW, Dixon JM, Seabrook G, Collin J. Is abdominal wall tenderness a useful sign in the diagnosis of non-specific abdominal pain? *Ann R Coll Surg Engl*. 1988 ;70(4):223-4
9. Guedj JF, Lassale F, Richard JP et al. Critères cliniques prédictifs de gravité des douleurs abdominales aiguës chez le sujet âgé de plus de 75 ans au département

des urgences : étude prospective. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2013;32 Suppl 1:A14

10. Wind P, Malamut G, Cuénod CA, Bénichou J. Stratégie des explorations des douleurs abdominales. In EMC - Médecine d'urgence Paris Ed. Elsevier Masson. 2007;1-11 [Article 25-050-A-20].

11. Jearwattanakanok K, Yamada S, Suntornlimsiri W, Smuthtai W, Patumanond J. Clinical scoring for diagnosis of acute lower abdominal pain in female of reproductive age. Emerg Med Int.. 2013;2013:730167.

12. [on line] Gryson J. Fréquent flyers ou recours fréquents aux urgences : La douleur abdominale. Séminaire SFMU 2014.
<http://www.sfm.org/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/089.pdf>

13. Khoury-Hélou A, Zerbib P. Douleurs abdominales aiguës, le point de vue du chirurgien. Ed. Springer, 2009:11-42

14. Bilku DK, Hall TC, Dennison AR, Metcalfe MS, Garcea G. Factors predicting significant pathology on ultrasonography in women presenting with non-specific lower abdominal pain. Ann R Coll Surg Engl. 2012;94(3):155-8

15. Abdelhadi MS. Acute abdominal pain in women of child-bearing age remains a diagnostic dilemma. J Family Community Med. 2001;8(2):45-50

16. Daraï E, Meneux E, Bénifla JL, Batallan A, Tardif D et Madelenat P. Douleur pelvienne de la femme. In EMC - AKOS (Traité de Médecine) Paris Ed. Elsevier Masson 1999:1-4 [Article 3-1170]

17. Decadt B, Sussman L, Lewis MP et al. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. Br J Surg. 1999;86(11):1383-6

18. Casarotto A, Zarantonello FR, Rebonato M. Appendectomy in women. Is the laparoscopic approach always better than the "open" approach in uncomplicated appendicitis? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2014;24(5):406-9.

19. Segondy M, Delage C, L'Huillier A. Évaluation de la prescription d'imagerie dans la douleur abdominale aiguë non traumatique au service des urgences. Journal Européen des Urgences. 2008;21 Suppl 1:A23-4

20. Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*. 2008;77(7):971-8.
21. Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2010;82(2):141-7
22. Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department: *Int J Gen Med*. 2012;5: 789-97
23. Kozlik M, Prévost F, Marquis S, Gaillard C, Leroux C, Roupie E. Impact d'un tri médical préalable avant l'arrivée et la prise en charge des douleurs abdominales aiguës aux urgences. *Journal Européen des Urgences*. 2007;20(1 Suppl):S107
24. Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, Fukui T. The relationship between abdominal pain regions and specific diseases : an epidemiologic approach to clinical practice. *J Epidemiol*. 1997;7(1):27-32
25. Trésallet C, Leyre P, Menegaux F. Douleur abdominale aiguë: quelles investigations ? EMC – AKOS (Traité de Médecine Akos) Paris Ed. Elsevier Masson 2011, 2-0590 [Article 2-0590].
26. Rennie AT, Tytherleigh MG, Theodoropolou K, Farouk R. A prospective audit of 300 consecutive young with an acute presentation of right iliac fossa pain. *Ann R Coll Surg Engl*. 2006; 88(2):140-3
27. Navarro Fernández JA, Tárraga López PJ, Rodríguez Montes JA, López Cara MA. Validity of tests performed to diagnose acute abdominal pain in patients admitted at an emergency department. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101(9):610-8
28. Ducrotte P. La douleur abdominale : le point de vue du gastroentérologue. *Gastroentérologie Clinique et Biologie* [en ligne]. Paris : Masson. Mars 2003 ; 27 Suppl 7 :68-72
29. [on line] Hardwigen J. Douleur abdominale non traumatique : Critères cliniques et paracliniques qui entraînent la consultation du chirurgien à l'accueil des urgences. Séminaire SFMU 2001
http://uhcd.chra.free.fr/procedures/digestif/doul_abdo/csurgences.pdf
30. [on line] Vermeulen B. Douleur abdominale non traumatique : La douleur abdominale sur-aiguë. Séminaire SFMU 2001
<http://www.sfmou.org/fr/telecharger/?file=dlsuraigue.pdf>
31. Zyluk A, Ostrowski P. An analysis of factors influencing accuracy of the diagnosis of acute appendicitis. *Pol Przegl Chir*. 2011;83(3):135-43

