



UNIVERSITÉ DE LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diagnostic étiologique des douleurs abdominales atypiques aux urgences du CHU de Lille : étude rétrospective entre avril 2013 et septembre 2016.

Présentée et soutenue publiquement le 01 octobre 2018 à 18h
au Pôle Formation

Par Pierre - Emmanuel TABOURIN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric Wiel

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Philippe Zerbib

Monsieur le Professeur Marc Lambert

Madame le Docteur Sandrine Morell - Dubois

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Sandrine Morell - Dubois

Avertissement

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

Liste des abréviations

BU : Bandelette Urinaire

BPM : Battements Par Minute

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés de France

CRP : Protéine C Réactive

DANS : Douleurs Abdominales Non Spécifiques

EVA : Echelle Visuelle Analogique

FC : Fréquence Cardiaque

HCG : Hormone Chorionique Gonadotrope Humaine

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IC 95% : Intervalle de confiance à 95%

MICI : Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin

mmHG : millimètre de mercure

MV : Murmure Vésiculaire

N : Normale

PAL : Phosphatases Alcalines

Se : Sensibilité

TAD : Tension Artérielle Diastolique

TAS : Tension Artérielle Systolique

TCA : Temps de Céphaline Activée

TDM : Tomodensitométrie

TP : Taux de Prothrombine

Table des matières

I.	INTRODUCTION	7
1.1)	Epidémiologie	7
1.2)	Justification de l'étude	7
1.2.1)	Contexte.....	7
1.2.2)	Particularité du CHU de Lille	9
1.3)	Objectifs	9
1.3.1)	Objectif principal	9
1.3.2)	Objectifs secondaires.....	9
II.	MATERIEL ET METHODES.....	10
2.1)	Type d'étude.....	10
2.2)	Durée de l'étude	10
2.3)	Lieu de l'étude	10
2.4)	Population étudiée.....	11
2.4.1)	Population cible.....	11
2.4.2)	Critères d'inclusion.....	11
2.4.3)	Critères d'exclusion.....	12
2.5)	Moyens de recueil	12
2.6)	Variables étudiées.....	13
2.6.1)	Le terrain.....	13
2.6.2)	Les données IAO	13
2.6.3)	L'interrogatoire	14
2.6.4)	L'examen clinique	17
2.6.5)	Les examens paracliniques.....	18
2.6.6)	La prise en charge multidisciplinaire	21
2.6.7)	Le diagnostic final et le devenir du patient	22
2.7)	Saisie des données et statistiques	23
2.7.1)	Saisie des données.....	23
2.7.2)	Analyses statistiques	23
2.8)	Aspects réglementaires	23

III.	RESULTATS.....	24
3.1)	Analyse descriptive.....	24
3.1.1)	Inclusion des patients	24
3.1.2)	Caractéristiques de la population.....	25
3.1.3)	Caractéristiques des patients en IAO.....	26
3.1.4)	Caractéristiques de la douleur abdominale.....	27
3.1.5)	Examen clinique.....	29
3.1.6)	Examens paracliniques.....	30
3.1.7)	Prise en charge.....	32
3.1.8)	Diagnostic	33
3.2)	Analyse bivariée	36
3.3)	Analyse multivariée : régression logistique.....	37
IV.	DISCUSSION	38
4.1)	Population étudiée.....	38
4.1.1)	Généralités.....	38
4.1.2)	Antécédents.....	38
4.1.3)	Gravité à l'examen initial.....	39
4.2)	Principaux résultats	39
4.2.1)	Apport de l'examen clinique.....	39
4.2.2)	Apport des examens biologiques	41
4.2.3)	Apport des examens d'imagerie.....	43
4.2.4)	Dépistage des maladies rares.....	44
4.3)	Limites de l'étude.....	45
4.3.1)	Validité interne	45
4.3.2)	Validité externe	51
4.4)	Forces de l'étude	52
4.5)	Perspectives.....	53
4.5.1)	Prise en charge des douleurs abdominales atypiques.....	53
4.5.2)	Dépistage des maladies rares.....	53
4.5.3)	Etude de la complémentarité interdisciplinaire.....	53
VI.	CONCLUSION.....	54

Résumé

Contexte : Les douleurs abdominales sont un motif fréquent de consultation aux urgences en France, dont l'étiologie reste indéterminée dans 28 à 40% des cas. Au CHU de Lille, un médecin interniste était disponible à mi temps pour aider à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des situations complexes.

Méthode : Étude descriptive observationnelle rétrospective monocentrique des patients consultant aux urgences adultes du CHU de Lille entre avril 2013 et septembre 2016 pour douleurs abdominales atypiques. L'objectif principal était de décrire la population ayant été orientée vers un médecin interniste, et pour lequel un diagnostic étiologique a été déterminé. Les objectifs secondaires étaient d'étudier leur prise en charge aux urgences, de décrire les diagnostics finaux, et de rechercher les déterminants cliniques ou paracliniques orientant vers des diagnostics atypiques.

Résultats : 91 patients consultant pour douleurs abdominales ont bénéficié d'un avis par un Médecin Interniste, et 63 ont été inclus dans l'étude. 30% des patients inclus avaient un antécédent de maladie suivie en services spécialisés. L'examen abdominal était non contributif pour 42% des patients, et l'examen physique général était sans particularité pour 83% des patients. 62 patients (98%) ont bénéficié d'un bilan biologique, et 45 (48%) d'une imagerie en urgence. Au total, 37 diagnostics atypiques (59%) ont été diagnostiqués dans cette population : 17 maladies inflammatoires, 8 pathologies infectieuses, 5 pathologies tumorales et 7 autres diagnostics rares ; contre 26 diagnostics communs (41%). Le dosage de la CRP était le seul élément d'orientation statistiquement significatif entre le groupe pathologie atypique et le groupe pathologie commune. Notre étude suggère qu'une CRP supérieure à 3 mg/l et inférieure à 50 mg/l est un facteur de risque d'un diagnostic atypique.

Conclusion : La poursuite des investigations paracliniques et la coopération multidisciplinaire entre médecins urgentistes, chirurgiens et internistes a permis de diagnostiquer des pathologies atypiques chez des patients consultant aux urgences pour douleurs abdominales.

I. INTRODUCTION

1.1) Epidémiologie

Les douleurs abdominales sont un motif fréquent de consultation médicale, représentant 4% des consultations chez le médecin généraliste (1). Elles sont également un motif parmi les plus fréquents de consultation dans les services d'urgence, représentant 5 à 10% des consultations totales. C'est un symptôme présent à tout âge, et tout au long de l'année (2).

A Lille, entre avril 2013 et septembre 2016, environ 10 500 patients ont consulté aux urgences pour une pathologie intestinale.

La prise en charge initiale aux urgences consiste à écarter les signes de gravité ainsi que l'indication de prise en charge chirurgicale. A l'issue d'une consultation ou d'une hospitalisation aux urgences, l'étiologie des douleurs abdominales reste indéterminée dans 28% à 40% des cas (2,3).

1.2) Justification de l'étude

1.2.1) Contexte

La démarche diagnostique étiologique des douleurs abdominales non traumatiques ou non chirurgicales aux urgences n'est pas prioritaire. C'est pourquoi le nombre de diagnostics de douleurs abdominales non spécifiques (DANS) est plus élevé aux urgences qu'en médecine générale, et cela malgré des examens paracliniques significativement plus élevés aux urgences (4).

En effet, en l'absence d'éléments cliniques orientant vers le diagnostic, comme une défense, un abdomen chirurgical etc., la plupart des examens biologiques ont une très faible spécificité et une faible sensibilité (Se) (5). D'un point de vue biologique, dans les douleurs abdominales atypiques, seule la lipasémie et l'HCG sont de bons marqueurs biologiques étiologiques.

Les autres éléments demandés ont principalement pour objectif d'éliminer un diagnostic urgent, c'est-à-dire mettant en jeu le pronostic vital, ou une pathologie chirurgicale (6). Et cela malgré le fait que les urgences abdominales « vraies » représentent uniquement 7% des patients consultants pour douleurs abdominales (4).

L'éloignement de la Médecine d'Urgence de la démarche diagnostique étiologique, vers la recherche des pathologies graves, ou des pathologies chirurgicales, peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord le nombre croissant, années après années, de patients consultant aux urgences, +4,9% en CHU par an (7). Cet accroissement engendre une surpopulation, entraînant une augmentation de la durée moyenne de séjour, et une adaptation des pratiques pour répondre à la demande. Cela passe par la réalisation de protocoles des soins, s'orientant vers la recherche de diagnostics de gravité.

Ensuite des études ont montré que, parmi les patients consultant pour DANS aux urgences, seuls 7% seront hospitalisés dans les 5 ans pour une pathologie digestive, et seuls 3% seront finalement opérés. 78% seront exempts de tout symptôme (8), cela démontre le caractère bénin de ces patients et l'efficacité de la démarche d'orientation initiale.

Enfin, les douleurs abdominales sont un symptôme peu spécifique aux pathologies digestives, pouvant s'intégrer dans des pathologies systémiques. C'est le point de départ de pathologies infectieuses, inflammatoires, endocrinologiques, rénales, hématologiques, carcinologiques etc. En dépit des moyens d'investigations déployés, notamment biologiques et radiologiques, ces diagnostics atypiques sont peu évidents à faire en soins primaires, et ce, malgré la sensibilisation des médecins urgentistes à cette problématique (9).

1.2.2) Particularité du CHU de Lille

Les services d'urgences du CHU de Lille accueillent chaque année plus de 82000 personnes (10), réparties entre les urgences cardiologiques, les urgences gynéco - obstétricales, les urgences ophtalmiques, les urgences pédiatriques et les urgences adultes. Aux urgences adultes, chaque jour, 6 médecins urgentistes et 4 internes prennent en charge les patients en 1^{er} recours. Ils sont épaulés par une équipe de médecins spécialistes, qui se déplacent sur avis de l'urgentiste (chirurgiens, gériatres, neurologues, psychiatres, réanimateurs, etc.).

Entre avril 2013 et septembre 2016, les urgences adultes du CHU de Lille avaient la particularité d'avoir dans l'équipe médicale un médecin interniste, disponible à mi - temps. Son rôle était d'aider à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des diagnostics complexes, ainsi que des diagnostics communs chez des patients atteints d'une maladie rare (11).

1.3) Objectifs

1.3.1) Objectif principal

L'objectif principal de l'étude était de décrire la population de patients consultant pour douleurs abdominales au CHU de Lille considérées comme atypiques, ayant nécessité un avis auprès du médecin interniste en 1^{er} ou en 2^{ème} recours, et pour lesquelles un diagnostic étiologique a été trouvé.

1.3.2) Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de cette étude sont de :

- Chercher des déterminants clinico - biologiques devant faire poursuivre le bilan de douleurs abdominales atypiques aux urgences.
- Décrire la variété de maladies atypiques ayant une symptomatologie abdominale que les médecins urgentistes travaillant dans un CHU sont amenés à rencontrer.

II. MATERIEL ET METHODES

2.1) Type d'étude

L'étude réalisée était une étude descriptive observationnelle rétrospective des patients consultant aux urgences pour douleurs abdominales atypiques ayant eu un diagnostic étiologique. Il s'agissait d'une étude monocentrique au CHU de Lille entre avril 2013 et septembre 2016.

2.2) Durée de l'étude

La période choisie entre avril 2013 et septembre 2016 correspondait à la période durant laquelle la médecin interniste travaillait au moins à mi - temps aux urgences adultes du CHU de Lille, et pour laquelle un registre de ses avis a été tenu.

2.3) Lieu de l'étude

Le choix du CHU comme centre d'étude était lié à 3 critères majeurs.

