

UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

ANNEE 2001

N°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Avec Qualification en Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le
A CRETEIL (PARIS XII)

Par

Madame GAILLARD-BENAOUM Anne-Marie

Née le 16 Mars 1968 à Rouen (76)

TITRE : LES MEDECINS ET LES CHIRURGIENS VISCERAUX ONT-ILS LES
MEMES ATTITUDES DE SOINS CHEZ LES PATIENTS PRESENTANT DES DOULEURS
ABDOMINALES AIGUES AUX URGENCES ?

ETUDE PROSPECTIVE MONOCENTRIQUE.

DIRECTEUR DE THESE :

M. le docteur Vincent FOURESTIE

LE CONSERVATEUR DE LA

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature du Directeur

De thèse

Cachet de la bibliothèque

universitaire

.....

Je tiens à présenter mes plus sincères remerciements :

A Monsieur le Docteur Vincent FOURESTIE

qui m'a fait l'honneur d'être mon directeur de thèse.

Merci pour sa compétence, sa disponibilité et sa grande patience.

Je dédie ce travail :

A mon mari Brahim avec tout mon amour.

A mes parents, grâce à qui j'ai pu faire mes études de médecine.

A ma fille Leyla et je l'espère à mes futurs enfants.

A toute ma famille, en particuliers à mes grands parents.

A mes amies Alima et Rina.

A l'Algérie, chère à mon coeur.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION : p.7.

MATERIEL ET METHODE : p.9.

A) MATERIEL : p.9.

B) METHODE : p.9.

I. PROTOCOLE D'ETUDE : p.9.

1) TYPE D'ETUDE : p.9.

1.1) Objectifs d'étude : p.9.

2) CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION : p.10.

2.1) Critères d'inclusion : p.10.

2.2) Critères d'exclusion : p.10.

3) PRISE EN CHARGE MEDICALE ET DESCRIPTION DE LA FICHE D'AIDE AU DIAGNOSTIC : p.10.

4) SUIVI DES SOINS :p.13.

II. CRITERES DE JUGEMENT : p.14.

III. ANALYSE STATISTIQUE : p.14.

RESULTATS : p.15.

A) POPULATION ETUDIEE : p.15.

I. REPARTITION AGE ET SEXE : p.15.

II. ANNALYSE DES DOSSIERS : p.15.

III. ANNALYSE DU RESULTAT DES FICHES D'INCLUSION : p.16.

B) DEVENIR DES PATIENTS : p.16.

I. ADMIS/NON ADMIS : p.16.

II. INTERVENTION CHIRURGICALE ET DELAI D'INTERVENTION : p.16.

III. REPARTITION DES DIAGNOSTICS : p.17.

C) CONCORDANCE DE PRISE EN CHARGE : p.20.

I. Y-A-T-IL INDICATION A UNE HOSPITALISATION ?p.20.

II. SURVEILLANCE MEDICALE /SURVEILLANCE CHIRURGICALE : p.21.

III. Y-A-T-IL INDICATION A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ? p.22.

DISCUSSION : p.23.

CONCLUSION : p.27.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES : p.28.

ANNEXES : p.30.

Annexe I : Abord d'un malade souffrant d'une douleur abdominale aux urgences
: recommandations générales : p.30.

Annexe II : Etude de prise en charge des douleurs abdominales aux urgences.
Fiche d'inclusion médicale : p.31.

Annexe III : Etude de prise en charge des douleurs abdominales aux urgences.
Fiche d'inclusion chirurgicale : p.32.

Annexes IV : Aide au diagnostic des douleurs abdominales aiguës <1 semaine : p.33 à 35..

Annexe V : A l'attention des consultants : p.36.

INTRODUCTION

Les douleurs abdominales sont un motif relativement fréquent de recours aux soins dans les services d'accueil et d'urgences, 5% à 6% selon les études (**3, 12, 14**).

Les étiologies de ces douleurs abdominales sont très variées : cardio-vasculaires, endocriniennes, pulmonaires, gynécologiques, viscérales, urologiques ou psychogènes. La plainte des patients est souvent importante et le soulagement qu'ils attendent doit être rapide et durable.

Mais alors que pour de nombreuses pathologies d'urgences un protocole de prise en charge par le médecin peut être instauré (douleurs thoraciques, coliques néphrétiques, infections urinaires hautes ou basses), pour d'autres et en particuliers les douleurs abdominales, les choses sont beaucoup moins tranchées. Parmi les imprécisions persistantes, figurent les indications du recours à l'avis d'un chirurgien viscéral. Pour certains services, ce recours doit être systématique devant toute douleur abdominale, pour d'autres il peut-être limité aux indications portées par le médecin responsable de l'accueil des Urgences.