32. Vermeulen B. Est-ce que l'âge influence le processus diagnostique de l'abdomen aigu ? Médecine d'urgence Ed. Elsevier.2003; 57-66
33. Brown J, Fleming R, Aristzabel J, Gishta R. Does pelvic exam in the emergency department add useful information? West J Emerg Med. 2011;12(2):208-12
34. Salem TA, Molloy RG, O'Dwyer PJ. Prospective study on the role of C-reactive protein (CRP) in patients with an acute abdomen. Ann R Coll Surg Engl. 2007;89(3):233-7
35. Grissa H, Bouida W, Boudhib L et al. Évaluation de la C-réactive protéine (CRP) et sa variation précoce dans le diagnostic de l'appendicite aiguë aux urgences Journal Européen des Urgences. 2008;21 Suppl 1 :A54-5
36. Danse E. Imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte. In EMC - Médecine d'urgence Paris Ed. Elsevier Masson.2007:1-33 [Article 25-050-A-25]
37. Lindelius A, Törngren S, Nilsson L, Pettersson H, Adami J. Randomized clinical trial of bedside ultrasound among patient with abdominal pain in the emergency department : impact on patient satisfaction and health care consumption. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2009;17:60
38. Chaïba D, Ferreol F, Souede I, Deschamps P. Évaluation de l'intérêt de la mise en place d'un appareil d'échographie pour les urgentistes dans un service d'urgences. Journal Européen des Urgences. 2008;21 Suppl 1:A24
39. Laméris W, Van Randen A, Van Es HW et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnosis accuracy study. BMJ. 2009; 338:b2431
40. Toorenvliet BR, Bakker RF, Flu HC, Merkus JW, 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; 34(3):480-6.
42. Asch E, Shah S, Kang T, Levine D. Use of pelvic computed tomography and sonography in women of reproductive age in the emergency department. J Ultrasound Med. 2013 ;32(7) :1181-7

43. Cano Alonso R, Borruel Nacenta S, Díez Martínez P, María NI, Ibáñez Sanz L, Zabía Galíndez E. Role of multidetector CT in the management of acute female pelvic disease *Emerg Radiol.* 2009;16(6):453-72
44. Boidron L, Zaoui F, Chaussade T, Fournier C, Honnart D. Évaluation de la pertinence des examens complémentaires pour les douleurs abdominales aux urgences. *Journal Européen des Urgences.* 2007 ;20(1 Suppl) :14
45. [on line] Guerrini P. Pathologies abdominales non traumatiques. http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/patho_abdo.pdf
46. [on line] Ducassé JL, Jean R, Sauné A, Cathala B. Douleurs abdominales non traumatiques : analgésie dans la prise en charge des douleurs abdominales. Séminaire SFMU 2001. http://uhcd.chra.free.fr/procedures/digestif/doul_abdo/analgesie.pdf
47. Zoltie N, Cust MP. Analgesia in the acute abdomen. *Ann R Coll Surg Engl.* 1986;68 (4):209-10.
48. Vivien B, Adnet F, Bounes V et al. Groupe d'experts. Sedation and analgesia in emergency structure. Reactualization 2010 of the Conference of Experts of Sfar of 1999. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2012;31(4):391-404
49. Evans E, Turley N, Robinson N, Clancy M. Randomised controlled trial of patient controlled analgesia compared with nurse delivered analgesia in an emergency department. *Emerg Med J.* 2005;22(1):25-9
50. Lvovschi V, Aubrun F, Bonnet P. Intravenous morphine titration to treat severe pain in the ED. *Am J Emerg Med.* 2008;26(6):676-82
51. Birnbaum A, Schechter C, Tufaro V, Touger R, Gallagher EJ, Bijur P. Efficacy of patient-controlled analgesia for patients with acute abdominal pain in the emergency department: a randomized trial. *Acad Emerg Med.* 2012;19(4):370-7