Le 1^{er} est le nombre élevé de patients consultant aux urgences adultes : plus de 58000 patients en 2009, 70 000 en 2016 (10). Cela permet d'avoir une population initiale conséquente, élément majeur dans l'étude des maladies atypiques ou rares.

Le 2^{ème} est le fait que le CHU est un centre de référence national des maladies rares (12). Les patients déjà suivis au CHU dans des services spécialisés consultent en priorité aux urgences du CHU de Lille au lieu des urgences de proximité, ce qui modifie la population de patients consultant aux urgences adultes comparativement à d'autres centres.

Le 3^{ème} critère concerne le caractère monocentrique de l'étude. Il n'existe pas, à ma connaissance, d'autres services d'urgences adultes en France dans lesquels un médecin interniste est disponible, à mi - temps ou à plein - temps, pour aider aux diagnostics et à la prise en charge des maladies atypiques. Et même si son activité n'était pas réduite aux urgences, avec notamment des avis donnés dans l'ensemble du pôle (réanimation, déchoquage adulte, etc.), la grande majorité des avis concernait des patients des urgences. Enfin, le caractère monocentrique permet d'avoir accès à l'ensemble des informations du patient et de son suivi dans un même dossier informatisé, et de ce fait, de limiter le nombre de perdus de vus.

2.4) Population étudiée

2.4.1) Population cible

La population de l'étude regroupait les patients admis aux urgences adultes du CHU de Lille (Hôpital Roger Salengro) entre avril 2013 et septembre 2016, et ayant consulté pour douleurs abdominales, pour lesquels un avis avait été demandé au médecin interniste du pôle de l'urgence.

2.4.2) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient :

- Âge > 18 ans au moment de l'inclusion.
- Consultation pour douleurs abdominales dans le motif Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) ou, à défaut, comme motif principal de consultation retrouvé lors du 1^{er} examen médical.
- Patients examinés au moins une fois par un médecin interniste.
- Diagnostic étiologique déterminé à l'issue de la prise en charge.

2.4.3) Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de l'étude étaient :

- Absence de douleurs abdominales à l'interrogatoire ou à l'examen clinique.
- Patients non hospitalisés perdus de vue avant la 1^{ère} consultation en Médecine Interne.
- Patients admis en soins intensifs sans passage par les urgences adultes.

2.5) Moyens de recueil

L'échantillon a été obtenu initialement en sélectionnant, parmi la base de données de l'ensemble des avis donnés par le médecin interniste, ceux dont le motif était « douleurs abdominales ». Cette requête a été élargie à l'ensemble des patients dont le motif d'avis n'était pas précisé.

Puis l'échantillon a été réduit grâce à une recherche par nom des patients et date de l'avis du médecin interniste, via le logiciel RESURGENCES, utilisé par le service des urgences adultes du CHU de Lille, afin d'accéder au dossier médical spécifique de ce passage aux urgences. Cela a permis de sélectionner les patients répondant à l'ensemble des critères d'inclusions de l'étude.

Ensuite, grâce au nom du patient et de son numéro d'indentification externe unique du patient (IEP), nous avons recours au logiciel SILLAGE permettant d'accéder au dossier complet du patient : courriers d'hospitalisations, de consultations externes, compte - rendu d'examens complémentaires, etc. Cela permettait de compléter les données au besoin, et de vérifier l'absence de critères d'exclusions, comme la non - venue en consultation ou l'absence de diagnostic étiologique.

Enfin, pour répondre aux contraintes éthiques du droit d'accès au patient (13), le recueil de données a été réalisé au CHU de Lille, via une connexion sécurisée. Un numéro anonyme était adressé à chaque patient inclus, et la date de naissance était arrondie à l'année, afin de respecter l'anonymat des patients. Aucun dossier médical n'a été sorti de l'enceinte de l'hôpital.

2.6) Variables étudiées

2.6.1) Le terrain

Le recueil des informations sur le terrain des patients permettait une description précise de l'échantillon, et de ce fait de répondre à l'objectif principal de l'étude. De plus, cela permettait de comparer cette population à la population cible : les patients consultant aux urgences adultes pour douleurs abdominales non spécifiques.

Les variables recueillies concernant le terrain étaient :

- Le sexe et l'âge du patient (arrondi à l'année).
- Les antécédents digestifs.
- Les antécédents de chirurgie abdominale.
- Les antécédents urologiques ou gynécologiques.
- Les antécédents carcinologiques.
- Les antécédents de pathologie « atypique ».

La définition retenue pour un antécédent de pathologie « atypique » était une maladie rare (14), une maladie auto - immune, une maladie inflammatoire, une maladie infectieuse non usuelle ou une pathologie suivie habituellement en médecine interne (15).

L'ensemble des variables était étudié sur un mode binaire, et seule la variable pathologie « atypique » était conjointement précisée pour permettre une analyse qualitative descriptive. Seuls les antécédents connus au moment de l'admission dans l'étude (= date du 1^{er} passage aux urgences adultes) ont été pris en compte.

2.6.2) Les données IAO

Les données initiales de l'IAO permettaient de décrire précisément l'état initial de la population étudiée : gravité clinique, paramètres vitaux à l'admission, motif de consultation. Ces premiers éléments objectifs permettaient déjà d'orienter le diagnostic clinique

Les variables étudiées étaient :

- Le motif principal de consultation.
- Le score de gravité de la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) (16).
- La Fréquence Cardiaque (FC).
- La Tension Artérielle Systolique (TAS) et Diastolique (TAD).
- La douleur par l'échelle EVA (Echelle Visuelle Analogique).
- L'hyperthermie à l'entrée.

La définition retenue de l'hyperthermie était une température mesurée supérieure à 38°C. Cette variable était étudiée sur un mode binaire.

Le motif de consultation IAO était une variable qualitative. À noter qu'en cas de motifs multiples de consultation, la présence de « douleurs abdominales » était recherchée en priorité, et retenue comme motif de consultation IAO si présente. Si absente, le motif principal IAO était alors retenu. Les autres variables étaient étudiées comme des variables quantitatives positives continues.

2.6.3) L'interrogatoire

L'interrogatoire du patient est un temps fondamental de l'examen clinique, en particulier dans le domaine des douleurs abdominales. Il permet de suspecter les urgences « vraies », différencier les douleurs aiguës des douleurs chroniques, et d'orienter l'examen physique du patient (17). Ces données permettaient de décrire précisément la population initiale, indépendamment du diagnostic étiologique, et de la comparer avec la population cible.

a. La localisation de la douleur abdominale

La localisation des douleurs abdominales était analysée de manière qualitative et différenciée en 9 cadrans : épigastre, flanc droit et gauche, fosse iliaque droite et gauche, hypochondre droit et gauche, hypogastre et périombilicale, auxquels on rajoutait deux autres propositions : douleurs diffuses et « autres ».

La case « autres » permettait d'inclure des patients ayant une douleur lombaire avec irradiation abdominale à condition que la douleur abdominale soit la plainte prédominante de consultation aux urgences et le motif d'appel du Médecin Interniste. Cet ajout est concordant avec le protocole EpiABDO, dernière étude française majeure sur la prise en charge des douleurs abdominales ou lombaires en médecine d'urgence en 2017 (18).

b. La durée de la douleur abdominale

La durée de la douleur abdominale était analysée comme une variable qualitative ordonnée, répartie en 4 catégories :

- Douleurs de début inférieur à 24h.
- Douleurs ayant débuté entre 24h et 7 jours.
- Douleurs ayant débuté entre 8 jours et avant 3 mois.
- Douleurs de début supérieur à 3 mois.

Le choix des catégories permettait de différencier les douleurs abdominales aiguës (inférieures à 7 jours) des douleurs abdominales chroniques (supérieures à 3 mois) , tout en spécifiant dans les douleurs aiguës les douleurs inférieures à 24h, significativement plus souvent associées à une étiologie digestive dans la littérature (8-9).

c. Les autres caractéristiques de la douleur abdominale

Les autres caractéristiques de la douleur étudiées étaient :

- Intensité de la douleur abdominale.
- Type de douleurs abdominales.
- La présence d'irradiation ou non.
- Le mode de survenue de la douleur.
- L'évolution des douleurs.
- La présence d'un facteur déclenchant.

L'intensité de la douleur était mesurée selon l'échelle EVA au moment de l'examen clinique médical, ou à défaut en l'absence de réévaluation de l'EVA durant l'examen physique, l'EVA initiale en IAO était répercutée.

La présence d'un facteur déclenchant et la présence d'irradiation ou non étaient analysées en mode binaire. Le type de douleurs était qualitatif. Le mode de survenue était analysé en mode binaire : douleurs d'apparition brutale ou progressive. L'évolution des douleurs était analysée de manière binaire : continue ou paroxystique.

Ces caractéristiques étaient spécifiées uniquement si elles étaient renseignées dans le dossier médical de manière explicite.

d. Les signes cliniques abdomino-pelviens associés

Les signes cliniques abdomino-pelviens sont des éléments d'interrogatoire essentiels pour le diagnostic syndromique des douleurs abdominales. Et cette classification syndromique oriente la suite de l'examen clinique, les examens paracliniques et les étiologies suspectées.

De ce fait les variables étudiées étaient :

❖ La présence de signes digestifs associés

La présence de signes digestifs associés était un critère composite comprenant les nausées, les vomissements, les diarrhées, les rectorragies ou la constipation. Et ce critère était analysé de manière binaire, pour différencier les douleurs abdominales isolées des autres.

❖ La présence de signes urologiques associés

La présence de signes urologiques associés était une variable binaire, correspondant à un critère composite comprenant brûlures mictionnelles, dysurie, hématurie, impériosité mictionnelle ou pollakiurie.

❖ La présence de rectorragies

La présence de rectorragies était incluse dans la variable « signes digestifs associés », mais aussi étudiée de manière isolée, du fait de sa sensibilité diagnostique. En effet sa présence modifie la prise en charge initiale, en orientant la démarche étiologique initiale (par exemple vers les Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez le jeune adulte, ou le cancer colorectal chez l'adulte plus âgé). A noter que la présence de rectorragies ne nécessitait pas une positivité clinique lors de l'examen, mais qu'une déclaration à l'interrogatoire suffisait.

e. Les signes systémiques associés

Les signes systémiques associés étaient un critère composite comprenant 4 variables : l'asthénie, l'anorexie, l'amaigrissement et une variable « signes systémiques autres ». Ce critère était analysé en mode binaire.

Puis chaque critère était analysé séparément. L'asthénie, l'anorexie et l'amaigrissement en mode binaire. La variable « signes systémiques autres » était analysée en mode qualitatif, afin de décrire quels signes d'interrogatoires ou d'examen clinique ont été recherchés par le médecin urgentiste afin d'étayer son diagnostic.

2.6.4) L'examen clinique

L'examen clinique des patients consultant pour douleurs abdominales est très codifié, et comporte 4 temps : l'inspection, l'auscultation, la percussion et la palpation. Il permettait de rechercher une pathologie chirurgicale, et d'orienter le diagnostic étiologique (17). Cependant, en dehors de la présence d'une défense dans l'appendicite aiguë, peu de signes cliniques ont une valeur prédictive élevée (20). Dans le cas des douleurs abdominales non urgentes, il permet surtout d'orienter le praticien vers l'examen d'imagerie adéquat pour la suite de la prise en charge. Dans les douleurs abdominales non spécifiques, il est par définition le plus souvent non contributif.

De ce fait les variables cliniques étudiées étaient :

- Particularité clinique à l'examen abdominal.
- Particularité clinique à l'examen général.

Ces deux variables étaient analysées en mode binaire. La variable particularité clinique à l'examen abdominal était un critère composite comprenant une sensibilité à la palpation, une défense, une contracture, une hernie ou la présence d'un signe clinique positif (Blumberg, Murphy, etc.) (21).