La demande d'un avis chirurgical prolongeant souvent l'attente des patients aux urgences (le chirurgien est souvent occupé au bloc, au staff ou en consultation), il nous est apparu logique de préciser si cette attente était justifiée pour toutes les douleurs abdominales aiguës. Il se pose donc la question de déterminer quelle est la meilleure politique de service entre ces deux attitudes pour la prise en charge des douleurs abdominales aiguës dans un service d'urgence. Nous nous proposons d'étudier dans ce travail les attitudes actuelles des médecins d'urgence et des chirurgiens viscéraux dans la prise en charge des douleurs abdominales aiguës aux urgences. Nous nous sommes particulièrement intéressés à la concordance des attitudes de soins entre médecins urgentistes et chirurgiens viscéraux dans un centre d'urgence. Dans cette étude nous ne retiendrons que les douleurs survenant chez les adultes (>15ans), depuis moins de 8 jours.

Nous décrirons tout d'abord les caractéristiques de la population et son devenir (diagnostic, hospitalisation, intervention, ...).

Dans un second temps nous étudierons la concordance d'attitude entre chirurgiens viscéraux et médecins des urgences pour les critères de jugement suivants :

- Hospitalisation oui/non, si oui
- Surveillance médicale/ surveillance chirurgicale
- Intervention chirurgicale en urgence oui/non.

MATERIEL ET METHODE

A) MATERIEL

L'étude qui nous concerne s'est déroulée au département des Urgences de l'hôpital H.Mondor à CRETEIL, sur une période de 78 jours entre le 14/11/95 et le 30/01/96.

B) METHODE

I. PROTOCOLE D'ETUDE

1) TYPE D'ETUDE

C'est une étude de cohorte, ouverte, prospective, monocentrique.

1.1) Objectifs d'étude

L'objectif de cette enquête est d'étudier la concordance d'attitude entre les médecins d'urgence et les chirurgiens viscéraux dans la prise en charge des patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë.

Le critère de jugement principal est la décision d'hospitalisation.

Les critères de jugement secondaires sont, le type de surveillance (médicale ou chirurgicale) et l'indication d'une intervention chirurgicale en urgence.

Par ailleurs les diagnostics des douleurs abdominales aiguës sont recueillis.

2) CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

2.1) Critères d'inclusion

Pour cette étude une douleur abdominale est définie par la présence d'une sensation douloureuse évoluant depuis moins de 8 jours et située dans un point quelconque de l'abdomen, depuis la région sous-diaphragmatique jusqu'à la région pelvienne comprise ; en incluant les douleurs lombaires, mais à l'exception des douleurs rachidiennes.

Sont inclus tous les patients consécutifs se présentant à l'accueil des urgences du site concerné pendant le temps de l'étude et présentant une douleur abdominale ayant les caractéristiques définies plus haut et identifiée par les médecins d'accueil des urgences.

2.2) Critères d'exclusion

Ne sont pas incluses : les douleurs exclusivement rachidiennes définies par leur siège rachidien, leur déclenchement ou leur aggravation par la mobilisation ou la pression rachidienne, et/ou leurs irradiations de topographies radiculaires ou tronculaires extra-abdominales ; les douleurs évoluant depuis plus de 8 jours.

3) PRISE EN CHARGE MEDICALE INITIALE AUX URGENCES ET DESCRIPTION DE LA FICHE D'AIDE AU DIAGNOSTIC

Tous les patients inclus dans l'étude sont examinés successivement par un médecin d'urgence et par un chirurgien viscéral. Les modalités des examens en vigueur dans le site d'urgence, pendant la durée de l'étude, sont conformes aux recommandations générales de prise en charge des douleurs abdominales exposées en annexe I.

Le déroulement de la prise en charge médicale s'effectue comme suit. Les patients se présentant pour une douleur abdominale à l'accueil des urgences de l'hôpital Henri MONDOR pendant la durée de l'étude sont examinés par le médecin d'urgence. Une fiche d'inclusion (Annexe II) indiquant les données d'identité du patient est remplie par le médecin d'urgences pour tout patient identifié par lui comme présentant une douleur abdominale.

Les actes cliniques (d'exploration ou thérapeutiques) et les examens de biologie ou d'imagerie jugés nécessaires sont effectués sur l'initiative du médecin d'urgence.

Les résultats des actes de soins et des examens complémentaires effectués pour un patient donné sont consignés au dossier suivant les démarches habituelles à l'accueil des urgences et selon la Fiche d'Aide au Diagnostic des Douleurs Abdominales (7) (annexes IV).

Une hypothèse diagnostique principale est indiquée par le médecin d'urgence et retranscrite sur la fiche d'inclusion (annexe II). Des diagnostics secondaires sont indiqués s'ils sont jugés appropriés.

Les décisions de prise en charge médicale sont formulées par le médecin d'urgence en 3 points :

- 1- Y-a-t-il une indication à une hospitalisation ? oui/non.et dans l'affirmative
- 2- Préciser la nature médicale ou chirurgicale de la surveillance indiquée.
- 3- Y-a-t-il une indication à une intervention chirurgicale en urgence oui/non ?

Les réponses à ces questions servent de critères de jugement de l'attitude médicale du médecin d'urgence. Ces critères de jugement sont indiqués sur la fiche d'inclusion (annexe II) établie avant l'examen du chirurgien. Celle ci est conservée par le médecin d'urgence.