52. Ferec M, Lipovac AS, Richecoeur M, Bronstein JA. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. In EMC – Gastro-entérologie Paris Ed. Elsevier Masson.2007. 9-001-B-10
53. Arfa N, Gharbi I, Marsaoui L et al. Douleurs aiguës de la fosse iliaque droite : intérêt de la surveillance clinique hospitalière. Presse Med. 2006; 35:393-8
54. Weijenborg PT, Gardien K, Toorenvliet BR, Merkus JW, ter Kuile MM. Acute abdominal pain in women at an emergency department : predictors of chronicity. Eur J Pain. 2010;14(2):183-8.
55. Kaplan GC, Szyszkowicz M, Fichna J et al. Non specific abdominal pain and air pollution : a novel association. PLoS One. 2012;7(10) :e47669
56. Brigand C, Steinmetz JP, Rohr S. De l'intérêt des scores en matière de diagnostic d'appendicite. J Chir Visc 2009;146(5 Suppl1):S2-7
57. Jearwattanakanok K, Yamada S, Suntornlimsiri W, Smuthtai W, Patumanond J. Validation of the diagnostic score for acute lower abdominal pain in women of reproductive age. Emerg Med Int. 2014;2014:320926
58. Hatipoglu S, Hatipoglu F, Abdullayev R. Acute right lower abdominal pain in women of reproductive age : clinical clues. World J Gastroenterol.2014;20(14):4043-9
59. Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M, Stein GH, Tokuda Y. Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. Am J Emerg Med. 2007;25(2):152-7

ANNEXES:

Annexe 1 : Questionnaire

Prise en charge des douleurs abdominales chez la femme aux Urgences dans la région Nord *Questionnaire à l'entrée*

Etiquette

1. Données sociodémographiques

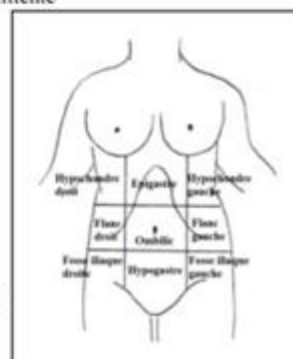
- Adressée par : Elle-même Médecin traitant Autre...
 Niveau d'étude : < 3^{ème} CAP, BEP BAC > BAC
 Profession :
 Habitus : OH Tabac Drogues

2. ATCD

- Médicaux : Cirrhose/ascite Diabète Insuffisance corticotrope
 UGD Pancréatite Néoplasie
 Hernie RAU Infection uro-génitale
 Fécalome MICI Occlusion
 HTA EP Mal.thrombo-embolique
 Drépanocytose Autres.....
 Chirurgie abdominale : Oui Non
 Parité : Grossesse FCS MST
 Rapports sexuels protégés : Oui Non
 Contraception : Non Pilule Implant
 DIU Autres...
 Retard de règles : Oui Non