2.6.5) Les examens paracliniques

a. Les examens biologiques

Les examens complémentaires biologiques chez les patients consultant pour douleurs abdominales aux urgences sont quasi systématiques, d'après les dernières évaluations de pratiques professionnelles (5). Les variables étudiées étaient

❖ La Numération sanguine

- Le nombre de leucocytes en G/mm³, variable quantitative continue.
- Le taux d'hémoglobine en g/dl, variable quantitative continue.
- Le nombre de plaquettes en G/mm³, variable quantitative continue.

❖ La Protéine C Réactive (CRP)

La CRP est une protéine de la phase aiguë de l'inflammation. Son atout principal est sa sensibilité (entre 70 et 100% selon les études) dans le diagnostic de sepsis (22). En revanche elle possède une faible spécificité diagnostique. Elle est utilisée en médecine d'urgence comme marqueur diagnostique mais aussi pronostique, en suivant sa croissance ou sa décroissance. Dans cette étude, nous avons choisi d'étudier cette variable selon un mode qualitatif ordonné en 3 catégories :

- CRP négative (< 3 mg/l selon le taux du laboratoire du CHU de Lille).
- CRP positive entre 3 et 50 mg/l.
- CRP positive supérieure à 50 mg/l.

❖ L'ionogramme sanguin

L'ionogramme sanguin est utilisé dans les DANS à visée diagnostique, pour détecter un désordre métabolique, orientant vers une pathologie extra digestive (9). Il permet aussi de détecter des troubles métaboliques asymptomatiques. Les variables étudiées étaient

- La natrémie, en mmol/l, variable quantitative continue.
- La kaliémie, en mmol/l, variable quantitative continue.
- L'urémie, en g/l, variable quantitative continue.
- La créatininémie, en mg/l, variable quantitative continue.

❖ Le bilan hépatique et pancréatique

Le bilan hépatique est un élément biologique important dans la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences. Il comprend : les transaminases (ASAT et ALAT), les phosphatases alcalines (PAL), les gamma GT et la bilirubinémie totale. Ces éléments permettent de classer les atteintes hépatiques en syndromes, orientant le diagnostic étiologique et la suite des examens.

La cytolyse hépatique est définie comme une élévation des ASAT et des ALAT, dont le seuil retenu est habituellement 3 fois la norme (3N). Le 1^{er} signe de la cholestase est l'élévation des PAL, significative si supérieure à 3 fois la normale.

Le diagnostic de pancréatite est défini par une lipasémie supérieure à 3N associée à une douleur abdominale compatible. De ce fait cette variable est un marqueur diagnostique extrêmement sensible.

Les variables du bilan hépatique et du bilan pancréatique ont donc été analysées en mode qualitative ordinaire en trois catégories

- Normale.
- Positive mais inférieure à 3N.
- Positive et supérieure à 3N.

❖ Les autres éléments biologiques

Les autres variables biologiques étudiées étaient

- L'HCG, analysée en mode binaire.
- Le Taux de Prothrombine (TP), en pourcentage, variable quantitative continue.
- Le Temps de Céphaline Activée (TCA), en seconde, variable quantitative continue.

b. La bandelette urinaire

La bandelette urinaire (BU) est recommandée dans la prise en charge des douleurs abdominales. Elle oriente le diagnostic vers une étiologie urinaire. Les deux variables étudiées étaient :

- La réalisation de la BU, variable binaire.
- La normalité de la BU, variable binaire.

La normalité de la BU était définie par l'absence de traces de sang, de nitrites, de leucocytes et de protéines.

c. Les examens d'imagerie

❖ L'échographie abdominale

L'échographie abdominale est utilisée en 1^{ère} intention de manière systématique chez les femmes enceintes consultant pour douleurs abdominales. Elle est aussi recommandée en 1^{ère} intention en cas de consultation pour douleur de l'hypochondre droit ou de la fosse iliaque droite (23).

Les variables étudiées étaient :

- Réalisation d'une échographie abdominale, variable binaire.
- Résultats de l'échographie abdominale, variable qualitative.

❖ Le scanner abdominal

La Tomodensitométrie abdominale (TDM) est l'examen d'imagerie le plus sensible chez les patients ayant un syndrome douloureux abdominal, avec une sensibilité diagnostique de 90% (5). De plus il est relativement accessible aux urgences. C'est donc l'examen d'imagerie recommandé en 1^{ère} intention en cas de DANS.

Les variables étudiées étaient :

- Réalisation d'une TDM abdominale, variable binaire.
- Résultats de la TDM abdominale, variable qualitative.

L'analyse qualitative des résultats de la TDM abdominale permettait d'évaluer la sensibilité diagnostique de cette imagerie dans le cadre des DANS, et son apport dans le diagnostic des pathologies atypiques.

2.6.6) La prise en charge multidisciplinaire

Les patients consultant aux urgences pour douleurs abdominales atypiques pouvaient nécessiter plusieurs avis de spécialistes. Dans cette étude, ils ont nécessairement été examinés par un médecin interniste. Mais certains patients ont pu aussi bénéficier d'un avis chirurgical. L'objectif de ces variables était d'évaluer la prise en charge multidisciplinaire de ces patients, et de savoir quel médecin avait demandé un avis au médecin interniste du pôle de l'urgence.

Les variables étudiées étaient :

- Réalisation d'une évaluation chirurgicale, variable binaire.
- Médecin demandeur d'avis auprès du médecin interniste, variable qualitative.

2.6.7) Le diagnostic final et le devenir du patient

Au terme de la prise en charge, les patients de cette étude avaient nécessairement eu un diagnostic étiologique. Un des objectifs de l'étude était de décrire les diagnostics retrouvés dans la population DANS. L'objectif secondaire est de déterminer si ces diagnostics étaient considérés comme communs, ou comme atypiques.

Les variables étudiées étaient

- Diagnostic final, variable qualitative.
- Diagnostic commun ou atypique, variable binaire.

La définition d'un diagnostic commun ou d'un diagnostic atypique est sujette à interprétation. Dans notre étude, un diagnostic était considéré comme commun si :

- Il faisait partie des 10 diagnostics les plus fréquents toute population confondue (6,24). Ces diagnostics sont la gastroentérite, l'appendicite, la cholécystite, le syndrome occlusif, les causes gynécologiques, la pancréatite aiguë, la colique néphrétique, l'ulcère digestif, la sigmoïdite et les troubles fonctionnels intestinaux.
- Il représente le diagnostic le plus fréquent devant une présentation clinique typique (6).

Les autres diagnostics étaient considérés comme atypiques.

Enfin, on s'intéressait au devenir du patient, à savoir son hospitalisation ou son retour au domicile à l'issue du passage aux urgences. La variable étudiée était le devenir du patient, analysée en mode qualitative ordonnée en 3 catégories :

- Retour au domicile.
- Retour au domicile avec une consultation en médecine interne.
- Hospitalisation.

2.7) Saisie des données et statistiques

2.7.1) Saisie des données

Les données ont été saisies manuellement sur le logiciel Microsoft Office EXCEL 2007, à partir des dossiers informatisés des patients. Une vérification des données a été réalisée par un rapport de data management, à l'aide du logiciel R, version 3.3.1.

2.7.2) Analyses statistiques

La majorité des analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R, version 3.3.1, avec l'aide de la Plateforme d'Aide Méthodologique, du Service Méthodologique, Biostatistiques, Gestion de Données et Archives du CHU de Lille. Une analyse descriptive de l'ensemble des variables était attendue, afin de répondre à l'objectif principal de l'étude.

Une comparaison en sous groupe « diagnostic commun » et « diagnostic atypique » était prévue, par régression logistique (25) sur 5 variables prédéfinies du fait de la cinquantaine de patients inclus attendus. Ces 5 variables étaient définies a priori par le médecin interniste et un médecin urgentiste, comme signes d'alertes :

- Amaigrissement.
- Antécédents de pathologie atypiques.
- CRP augmentée.
- Fièvre.
- Signes cliniques de pathologies systémiques.

Un test était considéré comme statistiquement significatif si la valeur du « p » était inférieure ou égale à 5%.

2.8) Aspects réglementaires

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (26) via l'intranet du CHU de Lille.

III. RESULTATS

3.1) Analyse descriptive

3.1.1) Inclusion des patients

Durant la période d'étude, 10 500 patients ont consulté aux urgences adultes pour douleurs abdominales. Au total, 63 patients ont été inclus dans l'étude.

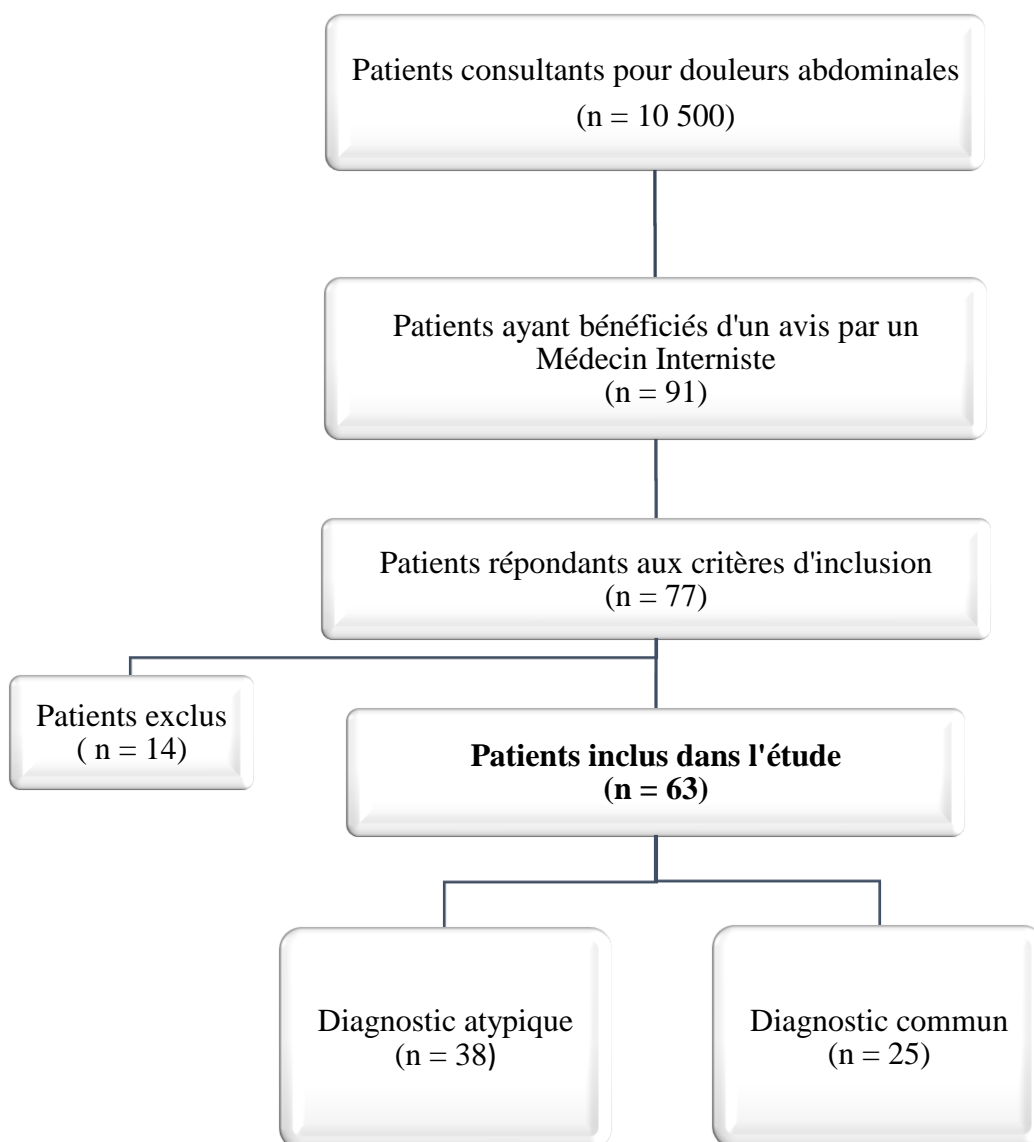


Figure 1 : Diagramme d'inclusion des patients dans l'étude (flow chart)

Les patients exclus étaient des patients perdus de vue n'ayant pas pu bénéficier d'une consultation avec un Médecin Interniste, ou les patients examinés pour lesquels il n'existait aucune douleur abdominale.