Tous les patients inclus sont examinés par un chirurgien viscéral. Celui-ci est préalablement informé du déroulement de l'étude et du caractère protocolaire de l'examen du malade. Usuellement ce chirurgien est l'interne de chirurgie viscérale disponible sur appel du médecin d'urgence. Si nécessaire et sur l'initiative de l'interne de chirurgie viscérale, il est fait appel au chef de clinique de chirurgie viscérale de garde. Les données cliniques du dossier sont présentées au chirurgien viscéral par le médecin d'urgence. Les résultats des différents examens complémentaires sont présentés au chirurgien viscéral sur sa demande. De nouveaux examens complémentaires sont réalisés s'il le souhaite. Au terme de son examen le chirurgien viscéral formule une hypothèse diagnostique. Celle-ci est consignée au dossier et retranscrite sur une fiche d'inclusion chirurgicale (annexe III).

Les décisions de prise en charge du chirurgien sont formulées en 3 points :

- 1) Y-a-t-il indication à une hospitalisation ? oui/non et dans l'affirmative
- 2) Précisez la nature médicale ou chirurgicale de la surveillance indiquée.
- 3) Y-a-t-il une indication à une intervention chirurgicale en urgence ? oui/non

Les réponses à ces questions servent de critères de jugement de l'attitude du chirurgien viscéral. Ces critères de jugement sont indiqués sur une fiche d'inclusion. Cette fiche (annexe III) est conservée par le chirurgien viscéral.

FICHE D'AIDE AU DIAGNOSTIC DES DOULEURS ABDOMINALES AIGUËS

Flamant Y (7) (Annexes IV)

Cette fiche très détaillée permet de conduire en toute logique l'examen clinique et de ne pas oublier un point particulier. Ce questionnaire doit être rempli lors de l'examen du malade aux Urgences.

Cette fiche comporte plusieurs parties

a) l'analyse de la douleur :

permettant de localiser la douleur, son irradiation et d'apprécier la durée de cette douleur, de rechercher des facteurs d'exacerbation ou de soulagement et de mesurer son intensité (poursuite d'une activité possible ou non).

b) autres symptômes

divers : vomissements répétés, lipothymies, hémorragies digestives ;
troubles du transit
type de mictions normales ou non
troubles gynécologiques.

c) antécédents :

douleurs identiques anciennes >8 jours ? oui-non
antécédents médicaux abdominaux
antécédents cardiaques
facteurs déclenchants : alcool, aliments, médicaments.

- d) examen clinique réalisé aux urgences avec les paramètres physiologiques notées (température, pouls, tension artérielle).
Cet examen doit être détaillé et précis : palpation, percussion, auscultation, touchers pelviens. Cet examen clinique est renouvelé 4 à 6 H après l'examen initial.
Un diagnostic est proposé avant le résultat des examens complémentaires.
- e) résultats des examens de laboratoire facultatifs
- f) résultat de l'imagerie médicale (dans les 12 premières heures).

Un diagnostic est proposé après le résultat des examens complémentaires et une décision thérapeutique est prise et notée sur cette fiche.

4) SUIVI DES SOINS

Pour les malades hospitalisés, un relevé de dossier est fait après leur sortie. Le compte-rendu d'hospitalisation et le cas échéant le compte-rendu opératoire sont relevés. Pour les malades non hospitalisés une enquête téléphonique ou par courrier est réalisée dès le 8ème jour après leur consultation (à noter que les patients inclus sont informés de l'étude, dès leur consultation, par un formulaire (Annexe V).

En raison de la nature du relevé des caractéristiques de l'étude (pure étude d'observation), il n'a pas été nécessaire de demander l'avis du Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB).

II. CRITERES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal de cette étude est la concordance des attitudes thérapeutiques indiquées indépendamment par les médecins d'urgence et par les chirurgiens viscéraux pour les mêmes malades. La concordance est mesurée pour chaque malade sur : 1-la nécessité d'une hospitalisation, et 2-dans l'affirmative, la nature médicale ou chirurgicale de la surveillance, et 3-la nécessité d'une intervention chirurgicale en urgence

L'efficacité de la prise en charge médicale du Service des Urgences est estimée sur la base des résultats du suivi.

III. ANALYSE STATISTIQUE

Pour chacun des critères de jugement, les fiches d'inclusion médicale et chirurgicale ont été étudiées. Un tableau de concordance a été dressé pour chacun de ces critères sur l'ensemble des cas où les fiches d'inclusion médicale et chirurgicale étaient disponibles.

L'analyse du critère de jugement principal et des critères de jugement secondaires est faite par le test kappa (**5, 6**), qui mesure l'accord entre deux juges. Il est calculé par le rapport de la proportion d'agréments inter-observateurs (Po) corrigée du hasard (Pc), à la proportion d'agréments maximale corrigée du hasard (1-Po) : $K = (Po - Pc) / (1 - Pc)$. Les résultats de ces tests kappa sont exprimés suivant le tableau ci-dessous.