3. Douleur

- Localisation : cf dessin
 Début : Inaugurale Permanente Intermittente
 Intensité (EVA) :.../10
 Irradiation : OGE Epaule
 Dos Fosses lombaires
 Facteurs déclenchants, contexte :
 Traitement entrepris à la maison : Rien
 Paracétamol Antispasmodiques
 AINS Autres....
 Symptômes associés :
 Nausées Vomissements
 Diarrhées Constipation
 Hématémèse Rectorragie
 SFU Méno/métrorragies



4. Hypothèse diagnostique :.....

5. Examen

Constantes : TA : FC : T° : SpO2 :
 Ictère : Oui Non
 Signes péritonéaux (défense, contracture) : Oui Non
 Orifices herniaires libres : Oui Non
 Murphy : Oui Non
 TV : Non fait Fait Si fait, résultat :
 TR : Non fait Fait Si fait, résultat :
 Anomalie à l'auscultation des axes vasculaires : Oui Non
 Globe : Oui Non

6. **Bio** Non faite Normale Anormale

7. **BU :** Non faite Normale Anormale

8. Imagerie demandée :

ECG : Non fait Normal Anormal
 RP : Non faite Normale Anormale
 ASP : Non fait Normal Anormal
 Echo abdo : Non faite Normale Anormale
 TDM TAP : Non fait Normal Anormal

9. **Avis spécialisé demandé :** Non
 Chirurgical Gastro Gynéco

9. Traitement administré à l'hôpital :

Antalgique Lavement Antispasmodique
 Antiémétique IPP Autres :

10. Diagnostic final :

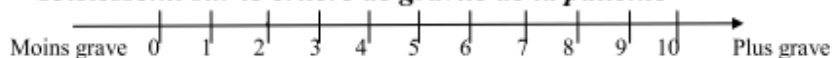
11. Devenir :

RAD :
 Hospitalisation : Médecine Chirurgie Gynéco Réanimation
 UHCD :
 Décédée :
 Refus d'hospitalisation