3.1.2) Caractéristiques de la population

Table 1 : Caractéristiques initiales de la population de l'étude

Variables	Distribution n = 63	Données manquantes
Âge		0
Médiane	41	
Min ; max	15 ; 86	
Sexe		0
Masculin	39 (62%)	
Féminin	24 (38%)	
Patient adressé aux urgences		0
Oui	28 (44%)	
Non	35 (56%)	
Motif de consultation		0
Douleurs abdominales	52 (83%)	
Douleurs lombaires	4 (6%)	
Altération de l'état général	2 (3%)	
Diarrhée	2 (3%)	
Autres*	3 (5%)	
Antécédents de Chirurgie Abdominale		0
Oui	26 (41%)	
Non	37 (59%)	
Antécédents Digestifs		0
Oui	16 (25%)	
Non	47 (75%)	
Antécédents de Maladie Atypique		0
Oui	19 (30%)	
Non	44 (70%)	
Antécédents de Néoplasie		0
Oui	6 (10%)	
Non	57 (90%)	
Antécédents Urologiques / Gynécologiques		0
Oui	9 (14%)	
Non	54 (86%)	

* les motifs autres (n = 3) étaient arthralgies, hyperthermie et malaise.

Les antécédents de maladie atypique sont détaillés dans le tableau 2 ci-dessous. A noter qu'un patient avait deux antécédents de maladies atypiques.

Table 2 : Antécédents de maladies atypiques des patients de l'étude

Variables	Distribution n = 20
Connectivites	4 (21%)
Lupus	1 (5%)
Polyarthrite rhumatoïde	1 (5%)
Sclérodermie	1 (5%)
Syndrome de Sharp	1 (5%)
Granulomatose	3 (16%)
Sarcoïdose	3 (16%)
Maladies spécifiques d'organes	3 (16%)
Hypothyroïdie	2 (11%)
Psoriasis	1 (5%)
Vascularites	5 (26%)
Maladie de Horton	2 (11%)
Churg & Strauss	1 (5%)
Périartérite noueuse	1 (5%)
Takayashu	1 (5%)
Autres	5 (26%)
MICI	3 (16%)
Dermatose neutrophilique	1 (5%)
Fièvre méditerranéenne familiale	1 (5%)

3.1.3) Caractéristiques des patients en IAO

Table 3 : Caractéristiques des patients de l'étude en IAO

Variable	Médiane	Moyenne IC 95%	1er quartile	3ème quartile	Données manquantes
FC (bpm)	90	90 [85 ; 95]	77	100	3
TAS (mmHg)	122	124 [119 ; 128]	112	133	3
TAD (mmHg)	72	73 [70 ; 77]	66	83	3
EVA	7	7 [6 ; 8]	4	8	7
Priorité CCMU	2	2,5 [2 ; 3]	2	3	0
Hyperthermie					2
Oui	16 (26%)				
Non	45 (74%)				

3.1.4) Caractéristiques de la douleur abdominale

a. Localisation

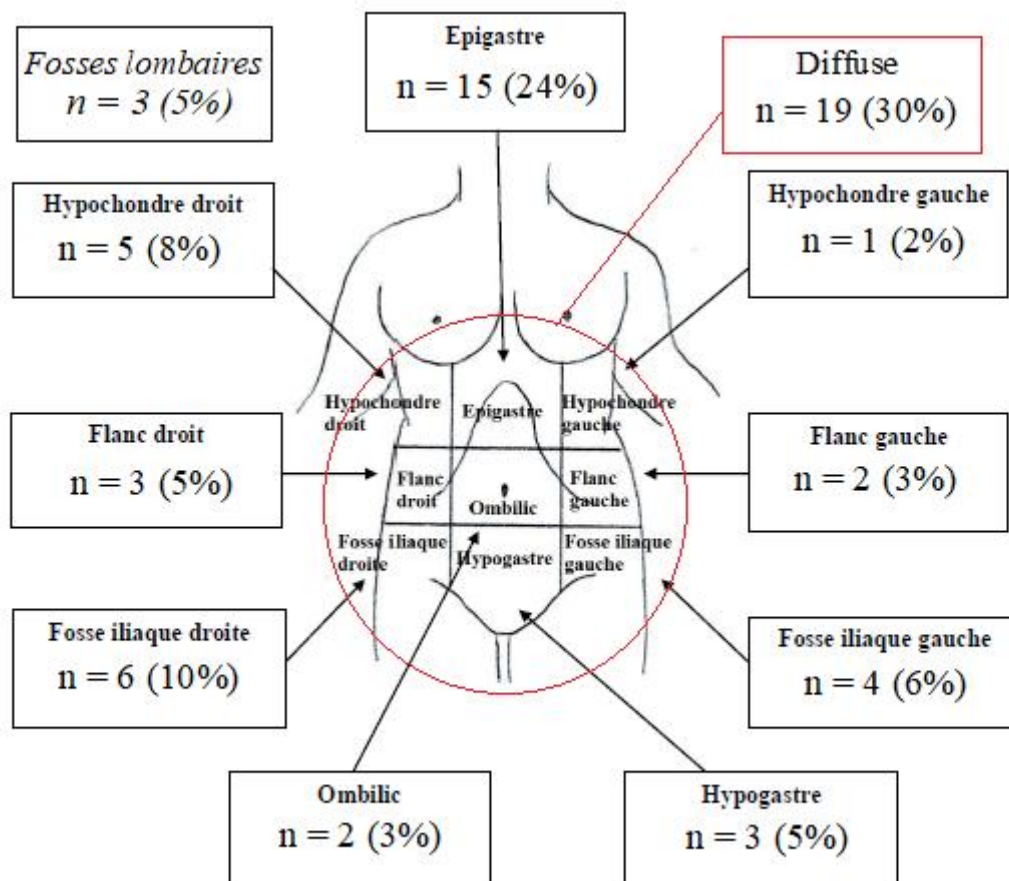


Figure 2 : Localisation de la douleur abdominale des patients de l'étude

b. Type de douleurs

Le type de douleurs n'était précisé que dans 27% des dossiers (n = 17). Les types de douleurs retrouvés étaient : une gêne (n = 5), une barre (n = 3), une pesanteur (n = 2), une sensibilité (n = 2), un spasme (n = 2), une brûlure (n = 1), une crampe (n = 1) et une torsion (n = 1).

c. Intensité

L'intensité de la douleur (EVA) était en moyenne de 6,4 IC 95% [5,6 ; 7,2]. La médiane était de 8.

d. Durée de la douleur

La grande majorité des douleurs abdominales étaient des douleurs aiguës < 7 jours. À noter qu'il n'y avait aucune donnée manquante.

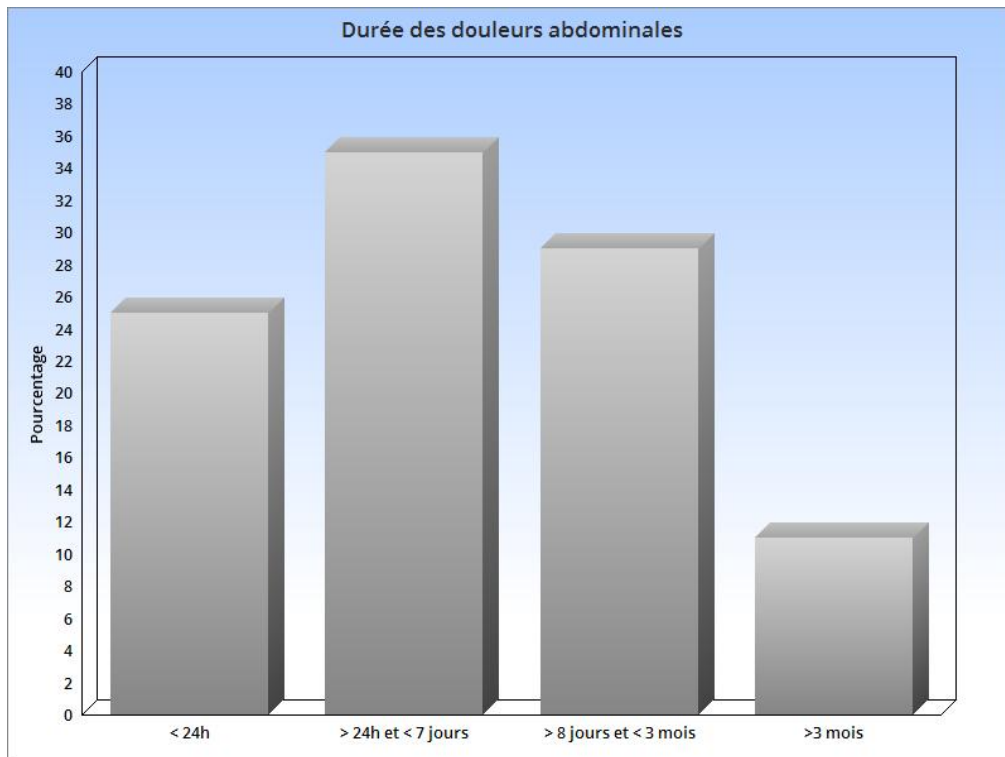


Figure 3 : Durée des douleurs abdominales des patients de l'étude

e. Autres caractéristiques

Le mode de début des douleurs était brutal dans 37% des cas, et progressif dans 63% des cas. La douleur était continue chez 52% des patients, et paroxystique dans 48% des patients IC 95% [0,36 ; 0,61].

La présence d'irradiation était spécifiée uniquement dans un dossier.

Enfin, il existait un facteur déclenchant chez 11 patients (17%) : l'alimentation (n = 3), la constipation (n = 2), un choc électrique externe, une diarrhée, l'inspiration profonde, une péritonite, un rapport sexuel et des vomissements (n = 1).

3.1.5) Examen clinique

a. Signes uro – digestifs associés

La présence de signes digestifs associés était retrouvée chez 57% des patients IC 95% [0,44 ; 0,79]. À noter que la présence de rectorragies était spécifiée uniquement dans 3 dossiers.

La présence de signes urologiques associés était retrouvée chez 11% des patients IC 95% [0,05 ; 0,22].

b. Signes généraux associés

26 patients présentaient un ou plusieurs signes généraux soit 44% des patients IC95% [0,32 ; 0,58]. Ceux-ci sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

Table 4 : Détails des signes généraux associés des patients de l'étude

Variables	Distribution n = 26
Asthénie	20 (77%)
Anorexie	10 (38%)
Amaigrissement	10 (38%)
Signes systémiques autres	2 (8%)
Arthralgies	1
Sueurs	1

c. Examen physique

L'examen physique abdominal était sans particularité chez 42% des patients. Pour les 58% des patients autres, la particularité à l'examen clinique digestif était une sensibilité localisée (73%), une défense (22%), une contracture (8%), un signe de Blumberg (5%) et un signe de Murphy (2%).

L'examen physique général était sans particularité chez 83% des patients. Parmi autres 17%, on retrouvait une abolition du Murmure Vésiculaire (MV) en base gauche, des adénopathies multiples, une aphtose buccale, une diminution du pouls en temporal gauche, des nodules sous – cutanés, un œdème palpébral-bilatéral, un purpura (n = 2), un signe de Homans, un souffle mitral, une splénomégalie, une urticaire, et une uvéite antérieure.