Table de résultats

Accord	Kappa
Très bon	>0.81
Bon	0.80 - 0.61
Modéré	0.60 - 0.41
Médiocre	0.40 - 0.21
Mauvais	0.20 - 0
Très mauvais	<0

RESULTATS

A) POPULATION ETUDIEE

L'étude a comporté 319 inclusions de patients consultant pour douleurs abdominales aiguës dont 184 hospitalisations.

Durant l'étude, 6447 patients toute pathologie confondue ont consulté aux Urgences d'H.MONDOR (urgences médicales, traumatologie et orthopédie) ; il y a eu 2259 admissions soit 35 % des consultations.

Les douleurs abdominales représentent donc dans notre série 5 % des consultations d'urgence et 8% des hospitalisations.

I. REPARTITION AGE ET SEXE

La population de cette étude se répartit comme suit : 179 Femmes (56% de la population totale) et 140 Hommes (44% de la population totale). L'âge moyen de cette population est de 43,5 ans (avec un écart type de 20,3 ans) ; l'âge moyen pour les femmes est de 42,9 ans (écart type de 21,1) et celui des hommes de 44,1 ans (écart type de 19,2 ans).

Rappelons que les enfants de moins de 15 ans sont exclus de cette étude.

II. ANNALYSE DES DOSSIERS

Sur les 319 patients inclus, 21 n'ont pu être contactés par courrier ou par téléphone et sont perdus de vue (7% des 319 consultants, 17% des non-admis), 3 n'ont pas de dossier médical retrouvé aux archives.

A noter que 6 patients ont chacun consulté deux fois et ont été inclus à chaque consultation.

III. FICHES D'INCLUSION

Sur les 319 patients inclus, 305 ont une fiche d'inclusion médicale (96%) dont 204 ont leurs 3 items remplis (64%), 101(32%) ont 1 ou plusieurs item(s) manquant(s). 278 ont une fiche d'inclusion chirurgicale (87%) dont 213 ont leurs 3 items remplis (66.7%), 41 (20.3%) ont 1 ou plusieurs item(s) manquant(s).

B) DEVENIR DES PATIENTS

I. ADMIS/NON ADMIS

Pendant la durée de notre enquête, 184 patients présentant des douleurs abdominales aiguës sont admis au décours de leur consultation aux urgences (à noter qu'1 patient a fugué 24 heures après son hospitalisation).

Cet effectif représente :

- 58% des consultants pour douleur abdominale aiguë,
- 8% de la totalité des patients hospitalisés pendant la même période.

135 patients souffrants de douleur abdominale aiguë ne sont pas admis (42%).

Parmi les 184 patients hospitalisés, 54 ont été admis en milieu médical (29% des patients admis) et 130 ont été admis en milieu chirurgical (71% des patients admis).

II. INTERVENTION CHIRURGICALE ET DELAI D'INTERVENTION

Parmi les patients hospitalisés de notre enquête, 71 sont opérés (39% des patients admis, 22% des 319 consultants inclus) dont 44 (62% des opérés) dans les 24 premières heures.

La répartition des délais d'intervention chirurgicale apparaît au tableau I.

TABLEAU I. Délai entre la consultation d'urgence et l'intervention chirurgicale pour les patients consultants aux urgences pour douleur abdominale aiguë.

Délai	Nombre de patients opérés
Immédiat	16
à 24H	27
à 48H	8
de J4 à J10	10
de J11 à J14	4
de J15 à J30	4
différé	2
total	71

III. REPARTITION DES DIAGNOSTICS

Les diagnostics des douleurs abdominales aiguës des consultants ont été retenus sur des critères différents suivant que ces consultants avaient été admis ou non-admis.

Chez les patients admis, les diagnostics retenus étaient ceux figurants dans leur dossier médical (Compte-rendu d'Hospitalisation, compte-rendu Opératoire).

Chez les patients non-admis, les diagnostics sont retenus après une enquête téléphonique ou postale auprès des patients, à distance de leur première consultation aux urgences. Soit le diagnostic posé aux urgences est secondairement confirmé et est retenu, soit de nouveaux événements sont survenus (nouvelle consultation, examens complémentaires) et le diagnostic est alors celui posé après ces nouveaux avis.

Ainsi la répartition des diagnostics est résumée dans le tableau II. Ce tableau indique que le diagnostic le plus fréquemment rencontré est la Douleur Non Spécifique (DNS) dans 20% des cas. Loin derrière, se trouve un groupe de 7 pathologies survenant dans des proportions égales (6 à 7%). Les autres pathologies abdominales représentent 14% des douleurs abdominales aiguës : les plus fréquentes sont, les troubles gynécologiques (12), les cancers digestifs (8), les hernies digestives (8) et les péritonites (5).

TABLEAU II. Répartition des diagnostics portés chez des patients consultants pour douleur abdominale aiguë aux urgences.