12. Sur quels arguments avez-vous pris votre décision concernant l'orientation ?

Clinique Bio Imagerie Avis spécialisé

13. Ressenti sur le critère de gravité de la patiente

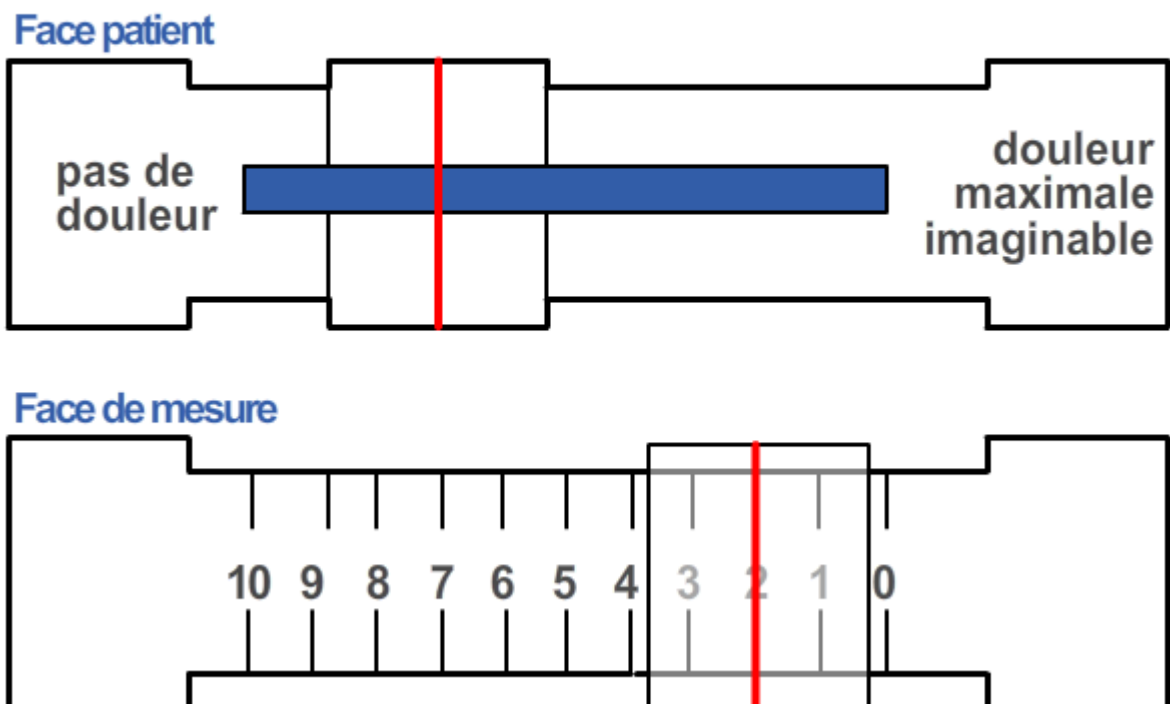


14. Qui a rempli ce questionnaire ?

Sénior DESC Interne de Médecine Générale

Annexe 2 : Echelle Visuelle Analogique

EVA : ECHELLE VISUELLE ANALOGIQUE



AUTEUR : Nom : WINTER

Prénom : Mathilde

Date de Soutenance : 17 Avril 2015

Titre de la Thèse : Evaluation de la prise en charges des douleurs abdominales aiguës (<24h) non traumatiques chez la femme aux Urgences dans deux centres de la Région Nord

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale + DESC de Médecine d'Urgence

Mots-clés : douleur abdominale, femme, facteurs prédictifs, orientation chirurgicale, filière

Contexte : La douleur abdominale est une des causes les plus fréquentes de motif de consultation aux urgences et ce sont dans la majorité des femmes qui consultent. L'objectif principal était d'évaluer la prise en charge aux urgences de ces femmes dans deux services d'urgence du Nord de la France (Maubeuge et Valenciennes). Les objectifs secondaires étaient de trouver des facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale de ces patientes et d'évaluer leur suivi à J8.

Méthode : Nous avons mené une étude observationnelle prospective sur deux sites de la région du Nord de la France (Valenciennes et Maubeuge) sur une durée d'un mois par centre (deux périodes de 15 jours) de septembre à octobre 2014. Nous avons analysé la prise en charge des femmes admises aux urgences pour douleur abdominale aiguë (< 24H) non traumatique. Les données ont été recueillies grâce à des questionnaires remplis par les médecins aux urgences. L'analyse descriptive est exprimée en termes d'effectifs, de fréquences, de moyennes et d'écart-types selon un intervalle de confiance à 95% (IC95%). Les données concernant l'âge, les antécédents de chirurgie abdominale, la localisation en FID ou en HCD, la défense et la température ont été étudiées selon une régression logistique

Résultats : Nous avons recueilli et exploité 114 questionnaires durant la période d'étude. Notre étude n'a pas réussi à mettre en évidence de facteurs prédictifs d'une orientation chirurgicale chez les femmes souffrant de douleur abdominale aiguë; en revanche, nous avons pu constater que l'hyperthermie était statistiquement associée à une mauvaise orientation de ces femmes au risque 5%. Les urgentistes avaient pris une bonne décision concernant l'orientation des femmes dans 89% des cas (IC95% [81-93.6]). Le suivi à J8 a permis de constater qu'un quart des femmes présentaient toujours des douleurs et que plus de la moitié re-consultaient un spécialiste ou réalisaient des examens complémentaires après leur passage aux urgences.

Conclusion : Il serait intéressant de réaliser une étude multicentrique observationnelle prospective afin d'avoir une vision régionale de la prise en charge de ces femmes et de créer une filière dédiée. Un suivi régulier pourrait également permettre d'éviter une chronicité de la douleur et une multiplication des consultations.

Composition du Jury :

Président : Mr le Professeur E. WIEL

Assesseurs : Mr le Professeur Ph. ZERBIB

Mr le Docteur J-M. RENARD

Mr le Docteur Ph. ALARCON

Directrice de thèse : Mme le Docteur N. ASSEZ