3.1.6) Examens paracliniquesa. Examens biologiques❖ Bilan biologique standard

Table 5 : Résultats des examens biologiques standards des patients de l'étude

Variable	Médiane	Moyenne IC 95%	1er quartile	3ème quartile	Données manquantes
Leucocytes (G/mm ³)	9,8	10,2 [9,1 ; 11,3]	7,1	12,4	2
Hémoglobine (g/dl)	13,1	13,1 [12,5 ; 13,6]	11,8	14,5	4
Plaquettes (G/mm ³)	258	285 [253 ; 316]	210	319	4
Natrémie (mmol/l)	138	137 [136 ; 138]	136	140	3
Kaliémie (mmol/l)	4	4,1 [4 ; 4,2]	3,8	4,3	4
Urée (g/l)	0,27	0,29 [0,26 ; 0,33]	0,21	0,34	5
Créatinine (mg/l)	8	8,8 [8,1 ; 9,5]	7	10	3

❖ La CRP

La CRP était augmentée chez 69% des patients. À noter qu'il existait 2 données manquantes. La CRP moyenne était de 64 IC 95% [43 ; 84] pour une médiane à 24.

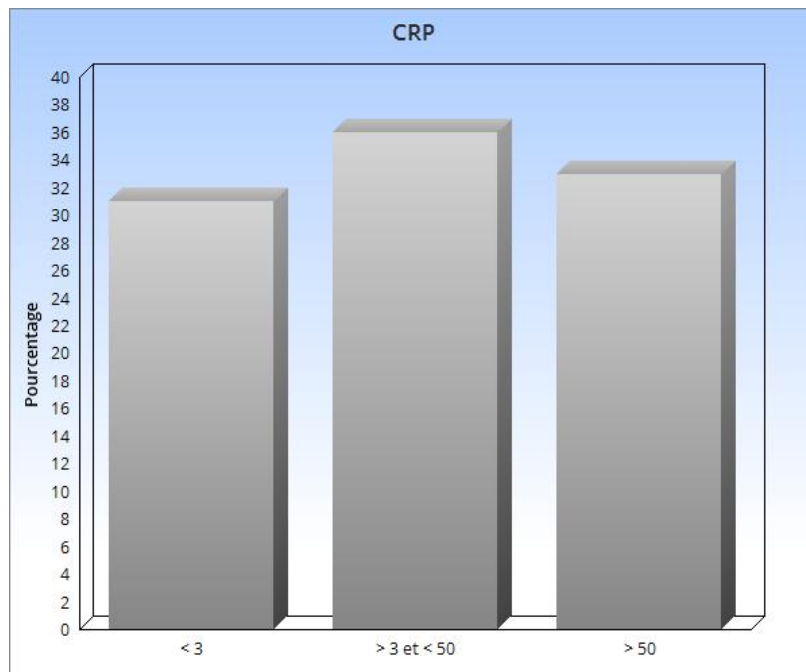


Figure 4 : Résultats du dosage de la CRP des patients de l'étude

❖ Le bilan hépatique et pancréatique**Table 6 : Résultats du bilan hépatique et pancréatique des patients de l'étude**

Variable	Normale	Augmenté < 3 N	Augmenté > 3 N	Données manquantes
ASAT	n = 30 (61%)	n = 18 (37%)	n = 1 (2%)	14
ALAT	n = 34 (68%)	n = 14 (28%)	n = 2 (4%)	13
PAL	n = 22 (63%)	n = 13 (37%)	0	28
GGT	n = 19 (41%)	n = 12 (26%)	n = 15 (33%)	17
Bilirubine totale	n = 44 (96%)	n = 2 (4%)	0	17
Lipasémie	n = 34 (77%)	n = 7 (16%)	n = 3 (8%)	19

❖ Autres examens biologiques

Le dosage de l'HCG était retrouvé dans 23 dossiers. Le résultat était négatif chez 100% des patientes.

Le dosage du TCA et du TP étaient réalisés chez 48 patients. La moyenne du TCA était de 32 IC 95% [31 ; 34]. La médiane était de 32. La moyenne du TP était de 82% IC95 [77 ; 87] pour une médiane à 86%.

b. Examens urinaires

La bandelette urinaire a été réalisée pour 52% des patients (n = 33). Elle était normale pour 20 patients (60%). Les autres anomalies retrouvées étaient une hématurie (n = 8), une leucocyturie (n = 5) ou une protéinurie (n = 2).

c. Examens d'imagerie❖ Echographie abdominale

L'échographie abdominale a été réalisée chez 13 patients (21%). Parmi ces patients, elle était normale dans 54% des cas (n = 7), et sans diagnostic dans 23% des cas (n = 3). Les autres conclusions étaient dilatation des voies biliaires (n = 1), cholécystite (n = 1) et pancolite (n = 1).

❖ Scanner abdominal

Le scanner abdominal a été réalisé chez 42 patients (67%). Ses principaux résultats sont détaillés dans le tableau ci-dessous.

Table 7 : Résultats du TDM abdominal des patients de l'étude

Variables	Distribution n = 42
Normal	10 (24%)
Thrombose veineuse digestive	5 (12%)
Abcès	3 (7%)
Anévrisme vasculaire	3 (7%)
Iléite	3 (7%)
Ischémie mésentérique	2 (5%)
Nodule hépatique hypervasculaire	2 (5%)
Pancréatite aiguë	2 (5%)
Adénopathie mésentérique	1 (2%)
Dilatation pyélocalicielle	1 (2%)
Dilatation voie biliaire	1 (2%)
Épanchement intrapéritonéal	1 (2%)
Épanchement pleural	1 (2%)
Hémopéritoine	1 (2%)
Infarctus splénique	1 (2%)
Masse ovarienne	1 (2%)
Multiples nodules parenchymateux	1 (2%)
Panniculite mésentérique	1 (2%)
Pelvipéritonite	1 (2%)
Sténose urétrale	1 (2%)

À noter que parmi les 13 patients ayant bénéficié d'une échographie en 1^{ère} intention, 10 ont ensuite bénéficié d'un TDM abdominal. De ce fait, 18 patients (29%) n'ont pas eu d'imagerie abdominale aux urgences.

3.1.7) Prise en charge

a. Evaluation multidisciplinaire

L'intégralité des patients (n = 63) a bénéficié d'une évaluation par un médecin interniste, et 57% des patients ont eu une évaluation par un chirurgien viscéral aux urgences.

L'évaluation par un interniste était demandée soit par un médecin urgentiste, soit par le chirurgien, soit par le radiologue, selon la répartition ci-dessous.

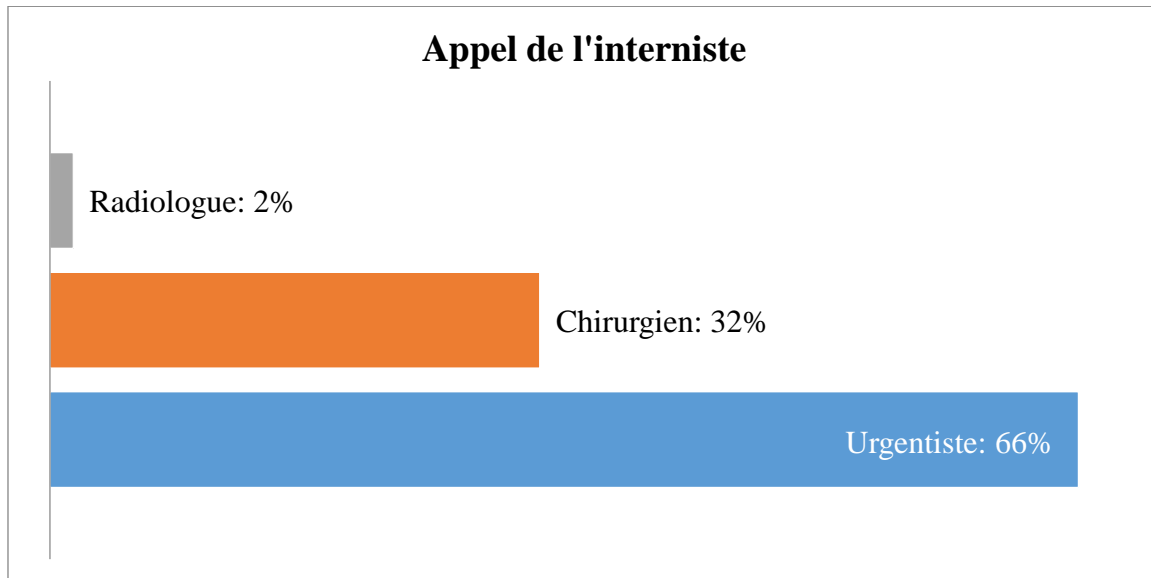


Figure 5 : Détails du médecin demandant un avis au médecin interniste

b. Devenir du patient

A l'issue de leur passage aux urgences, 70% des patients ont été hospitalisés (n = 44). 16 patients étaient retournés au domicile avec une consultation en externe (25%) et 3 patients étaient sortis des urgences sans consultation de suivi (5%).

3.1.8) Diagnostic

a. Diagnostics détaillés

A l'issue de la prise en charge, l'intégralité des patients (n = 63) a eu un diagnostic étiologique. Ces diagnostics ont été regroupés en 6 catégories : pathologies digestives, infectieuses, inflammatoires, vasculaires, tumorales ou autres. Ils sont détaillés dans les tableaux 8 et 9 ci-dessous.

Table 8 : Tableau détaillant les diagnostics atypiques de l'étude

Variables	Distribution n = 37
Pathologies Infectieuses	8
Abcès à Klebsielle	1 (2%)
Aortite à Bacteroides Fragilis	1 (2%)
Hépatite à Parvovirus B19	1 (2%)
Leishmaniose viscérale	1 (2%)
Pullulation microbienne sur sclérodémie systémique	1 (2%)
Pyéphlébite	1 (2%)
Tuberculose péritonéale	2 (3%)
Pathologies Inflammatoires	17
Angioedème bradykinine	1 (2%)
Churg & Strauss	1 (2%)
Entéropathie exsudative	1 (2%)
Fièvre méditerranéenne familiale	1 (2%)
Maladie auto - immune non étiquetée	1 (2%)
Maladie de Crohn	2 (3%)
Maladie de Vaquez	1 (2%)
Pancréatite auto - immune	1 (2%)
Periartérite Noyeuse	1 (2%)
Purpura rhumatoïde	1 (2%)
Sarcoïdose	3 (5%)
Syndrome d'hyper Ig4	1 (2%)
Takayasu	1 (2%)
Vascularite Horton - Like	1 (2%)
Pathologies Tumorales	5
Leiomyosarcome intrapéritonéal	1 (2%)
Leucémie Myéломocytaire Chronique	1 (2%)
Lymphome	1 (2%)
Syndrome myéloprolifératif	1 (2%)
Zollinger Ellison	1 (2%)
Pathologies Vasculaires	4
Anévrisme mycotique	1 (2%)
Angiodysplasie	1 (2%)
Thrombose porte sur primo infection CMV	1 (2%)
Thrombose veineuse profonde	1 (2%)
Autres	3
Insuffisance corticotrope	1 (2%)
Migraine abdominale	1 (2%)
Vomissements cycliques idiopathiques	1 (2%)

Table 9 : Tableau détaillant les diagnostics communs de l'étude

Variables	Distribution n = 26
Pathologies Digestives	10
Cholécystite aiguë	1 (2%)
Dolichocolon	1 (2%)
Gastrite à HP	2 (3%)
Pancréatite	2 (3%)
Syndrome de l'intestin irritable	4 (6%)
Pathologies Infectieuses	7
Colite à Salmonelle	1 (2%)
Cystite	1 (2%)
Diarrhée Yersinia	1 (2%)
Mononucléose infectieuse	1 (2%)
Virose simple	3 (5%)
Pathologies Tumorales	2
Adénocarcinome métastasé	1 (2%)
Polype Hamartomateux	1 (2%)
Pathologies Vasculaires	3
Anévrisme athéromateux	1 (2%)
Ischémie mésentérique	1 (2%)
Thrombose post opératoire	1 (2%)
Autres	4
Diarrhée médicamenteuse	1 (2%)
Syndrome dépressif	2 (3%)
Fibromyalgie	1 (2%)

b. Diagnostic commun ou atypique

A l'issue de la prise en charge, 37 patients (59%) ont eu un diagnostic atypique, et 26 patients (41%) ont eu un diagnostic commun. Cependant, dans l'analyse bivariée, seuls 61 patients ont été inclus. Deux données manquantes sont liées à des incertitudes diagnostiques : un patient avec un diagnostic commun (syndrome de l'intestin irritable) s'intégrant dans une fibromyalgie, pouvant être considérée comme une maladie atypique selon nos critères, et un patient avec un diagnostic atypique de dolichocôlon découvert sur une constipation.