DIAGNOSTICS	N	%
Douleurs abdominales non spécifiques	63	20%
Autres pathologies abdominales	44	14%
Syndromes occlusifs	24	7%
Pathologies biliaires	22	7%
Troubles fonctionnels	22	7%
Coliques néphrétiques	21	7%
Syndromes appendiculaires	19	6%
Gastro-entérites et intoxications alimentaires	18	6%
Pathologies ulcéreuses	18	6%
Pathologies extra abdominales	13	4%
Pancréatites	12	4%
Infections Urinaires	11	3%
Gastrites	8	2%
Inconnus	24	7%
TOTAL	319	

TABLEAU II Bis. Répartition des pourcentages d'admission et d'intervention chirurgicale pour chacun des diagnostics portés aux urgences chez des patients consultants pour douleur abdominale aiguë aux urgences.

DIAGNOSTICS	N	ADMISSIONS		INTERVENTIONS CHIRURGICALES	
		N	%	N	%
Douleurs abdominales non spécifiques	63	20	32%	2	3%
Autres pathologies abdominales	44	36	82%	22	50%
Syndromes occlusifs	24	22	92%	9	37.5%
Pathologies biliaires	22	20	91%	14	64%
Troubles fonctionnels	22	10	45%	0	0%
Coliques néphrétiques	21	12	57%	2	9.5%
Syndromes appendiculaires	19	18	95%	14	74%
Gastro entérites et intoxications alimentaires	18	5	28%	0	0%
Pathologies ulcéreuses	18	7	39%	3	17%
Pathologies extra abdominales	13	12	92%	1	8%
Pancréatites	12	10	83%	2	17%
Infections urinaires	11	5	45%	1	9%
Gastrites	8	3	37.5%	1	12.5%
Inconnus	24	4*	17%	0	0%
Total	319	184	57.7%	71	22%

*Les 4 patients hospitalisés avec un diagnostic inconnu concernent les 3 dossiers non retrouvés et le patient ayant fugué.

C) CONCORDANCE DE PRISE EN CHARGE

Nous allons maintenant étudier la concordance entre les médecins et les chirurgiens viscéraux pour la prise en charge des patients se présentant aux urgences pour douleur abdominale aiguë.

La concordance de prise en charge est étudiée suivant les réponses des médecins et des chirurgiens aux questions suivantes :

Le critère de jugement principal est :

1) Y-a-t-il indication à une hospitalisation ? oui/non.

Les critères de jugements secondaires sont

2) Dans l'affirmative d'une hospitalisation, précisez la nature de la surveillance indiquée
Surveillance médicale/Surveillance chirurgicale.

3) Y-a-t-il indication à une intervention chirurgicale en urgence ? oui/non.

I. Y-A-T-IL INDICATION A UNE HOSPITALISATION ?

Pour ce critère de jugement, nous disposons de 225 fiches d'inclusion médicale et de 219 fiches d'inclusion chirurgicale.

Pour juger la concordance des médecins et des chirurgiens viscéraux sur ce critère nous disposons de 219 fiches.

La répartition des avis des médecins et des chirurgiens viscéraux sur l'indication d'une hospitalisation est résumée dans le tableau III.

TABLEAU III. Répartition des avis des médecins et des chirurgiens viscéraux sur l'hospitalisation des patients présentant une douleur abdominale aiguë aux urgences.

INDICATION D'HOSPITALISATION		Avis Des Chirurgiens		Total
Avis Des Médecins		Oui	Non	
	Oui	123	4	127
	Non	13	79	92
Total		136	83	219

Suivant ce tableau le résultat du test KAPPA est de 0.84+/-0.07. Ce résultat indique une très bonne concordance entre les médecins et les chirurgiens viscéraux pour ce critère de jugement. Le taux de concordance est de 92% et le taux de discordance de 8%

Les médecins ont répondu OUI à l'indication d'Hospitalisation dans 58% des cas et les chirurgiens dans 62% des cas.

II. SURVEILLANCE MEDICALE /SURVEILLANCE CHIRURGICALE

Les médecins et les chirurgiens viscéraux ne précisaient la nature de la surveillance que s'ils répondaient OUI à l'indication d'Hospitalisation.

Pour ce critère de jugement le nombre de fiches d'Inclusion disponibles est de 130 pour les médecins et de 135 pour les chirurgiens viscéraux. Dans 119 cas les 2 fiches d'Inclusion sont disponibles.

La répartition des avis des médecins et des chirurgiens viscéraux sur la nature de la surveillance des patients hospitalisés est exposée dans le tableau IV.

TABLEAU IV. Répartition des avis des médecins et des chirurgiens viscéraux sur la nature de la surveillance des patients présentant une douleur abdominale aiguë aux urgences et hospitalisés.

NATURE DE LA SURVEILLANCE		Avis Des Chirurgiens		Total
		Surveillance Médicale	Surveillance Chirurgicale	
Avis Des Médecins	Surveillance Médicale	20	8	28
	Surveillance chirurgicale	11	80	91
Total		31	88	119

Suivant ce tableau le résultat du test KAPPA est de 0.57 +/- 0.09. Ce résultat indique une concordance modérée entre les médecins et les chirurgiens viscéraux pour ce critère de jugement. Le taux de concordance est de 84% et le taux de discordance de 16%.

Les médecins proposent la surveillance médicale dans 24% des cas et la surveillance chirurgicale dans 76% des cas. Les chirurgiens viscéraux proposent la surveillance médicale dans 25% des cas et la surveillance chirurgicale dans 75% des cas.

La surveillance chirurgicale est proposée de façon majoritaire par les médecins et les chirurgiens viscéraux. Bien que les pourcentages des surveillances médicale et chirurgicale paraissent proches, ils ne sont pas concordants pour un même malade.

III. Y-A-T-IL INDICATION A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE ?

Pour ce critère de jugement, nous disposons de 221 fiches d'inclusion médicales et de 226 fiches d'inclusion chirurgicales. Dans 213 cas les 2 fiches d'inclusion sont disponibles.

La répartition des avis des médecins et des chirurgiens viscéraux sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale est exposée dans le tableau V.

TABLEAU V. Répartition des avis des médecins et des chirurgiens viscéraux sur l'indication d'une intervention chirurgicale en urgence chez des patients présentant une douleur abdominale aiguë aux urgences.

INDICATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE		Avis Des Chirurgiens		Total
		Oui	Non	
Avis Des Médecins	Oui	14	9	23
	Non	11	179	190
Total		25	188	213

Suivant ce tableau le résultat du test KAPPA est de 0.53 +/- 0.07. Ce résultat indique une concordance modérée entre médecins et chirurgiens viscéraux pour ce critère de jugement.

Le taux de concordance est de 91% et le taux de discordance de 9%.

Les médecins ont répondu OUI à l'indication d'intervention dans 11% des cas et les chirurgiens viscéraux ont répondu OUI dans 12% des cas. Le NON à l'indication d'intervention chirurgicale est majoritaire chez les médecins et les chirurgiens viscéraux. Bien que les pourcentages de OUI et de NON soient proches, ils ne portent pas toujours sur les mêmes patients.

DISCUSSION

Les douleurs abdominales aiguës relèvent très fréquemment d'une prise en charge chirurgicale. Cependant l'organisation de leur prise en charge aux urgences reste difficile. Les chirurgiens viscéraux en effet doivent partager leur temps entre le bloc opératoire, les patients hospitalisés et les urgences.

Les urgences constituent un lieu privilégié pour l'étude des pratiques des médecins urgentistes et des chirurgiens viscéraux prenant en charge les douleurs abdominales aiguës. En effet les attitudes thérapeutiques de ces différents intervenants peuvent être étudiées simultanément chez les mêmes malades.

Il est intéressant de déterminer les points de concordance ou de discordance de la prise en charge des patients souffrants de douleurs abdominales aiguës aux urgences entre les médecins urgentistes et les chirurgiens viscéraux.

Les douleurs abdominales représentent un motif relativement fréquent de consultation dans les centres d'urgences. Le pourcentage des douleurs abdominales de cette étude 5% est très proches de celui de différentes études de la littérature : 5% (3), 5.6% (9), 6% (14). De plus ce pourcentage reste stable sur 20 ans (15).

Les moyens contribuant à l'établissement d'un diagnostic médical sont en général, en constante amélioration (Tests biologiques, examens d'imagerie : ASP, échographie, scanner abdominal, IRM, coelioscopie). Pour certain, ils diminuent la fréquence d'admission à l'hôpital pour douleur abdominale de 27.4% en 1972 à 18.3% en 1993 et dans le même temps, ils améliorent la précision diagnostique (41% de douleurs non spécifiques en 1972 et 24.9% en 1993) (15). Pour d'autres, l'utilisation de l'informatique permet une précision diagnostique optimale de 75/80% (18).

Malgré ces avancées diagnostiques, la place du chirurgien viscéral en complément du médecin d'urgence reste à définir.

L'étude prospective nous permet d'avoir le moins de biais possible. Ainsi pendant un laps de temps défini, chirurgiens viscéraux et médecins urgentistes ont vu chacun les mêmes patients et ont répondu au même questionnaire (Fiches d'inclusion). Pour remplir ces fiches d'inclusion, médecins et chirurgiens viscéraux s'aidaient de la fiche d'aide au diagnostic (7) (annexes IV). Cette fiche d'aide au diagnostic est également utilisée dans l'étude de GUILLEMINOT (8) et les items figurant dans les recommandations de l'ACEP (1) sont très proches.

Avec un taux de 7% de la population totale (soit 17% des non-admis), le chiffre de perdus de vue de notre étude est comparable aux taux de perdus de vue des urgences en général. Cela tient peut être du fait que chaque patient était tenu au courant de l'étude dont il faisait parti (annexe V) et qu'un premier contact par téléphone ou par courrier a eu lieu dès J8. LAFOSSE MARIN HUBERT (12) avait 14.9% de perdus de vue de la population totale soit 31.5% des non-admis.