3.2) Analyse bivariée

A l'issue de cette étude, les patients ont été classés en deux groupes : le groupe 1 : diagnostics atypiques, et le groupe 2 : diagnostics communs. Nous avons effectué une analyse bivariée entre ces deux groupes afin de rechercher des différences statistiquement significatives sur 5 variables définies a priori. Ces variables étaient la fièvre mesurée aux urgences, un antécédent personnel de maladie rare, un amaigrissement déclaré, des signes systématiques à l'examen, et le dosage biologique de la CRP.

Table 9 : Résultats de l'analyse bivariée entre les groupes diagnostics atypiques et diagnostics communs

Variables	Atypique (n = 37)	Commun (n = 24)	p	Données manquantes
Fièvre			1.000	2
Oui	10 (28%)	6 (26%)		
Non	26 (72%)	17 (74%)		
ATCD Maladie Rare			0.456	0
Oui	13 (34%)	5 (22%)		
Non	25 (66%)	18 (78%)		
Amaigrissement			0.721	22
Oui	7 (28%)	3 (21%)		
Non	18 (72%)	11 (79%)		
Signes systémiques			0.575	0
Oui	19 (50%)	9 (39%)		
Non	19 (50%)	14 (61%)		
Dosage CRP			0.032	2
< 3	7 (19%)	10 (46%)		
> 3 et < 50	18 (49%)	4 (18%)		
> 50	12 (32%)	8 (36%)		
Devenir*			0.084	0
RAD**	0	3 (13%)		
RAD + consultation	9 (24%)	6 (26%)		
Hospitalisation	29 (76%)	14 (61%)		

* Statistique à visée informative car non définie a priori

** Retour Au Domicile (RAD)

Le dosage de la CRP semble être une variable discriminante entre les deux groupes, car $p = 0.032$ donc significative.

À noter que l'analyse du devenir n'était pas définie a priori, elle est donnée dans le tableau uniquement à visée informative.

3.3) Analyse multivariée : régression logistique

Une analyse multivariée avec régression logistique était prévue dans le protocole d'étude. Elle n'a pas pu être réalisée du fait d'un manque de puissance, liée au faible nombre de patients inclus ($n = 63$).

IV. DISCUSSION

4.1) Population étudiée

4.1.1) Généralités

La population étudiée était composée de patients consultant aux urgences du CHU, principalement pour douleurs abdominales. L'âge médian était de 41 ans, et le sexe ratio de 1,6 en faveur des hommes. Ces résultats sont concordants avec les études antérieures concernant les douleurs abdominales aux urgences (2,5).

4.1.2) Antécédents

Les patients étaient suivis pour une pathologie digestive dans 25% des cas, et avaient dans 40% des cas un antécédent de chirurgie abdominale. Ces données sont concordantes avec la littérature récente des patients consultants aux urgences pour douleurs abdominales (27). À noter que la prévalence d'un antécédent de cancer était légèrement supérieure dans notre population que dans la population générale (10% contre 5%), mais de manière non significative. Ce résultat est vraisemblablement dû à une fluctuation d'échantillonnage, à cause du faible nombre de patients inclus.

Parmi les antécédents notables de notre population, 30% des patients étaient déjà suivis en médecine interne pour une maladie atypique, ce qui fait toute la particularité de notre population par rapport aux études antérieures sur les douleurs abdominales. On peut expliquer cette spécificité par deux facteurs. Le 1^{er} est l'activité spécifique du CHU de Lille, centre de référence des maladies rares de la métropole lilloise et de la région Hauts de France (12).

Le 2nd est la spécificité de la population cible, non représentative de l'ensemble des patients consultant aux urgences pour douleurs abdominales. En effet, les patients ont d'abord été examinés par un médecin aux urgences, urgentiste ou chirurgien, qui a ensuite demandé une évaluation par le médecin interniste.

On peut donc penser qu'un antécédent de maladie suivie en médecine interne était un des éléments motivant la demande d'avis auprès du médecin interniste du pôle de l'urgence.

4.1.3) Gravité à l'examen initial

L'intégralité des patients inclus était stable sur le plan hémodynamique. La FC moyenne était de 90 bpm, et la tension artérielle moyenne de 122/72 mmHg. La priorité CCMU moyenne était de 2. Ce résultat s'explique par le fait que les unités de déchoquage médical et chirurgical sont indépendantes des urgences adultes au CHU de Lille.

4.2) Principaux résultats

4.2.1) Apport de l'examen clinique

a. Examen abdominal

L'examen clinique abdominal est fondamental lorsqu'un patient consulte pour douleurs abdominales, afin d'orienter l'étiologie, mais aussi pour rechercher des éléments justifiant une hospitalisation (28). Et ce, tout particulièrement pour les pathologies chirurgicales, en recherchant une défense ou une contracture, qui sont des éléments d'une forte sensibilité diagnostique (29).

En revanche, la plupart du temps on ne retrouve pas de signe clinique d'orientation étiologique dans les DANS. La localisation des douleurs dépend des pathologies suspectées, et oriente peu la démarche diagnostique. L'examen physique dans cette sous population est donc majoritairement non contributif. Ici, la catégorie de patients la plus représentée était « douleurs diffuses (30%) ». L'examen physique était non contributif pour 84% des patients (sans particularité ou sensibilité localisée), ce qui était un résultat attendu.

b. Intensité de la douleur

Un seul élément clinique est concordant parmi tous nos patients : l'intensité de la douleur. L'EVA était de 6,4 en moyenne IC 95% [5,6 ; 7,2] avec une médiane à 8. La douleur intense peut aussi expliquer la détermination des soignants dans leur démarche diagnostique et la poursuite des investigations en demandant un avis au médecin interniste du pôle de l'urgence.

c. Examen général

Parmi les patients ayant eu un diagnostic atypique, 56% avaient une asthénie, 32% une anorexie et 28% un amaigrissement. La recherche d'un retentissement systémique avec une altération de l'état général est donc un élément fréquemment retrouvé dans les maladies atypiques, bien que non significatif en analyse bivariée. L'absence de significativité statistique peut s'expliquer par deux critères :

- L'exclusion des patients pour lesquels il n'y a pas de diagnostic à la fin des investigations. De ce fait l'intégralité des patients inclus ont une pathologie sous-jacente qui peut entraîner une altération de l'état général.
- Un manque de puissance statistique avec un nombre bas d'éléments (n = 10 pour l'amaigrissement). Il est donc possible de ne pas mettre en évidence une différence entre ces deux catégories même si elle existe.

Enfin, l'examen physique général était sans particularité chez 83% des patients. Ces résultats sont concordants avec la littérature, et explique que, parmi les patients consultant aux urgences pour douleurs abdominales, l'absence de diagnostic étiologique (DANS) représente 8 à 28% des cas (2,30).

4.2.2) Apport des examens biologiques

a. Bilan biologique standard

Les examens complémentaires biologiques chez les patients consultant pour douleurs abdominales aux urgences sont quasi systématiques, d'après les dernières évaluations de pratiques professionnelles. Et cela en opposition avec les patients consultant en médecine libérale, pour des résultats non significativement différents (4). Il est démontré qu'en l'absence d'élément clinique d'orientation étiologique, les performances diagnostiques du bilan biologique standard sont mauvaises sur le plan statistique.

En revanche, à l'échelle individuelle, le bilan standard a permis d'orienter l'étiologie, d'infirmer ou de confirmer une hypothèse et de dépister des anomalies asymptomatiques. La réalisation d'un bilan standard présente donc un intérêt certain pour le patient, même s'il n'était pas spécifique d'une pathologie.

Ainsi, à l'échelle de notre population, les résultats de la NFS, du ionogramme sanguin et du bilan hépatique sont sans particularité, ce qui était attendu. En revanche, à l'échelle individuelle, le bilan standard a permis d'orienter le diagnostic et de dépister des anomalies biologiques asymptomatiques.

b. Lipasémie et HCG

En revanche, les dosages de l'HCG et de la lipasémie ont une excellente sensibilité diagnostique. La positivité du dosage de l'HCG oriente vers une grossesse en cours chez la femme en âge de procréer. Ici le dosage a été effectué pour 23 patientes mais sa négativité systématique n'a pas permis d'orienter le diagnostic final.

La lipasémie a été dosée pour 44 patients, et elle était supérieure à 3N pour 3 patients. Concernant ces 3 patients, les diagnostics finaux étaient une pancréatite aiguë, une diarrhée à Yersinia et une virose simple. Il est décrit qu'une pancréatite aiguë peut être d'origine virale ou bactérienne, notamment à Yersinia (31). De ce fait, ces 3 patients avaient une pancréatite aiguë et étaient classifiés dans le groupe « pathologie commune ».

Nos résultats confirment la sensibilité diagnostique de la lipasémie associée à une douleur abdominale. Ces résultats sont concordant avec la littérature concernant l'exploration des douleurs abdominales aiguës non traumatiques aux urgences (5).

c. Apport de la CRP

L'analyse bivariée entre les groupes « pathologie atypique » et « pathologie commune » a démontré que le dosage de la CRP est une variable significativement différente entre ces deux groupes ($p = 0.032$).

La CRP était négative pour 46% des patients ayant une pathologie commune, contre 19% des patients ayant une pathologie atypique. Mais, plus particulièrement, 49% des patients ayant une pathologie atypique avaient une CRP augmentée inférieure à 50 mg/l, contre 18% de ceux ayant une pathologie commune. Il n'existait pas de différence entre les deux catégories de patients dans cette population quand la CRP était supérieure à 50 mg/l. Ces résultats sont coordonnants avec la littérature. En effet, une CRP très augmentée est en faveur d'un sepsis ou d'une pathologie inflammatoire, d'où l'absence de spécificité dans notre étude lorsque la CRP est supérieure à 50 mg/l (22).

Dans notre étude, on peut donc penser que le dosage de la CRP peut être un élément d'orientation entre pathologie atypique et diagnostic commun. Une CRP négative serait en faveur d'un diagnostic commun alors qu'une CRP augmentée mais inférieure à 50 mg/l serait plutôt en faveur d'un diagnostic atypique. Il convient d'être prudent sur cette analyse en sous groupe. Mais ce résultat est important, car du fait l'orientation diagnostique des urgences vers la recherche des pathologies graves, ces dosages faiblement positifs sont souvent banalisés aux urgences.

Cette étude est, à ma connaissance, la 1^{ère} à mettre en évidence que le dosage de la CRP parmi les patients consultant pour douleurs abdominales non spécifiques pourrait être un élément de dépistage d'une pathologie atypique (9,32).

4.2.3) Apport des examens d'imagerie

L'échographie abdominale a été réalisée pour 13 patients et a permis de réaliser un diagnostic chez 2 patients uniquement (une cholécystite et une pancolite). Dix de ces patients ont eu ensuite un scanner abdominal à visée diagnostique. Ces résultats sont concordants avec la littérature qui recommande la TDM abdominale en 1^{ère} intention en cas de douleurs abdominales non spécifiques, du fait de la faible sensibilité et spécificité de l'échographie abdominale en l'absence d'orientation clinique (23,32,33).

La TDM abdominale injectée a été réalisée chez 42 patients. Elle était anormale pour 76% des patients, et normale dans 24% des cas. Elle a permis de réaliser le diagnostic étiologique pour 22 patients (52%). C'est donc un examen indispensable dans l'exploration des douleurs abdominales atypiques. Néanmoins cet examen ne présage pas de la catégorie diagnostique commune ou atypique.

Dans notre population, on remarque que les patients ayant un syndrome inflammatoire biologique ont bénéficié de manière plus systématique d'une imagerie que ceux ayant une CRP négative (76% vs 47%). De plus, dans notre population, la sensibilité diagnostique du scanner abdominal était corrélée à la valeur de la CRP.

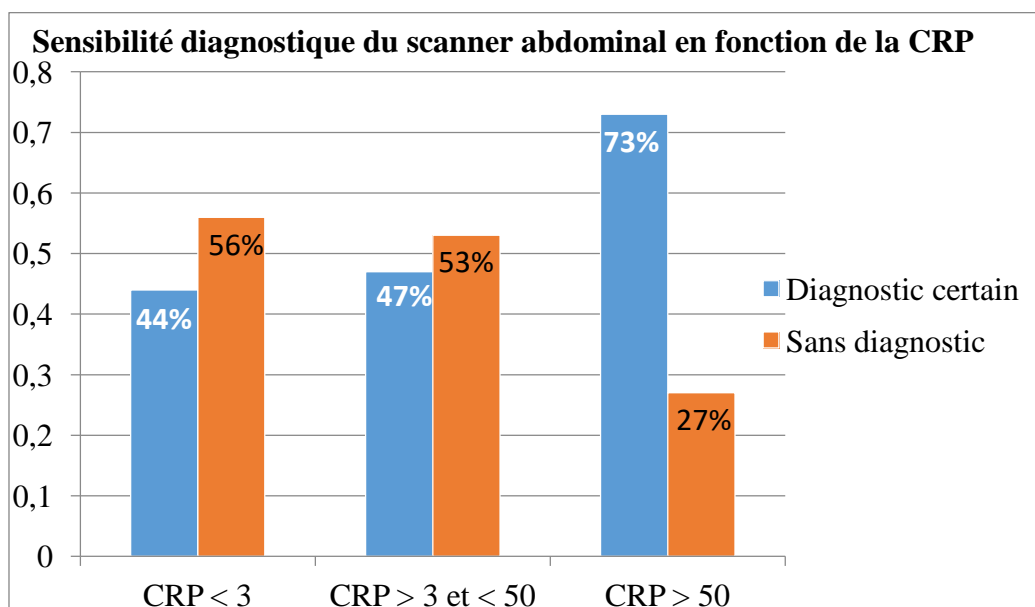


Figure 6 : Étude de la sensibilité diagnostique du scanner abdominal dans notre étude

Si on s'intéresse au dépistage des maladies atypiques dans notre population, on remarque que la TDM abdominale a permis de réaliser 10 diagnostics certains : 5 thromboses veineuses, 3 anévrismes artériels, une masse ovarienne et une sarcoïdose abdominale. Pour 9 autres patients, il a été retrouvé des éléments orientant le diagnostic : abcès, épanchement, nodules, sténoses, iléites, etc. C'est donc un examen simple, peu invasif, qui reste très contributif pour rechercher des maladies rares. En revanche, dans cette indication, la réalisation du TDM abdominal aux urgences ou de manière programmée dépend des diagnostics évoqués.

4.2.4) Dépistage des maladies rares

Parmi les 5 éléments étudiés en analyse bivariée, on remarque que le dosage de la CRP est la seule variable statistiquement différente entre le groupe diagnostic commun et le groupe diagnostic atypique. La présence de fièvre, de signes systémiques ou d'un amaigrissement ne sont pas des éléments discriminants. Bien qu'un amaigrissement soit systématiquement recherché, et considéré comme un marqueur objectif d'une altération de l'état général, il est non spécifique d'une maladie rare. En effet, celles - ci représentent 3% des étiologies des patients hospitalisés en médecine interne pour amaigrissement (34). Il est donc normal que l'amaigrissement ne soit pas un élément significativement en faveur d'une maladie rare.

De même, un antécédent de maladie rare n'est pas un argument en faveur d'une nouvelle pathologie atypique. On peut donc prendre en charge ces patients indifféremment de la population générale.

4.3) Limites de l'étude

4.3.1) Validité interne

a. Biais de sélection

Notre étude comporte plusieurs limites.

La limite principale de notre étude vient de ses biais de sélection. Tout d'abord, du fait du caractère rétrospectif, les patients pouvaient être inclus dans l'étude uniquement si les critères d'inclusion étaient notés dans le dossier médical. Or, du fait du caractère rétrospectif, les soignants n'étaient pas au courant des critères d'inclusion de notre étude au moment de la rédaction du dossier médical des urgences. En raison de ces données manquantes, il est possible qu'il y ait des patients éligibles non inclus.

De plus, tous les patients ont été examinés par un médecin, urgentiste ou chirurgien, avant d'avoir un avis par le médecin interniste. Il existe donc un biais de sélection non quantifiable, lié au sens clinique et à l'intuition du praticien (35). Cela rend la population de l'étude non strictement comparable à la population générale consultant pour douleurs abdominales. Enfin, du fait de l'indépendance du déchoquage médical et chirurgical des urgences adultes, les patients les plus graves n'ont pas été inclus.

b. Biais de classement

La seconde limite de notre étude est son biais de classement. Notre étude s'est basée sur le dossier médical des urgences, tel qu'il a été rédigé lors de l'examen du patient. Notre étude étant rétrospective, les soignants n'étaient pas au courant des données nécessaires, et les données recueillies sont donc incomplètes. Il existe donc de nombreuses données manquantes entraînant un biais de recueil.

Ensuite, la lecture du dossier médical a posteriori, en ayant connaissance du diagnostic final, entraîne un biais de subjectivité. En effet, la recherche des facteurs de risque peut être plus intense et les données subjectives (par exemple l'altération de l'état général) peuvent être sujettes à interprétation.

Enfin, il existe un biais de suivi lié à la différence de prise en charge entre les deux groupes de patients. Le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les patients ayant eu un diagnostic atypique. De plus, ces patients sont ensuite davantage suivis au CHU, leur dossier médical est donc plus exhaustif. Néanmoins, l'étude s'est basée sur le dossier médical des urgences en priorité afin de réduire ce biais au minimum.

c. Biais de confusion

La troisième limite de notre étude est son manque de puissance. Le petit nombre de patients inclus ($n = 63$), avec 38 patients ayant eu un diagnostic atypique seulement ne permet pas de faire d'analyse en régression logistique. De ce fait, on ne peut pas mettre en évidence les facteurs de risques potentiels de pathologies atypiques.

De plus, il existe 35 diagnostics différents parmi les 38 patients ayant eu un diagnostic de maladie rare. On ne peut donc pas considérer ce groupe comme un groupe homogène, avec des facteurs de risque et des facteurs protecteurs communs. Il convient donc d'être prudent lors de l'interprétation des résultats.

4.3.2) Validité externe

Notre étude possède une validité externe moyenne, du fait de la spécificité de la population étudiée.

Le caractère monocentrique au CHU de Lille, centre de référence de multiples maladies rares, et la présence d'un antécédent de maladie rare chez 30% des patients, confirment que la population étudiée n'est pas représentative de l'ensemble de patients consultant aux urgences adultes pour douleurs abdominales. Il convient donc d'être prudent pour l'extrapolation des résultats à l'ensemble des centres hospitaliers en France.

En revanche, concernant les autres caractéristiques de notre population (antécédents, âge, etc.), notre échantillon est comparable aux populations des études antérieures (2,5,23,30).

De plus, notre étude a retrouvé des résultats comparables à la littérature récente concernant l'examen clinique des douleurs abdominales non spécifiques, la sensibilité diagnostique des examens biologiques et de l'imagerie. Malgré notre faible effectif, cela démontre la validité interne de notre travail.

Enfin, du fait de la réalisation de l'étude en conditions réelles, la validité écologique est bonne (36). On peut donc conclure que notre étude a une validité externe élevée pour les patients consultants dans un centre de référence des maladies rares et une validité externe moyenne dans les autres centres.

4.4) Forces de l'étude

Notre étude est, à ma connaissance, la première étude régionale sur les douleurs abdominales non spécifiques aux urgences.

Au niveau national, les dernières études concernant les douleurs abdominales non spécifiques s'intéressaient au devenir du patient (37), ou à la pertinence des examens complémentaires (27,38,39). En revanche, cette étude est, à ma connaissance, la 1^{ère} à s'intéresser aux diagnostics étiologiques des douleurs abdominales non spécifiques.

De plus, notre étude est, à ma connaissance, la première à analyser le rôle d'un médecin interniste en poste aux urgences concernant les patients consultant pour des douleurs abdominales. La description de la population pour laquelle il a été sollicité ainsi que les diagnostics retrouvés sont, à notre connaissance, une 1^{ère} à l'échelle nationale et n'ont fait l'objet d'aucune publication à l'heure actuelle.

Enfin, notre étude permet de démontrer la valeur ajoutée de la coordination pluridisciplinaire aux urgences, entre les médecins urgentistes, chirurgiens et internistes, afin d'aider au diagnostic étiologique des maladies atypiques.

4.5) Perspectives

4.5.1) Prise en charge des douleurs abdominales atypiques

Notre étude ne modifie pas la prise en charge des patients consultants pour douleurs abdominales aux urgences. La priorité de l'examen clinique et des examens complémentaires est de rechercher une pathologie grave ou chirurgicale.

En revanche, une fois ces deux hypothèses éliminées, notre étude confirme la sensibilité diagnostique du scanner abdominal injecté dans les douleurs abdominales non spécifiques, a fortiori en présence d'un syndrome inflammatoire avec une CRP > 50 mg/l.

4.5.2) Dépistage des maladies rares

De plus, notre étude suggère que, parmi les patients ayant une DANS, la présence d'un syndrome inflammatoire modéré avec une CRP supérieure à 3 mg/l et inférieure à 50 mg/l est un facteur de risque d'un diagnostic atypique. Pour cette sous population, il conviendrait de refaire une étude prospective, en adressant de manière systématique ces patients à un médecin interniste. L'objectif serait de poursuivre les investigations, afin d'étudier la prévalence des pathologies rares sous-jacentes dans cette sous population.

De même, il serait intéressant de refaire une étude rétrospective concernant les autres motifs d'avis aux urgences du médecin interniste du pôle de l'urgence. L'objectif serait de déterminer pour chaque situation clinique des critères orientant vers des diagnostics atypiques, et de ce fait de diminuer l'errance diagnostique de ces malades.

4.5.3) Etude de la complémentarité interdisciplinaire

Enfin, cette étude montre l'intérêt de la complémentarité interdisciplinaire aux urgences, afin d'épauler le médecin urgentiste dans les situations complexes. Il serait intéressant d'étudier l'apport de cette complémentarité pour d'autres pathologies, par exemple en neurologie, ou en endocrinologie.