Il semble que de façon générale les femmes soient légèrement plus nombreuses que les hommes à consulter aux urgences pour douleurs abdominales.

En effet les femmes représentent 56% de la population totale dans notre étude et entre 50.9% et 59.6% dans la littérature (9, 12, 14, 16). De même pour l'âge moyen, les chiffres sont très proches quelles que soient les études : 43.5+/-20.4 ans dans notre étude, 41.4+/- 21.6 ans (14), 41.4 ans (8), 39 ans (12), 46.34 (9).

Dans l'étude de KLINKMAN M.S (11), qui s'est intéressé aux douleurs abdominales chez un groupe d'étudiants, les femmes représentent 70%, la moyenne d'âge est de 34 ans.

Le pourcentage d'hospitalisation des patients présentant des douleurs abdominales aux urgences est plus élevé que le pourcentage d'hospitalisation des urgences en général. Lors de notre étude, 35% des patients consultants aux urgences ont été admis (toute pathologie confondue) et dans le même temps 58% des patients présentant une douleur abdominale aiguë ont été hospitalisés. D'autres auteurs retrouvent dans leurs études sur les douleurs abdominales aux urgences des taux d'admission compris entre 47 et 56% (8, 9, 12, 16).

Par contre dans l'enquête de POWERS (15), seuls 18.3% des patients souffrants de douleur abdominale sont admis en 1993.

Les douleurs abdominales aiguës sont le premier symptôme des abdomens aigus qui nécessitent une intervention chirurgicale en urgence dans 90% des cas (13). Dans les cas où cette douleur abdominale n'est pas due à un abdomen aigu le taux d'intervention chirurgicale reste non négligeable. Il est de 13% dans les 24 premières heures et de 22% à 30 jours selon notre étude. Le taux d'intervention chirurgicale de notre enquête reflète assez bien ce qui se passe dans les services d'urgence si nous nous en référons aux différentes études (4, 14, 16).

Le taux élevé de Douleurs Non Spécifiques (DNS) (20% des douleurs abdominales aiguës dans notre étude) est un problème fréquemment retrouvé dans la littérature (2, 9, 12, 15, 17) où il représente 17 à 45.6% des douleurs abdominales aux urgences.

Selon CHAPAUT ces DNS restent un épisode unique dans 90% des cas environ (4). Dans 10% des cas les douleurs réapparaissent, (ceci qu'il y ait eu laparoscopie ou non, voire ablation d'appendices sains) et le risque de méconnaître une appendicite serait de 2.5% (4).

Pour les autres diagnostics, la comparaison aux autres études est plus difficile car la classification des diagnostics n'est pas la même.

Par exemple, nous nous sommes intéressés aux syndromes occlusifs en général et non pas seulement aux occlusions confirmées par des examens complémentaires (8, 9, 14). Nous obtenons dans notre étude, 7% de syndromes occlusifs, alors que les occlusions intestinales représentent 3.6% des douleurs abdominales chez MEILLON-POUGET (14), 6% chez GUILLEMINOT (8) et 9.56% chez JEANSOULE (9).

De même nous avons regroupé tous les syndromes appendiculaires qu'il y ait ou non confirmation par l'intervention, alors que dans les études précédemment citées, les auteurs ne se sont intéressés qu'aux appendicites opérées. Les syndromes appendiculaires représentent 6% des diagnostics finaux dans notre enquête, contre respectivement 3.6%, 8.4% et 10% d'appendicites confirmées (14, 9, 8).

Ces différences de pourcentages pour une pathologie données en fonction des séries sont clairement exposées par MEILLON-POUGET (14) en 1996.

Ces différents chiffres d'hospitalisation, d'intervention, de répartition âge et sexe, de répartition des diagnostics permettent, aux vus des autres études, de dire que notre enquête est représentative des services d'urgence en général.

A notre connaissance, aucune étude encore dans la littérature ne s'est intéressée à la concordance ou à la discordance des attitudes de soins entre médecins urgentistes et chirurgiens viscéraux aux urgences pour la prise en charge des douleurs abdominales aiguës aux urgences et en particulier pour l'indication d'une hospitalisation. Une étude (12) a étudié l'influence des DES en chirurgie sur le taux de bons diagnostics posés aux urgences pour les douleurs abdominales. Cette enquête ne retrouvait pas de différence significative entre médecins et chirurgiens viscéraux et les pourcentages de bons diagnostics étaient assez décevants (environ 50%).