VI. CONCLUSION

Notre étude ne modifie pas la prise en charge initiale des patients consultant pour douleurs abdominales. Celle-ci doit toujours débiter par un interrogatoire précis, puis un examen clinique complet (6). De même, notre étude montre qu'un bilan biologique standard associé à un bilan hépatique et pancréatique sont les premiers éléments paracliniques indispensables pour l'orientation diagnostique.

En revanche, à l'issue de cette prise en charge, notre étude suggère qu'en l'absence d'élément clinique d'orientation, et en présence d'une douleur abdominale intense ($EVA \geq 6$), l'examen d'imagerie à réaliser en 1^{er} intention est le scanner abdominal injecté. Notre étude confirme sa sensibilité diagnostique dans les DANS, a fortiori en présence d'une CRP > 50 mg/l (Se 73%).

De plus, notre étude suggère que le dosage de la CRP est un élément d'orientation important dans la prise en charge des patients consultant pour douleurs abdominales atypiques. Une CRP négative orienterait vers un diagnostic commun, alors qu'une CRP faiblement positive serait un des éléments pouvant orienter vers une pathologie atypique.

Ensuite, notre étude démontre qu'un antécédent de maladie atypique n'est pas un facteur de risque de diagnostic atypique chez les patients consultant pour douleurs abdominales. Cette sous population doit donc être prise en charge par les médecins urgentistes indifféremment de la population générale.

Enfin, notre étude met en évidence la difficulté du diagnostic étiologique des douleurs abdominales atypiques aux urgences, et la variété des pathologies systémiques à laquelle les urgentistes sont confrontés, avec des moyens d'investigations limités. Notre étude démontre que la coordination pluridisciplinaire aux urgences entre médecins urgentistes, chirurgiens et internistes permet d'étayer ces diagnostics étiologiques, et de diagnostiquer des pathologies atypiques.

Bibliographie

1. Epidémiologie en ville. OMG [Internet]. [cité 20 nov 2016]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
2. Pierrard O, Delmas G, Weissenbach A, Zemmouche P, Weiss B, Gillet P, et al. Épidémiologie et prise en charge de la douleur abdominale aiguë non traumatique (DA) au service des urgences (SU). *J Eur Urgences*. 1 mars 2008;21.
3. Société Française de Médecine Générale. Un réseau épidémiologique en accès libre sur Internet : l'Observatoire de la Société Française de Médecine Générale prend une nouvelle dimension [Internet]. 2004 [cité 20 mars 2018]. Disponible sur: http://omg.sfm.org/content/com/sfm_dp.pdf
4. Emanuel MOREL MARECHAL. Prise en charge initiale des douleurs abdominales : différences de pratique entre médecine générale de ville et services d'accueil des urgences hospitaliers. 15 déc 2015;
5. Delage C, Segondy M. Evaluation de la prescription de l'imagerie dans la prise en charge de la douleur abdominale aiguë non traumatique: étude rétrospective de 1019 patients admis au Service d'accueil des urgences du CHU de Nancy. France; 2007.
6. L. Chiche, E. Roupie, P. Delassus. Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences [Internet]. [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: http://andre.ar.free.fr/chir2_complement.pdf
7. Fédération des Observatoires Régionaux de l'Urgence: Panorama des Urgences 2015 [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/11/FEDORU_Panorama_2015_Pleniere_18_11_2016_SANS_ANIMATION.pdf
8. 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*. sept 1982;144(3):338- 40.
9. C. CHOQUET, J. BERNARD, A. BERTHOUMIEU, L. COLOSI. SFMU.Les douleurs abdominale qui masquent une pathologie extra-digestive.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2017]. Disponible sur: http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Les_douleurs_abdominales_qui_masquent_une_pathologie_extra-digestive.pdf
10. CHRU Lille. La permanence des soins [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.chru-lille.fr/urgences/index.html>

11. H. Lévesque, P. Godeau. Qu'est-ce que la Médecine Interne ? | SNFMI [Internet]. [cité 21 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.snfmi.org/content/quest-ce-que-la-medecine-interne>
12. CHRU Lille. Centres de référence maladies rares [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.chru-lille.fr/medecine-ville/maladies-rares/index.html>
13. Loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée | CNIL [Internet]. [cité 25 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/loi-78-17-du-6-janvier-1978-modifiee>
14. Orphanet. Orphanet: À propos des maladies rares [Internet]. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Education_AboutRareDiseases.php?lng=FR
15. H. Lévesque. Profession: interniste [Internet]. 2002 [cité 26 mars 2018]. 411- 4 p. (Rev Med Interne). Disponible sur: <http://www.snfmi.org/content/quest-ce-que-la-medecine-interne>
16. ORUMIP. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée [Internet]. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
17. Collégiale des Universitaires en Hépatogastro-Entérologie. Les Fondamentaux de la Pathologie Digestive [Internet]. 2014^e éd. E.Masson; [cité 5 mars 2017]. Chapitre 19, pages 1-7. Disponible sur: http://www.snfge.org/sites/default/files/SNFGE/Formation/chap-19_fondamentaux-pathologie-digestive_octobre-2014.pdf
18. SFMU. Evaluation de la prise en charge des douleurs abdominales ou lombaires en médecine d'urgence. Etude EpiABDO [Internet]. 2016 [cité 28 janv 2018]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/50_recherche/2_iru/protocole-epiabdo_iru-2017.pdf
19. Hopitaux Universitaires de Genève. Douleurs abdominales chroniques et syndrome de l'intestin irritable [Internet]. [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/nfos_soignants/douleurs_abdominales_chroniques_2010df.pdf
20. Moll van Charante EP, de Jongh TOH. [Physical examination of patients with acute abdominal pain]. Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2658.
21. Netgen. Examen de l'abdomen : et si nous refaisons nos gammes ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 19 août 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-537/Examen-de-l-abdomen-et-si-nous-refaisons-nos-gammes>
22. HAUSFATER P. Procalcitonine ou CRP: quelle utilisation rationnelle en médecine d'urgence de deux biomarqueurs de l'inflammation et de l'infection?

23. Dubuisson V, Voïglio E j., Grenier N, Le Bras Y, Thoma M, Launay-Savary M v. Mise au point: L'imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte. *Imaging Non-Trauma Abdom Emergencies Adults Engl*. 1 déc 2015;152(Supplement):S3- 11.
24. P. Guerrini. *Pathologies Abdominales non traumatiques*. 2002;37.
25. Sanharawi ME, Naudet F. Comprendre la régression logistique. /data/revues/01815512/v36i8/S0181551213002490/ [Internet]. 5 oct 2013 [cité 3 avr 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/842576>
26. CNIL. Services en ligne | Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés [Internet]. [cité 13 août 2018]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/services-en-ligne>
27. Ferouelle A. Douleurs abdominales non traumatiques de l'adulte : étude de la discordance diagnostique entre service d'accueil des urgences et service d'aval et des facteurs l'influençant [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 16 juin 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2031/>
28. Pr. Rached Letaief – Pr Fethi Derbal. Douleurs abdominales vues aux urgences [Internet]. 2014 [cité 19 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/seformer/cours/54-doul-abd.html>
29. Khoury-Hélou A, Zerbib P. Douleurs abdominales aiguës. [Ressource électronique] : le point de vue du chirurgien. Paris : Springer Paris : Springer e-books, 2009.; 2009. (Medicine (Springer-11650)).
30. Winter M. 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 [Internet]. 2015 [cité 25 juin 2018]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3771>
31. Bernard J. Pancréatites médicamenteuses [Internet]. [cité 25 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/69.pdf>
32. Association française FMC-HGE. [Atelier] Douleurs abdominales difficiles [Internet]. 2012 mars [cité 20 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2012-paris/textes-postu-2012-paris/atelier-douleurs-abdominales-difficiles/>
33. Cartwright SL, Knudson MP. Diagnostic imaging of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*. 1 avr 2015;91(7):452- 9.
34. Duhaut P, Berliat I, Boutin D, Pellet H, Ducroix JP, Piette JC. Bilan d'amaigrissement en médecine interne orientations étiologiques et facteurs prédictifs de cancer. /data/revues/02488663/002300S1/02800844/ [Internet]. [cité 3 juill 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/32663>

-
35. Netgen. Les scores de prédiction clinique : définition, dérivation, validation et limites [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2001/RMS-2366/21703>
 36. IRDP. Validité écologique :: IRDP :: Institut de recherche et de documentation pédagogique [Internet]. Disponible sur: <https://www.irdp.ch/institut/validite-ecologique-2182.html>
 37. Florant T. Le devenir des patients non hospitalisés présentant des douleurs abdominales après leur passage aux urgences [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2006.
 38. Champeme C. les douleurs abdominales non spécifiques [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2000.
 39. Cenac-Millet I. Proposition d'outils statistiques pour améliorer, par la tomodensitométrie, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Application aux douleurs abdominales aiguës: application aux douleurs abdominales aiguës [Thèse de doctorat]. [2015-....., France]: Université de Montpellier; 2015.

AUTEUR : Nom : TABOURIN

Prénom : Pierre - Emmanuel

Date de Soutenance : 01 octobre 2018

Titre de la Thèse : Diagnostic étiologique des douleurs abdominales atypiques aux urgences du CHU de Lille : étude rétrospective entre avril 2013 et septembre 2016.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Urgence

DES + spécialité : Médecine Générale - Urgence

Mots-clés : Douleurs abdominales atypiques, maladies rares, diagnostic difficile

Résumé :

Contexte : Les douleurs abdominales sont un motif fréquent de consultation aux urgences en France, dont l'étiologie reste indéterminée dans 28 à 40% des cas. Au CHU de Lille, un médecin interniste était disponible à mi temps pour aider à la prise en charge diagnostique et thérapeutique des situations complexes.

Méthode : Étude descriptive observationnelle rétrospective monocentrique des patients consultant aux urgences adultes du CHU de Lille entre avril 2013 et septembre 2016 pour douleurs abdominales atypiques. L'objectif principal était de décrire la population ayant été orientée vers un médecin interniste, et pour lequel un diagnostic étiologique a été déterminé. Les objectifs secondaires étaient d'étudier leur prise en charge aux urgences, de décrire les diagnostics finaux, et de rechercher les déterminants cliniques ou paracliniques orientant vers des diagnostics atypiques.

Résultats : 91 patients consultant pour douleurs abdominales ont bénéficié d'un avis par un Médecin Interniste, et 63 ont été inclus dans l'étude. 30% des patients inclus avaient un antécédent de maladie suivie en services spécialisés. L'examen abdominal était non contributif pour 42% des patients, et l'examen physique général était sans particularité pour 83% des patients. 62 patients (98%) ont bénéficié d'un bilan biologique, et 45 (48%) d'une imagerie en urgence. Au total, 37 diagnostics atypiques (59%) ont été diagnostiqués dans cette population : 17 maladies inflammatoires, 8 pathologies infectieuses, 5 pathologies tumorales et 7 autres diagnostics rares ; contre 26 diagnostics communs (41%). Le dosage de la CRP était le seul élément d'orientation statistiquement significatif entre le groupe pathologie atypique et le groupe pathologie commune. Notre étude suggère qu'une CRP supérieure à 3 mg/l et inférieure à 50 mg/l est un facteur de risque d'un diagnostic atypique.

Conclusion : La poursuite des investigations paracliniques et la coopération multidisciplinaire entre médecins urgentistes, chirurgiens et internistes a permis de diagnostiquer des pathologies atypiques chez des patients consultant aux urgences pour douleurs abdominales.

Composition du Jury :

Président : M. le Professeur Eric WIEL

Asseseurs :

- M. le Professeur Philippe ZERBIB
- M. le Professeur Marc LAMBERT
- Mme. le Docteur Sandrine MORELL - DUBOIS