L'indication d'une hospitalisation ou d'une non-hospitalisation est un point clé de la consultation aux urgences, en effet plusieurs études (8, 12, 16) retrouvent près de 50% d'hospitalisation des patients consultants aux urgences pour douleur abdominale, voire 54% (9) et 58% dans notre enquête. D'après notre collectif de 319 patients, il apparaît que médecins urgentistes et chirurgiens viscéraux ont de très bons chiffres de concordance pour le critère de jugement principal : « y a t'il indication à une hospitalisation ? », avec un test kappa de 0.84. Pour les critères de jugement secondaires, à savoir la nature de la surveillance des patients hospitalisés et l'indication d'une intervention chirurgicale en urgence, les résultats des tests kappa sont moins bons. Il est difficile, pour ces critères de jugement secondaires d'analyser les résultats du test kappa. En effet, souvent la nature de la surveillance des patients hospitalisés dépend surtout des lits disponibles à l'hôpital dans les différents services et non, seulement de la décision des médecins et des chirurgiens viscéraux. De même, la décision finale d'intervention chirurgicale revient au chirurgien viscéral mais avec les aléas du bloc opératoire (disponibilité du personnel, disponibilité d'une salle) et dépend également de l'accord ou non du patient pour une intervention chirurgicale.

. Le résultat de notre étude favorise le schéma d'organisation des services d'urgence où l'avis des chirurgiens viscéraux est demandé par les médecins urgentistes seulement si ces derniers le jugent nécessaire.

CONCLUSION

En conclusion, ce collectif montre que les douleurs abdominales aiguës sont un motif très fréquent de consultation aux urgences. Parmi celles-ci, 58% sont hospitalisées. Le diagnostic le plus fréquemment retrouvé à l'origine de ces douleurs abdominales aiguës est la Douleur Non Spécifique (DNS), qui est de 20%. Ces chiffres concordent avec ceux de la littérature.

Selon ce collectif, l'étude des pratiques de prise en charge des douleurs abdominales aiguës aux urgences par les médecins urgentistes et les chirurgiens viscéraux qui ont examiné en aveugle et simultanément les patients, indique premièrement une très bonne concordance sur la décision d'hospitalisation qui était le critère principal de cette étude ; deuxièmement une concordance moyenne sur la nature de la surveillance des patients hospitalisés et sur l'indication d'une intervention chirurgicale en urgence. Ces résultats ont une application majeure dans l'organisation du fonctionnement des urgences générales pour la prise en charge des douleurs abdominales aiguës. Ils favorisent un schéma où ces douleurs abdominales aiguës sont prises en charge en première ligne par les médecins d'urgence et où les avis des chirurgiens viscéraux ne sont sollicités que si les médecins d'urgence le jugent nécessaire.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1/ ACEP. Clinical policy for the initial approach to patients presenting with a chief complaint of nontraumatic acute abdominal pain. *Annals of emergency Medicine*. 1994 ; 23(4) : 906-22.

2/ BLONDELL Richard.D, MD. Abdominal pain : What happens in primary care ? . *Archive Fam.Med*. 1996 ; 5 : 287-8.

3/ BREWER RJ, GOLDEN GT, RUDOLF LE, WANGENSTEEN SL. Abdominal pain : an analysis of 1000 consecutive cases in a university hospital emergency room. *American Journal of Emergency Medicine*. 1976 ; 131 : 219-23.

4/ CHAMPAULT.G, J.LAUROY, P.GUILLON, J.BENOIT, N.RIZK, P.BOUTELIER. Que deviennent les syndromes douloureux abdominaux d'origine inexplicée ? . *Annales de chirurgie*. 1996 ; 50(3) : 258-62.

5/ COHEN J. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ. Psychol. Measmt*. 1960 ; 20 : 37-46.

6/ FERMANIAN J. Mesure de l'accord entre deux juges. Cas qualificatif. *Rev. Epidem. Et Santé Publ*. 1984 ; 32 : 140-147.

7/ FLAMANT Y. Aide au diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Urg. Chir. Comment*. 1987 ; 10 : 115-116.

8/ GUILLEMINOT Pascale. Etude d'un traceur de qualité des soins dans un service d'urgences : la douleur abdominale, 135 f ; Th :Méd : Paris 13 : 1992 : 13 0055.

9/ JEANSOULE Sandrine. Diagnostic des douleurs abdominales de l'adulte aux urgences de l'hôpital de Pau : à propos de 674 cas, 50 f. Th : Méd :Bordeaux : 1999 : 25147.

11/ KLINKMAN M-S. Episodes of care for abdominal pain in primary care practice. Archives of Family Medicine. 1996 ; 5 (5) : 279-89.

12/ LAFOSSE MARIN HUBERT Aude. Douleurs abdominales aiguës dans un service d'accueil et d'urgences : critère diagnostique. 61 f. Th. :Méd :Paris 5 : 1996 : 05WO61.

13/ LARGIADER J. Acute abdominal pain. Surgeon's viewpoint. Schweizerische Rundschau Für Medizin Praxis. 1997 ; 86 (6) : 209-13.

14/ MEILLON POUGET Ghislaine. Les douleurs abdominales en service d'urgences médicales. 91 f. Th. :Méd :Bordeaux : 1996 : 2MO47.

15/ POWERS Robert D, GUERTLER Andrew T. Abdominal pain in the ED : Stability and change over 20 years. American Journal of Emergency Medicine. 1995 ; 13 (3) : 301-3.

16/ RIVETTA Fabrice. Les urgences douloureuses abdominales non traumatiques de l'adulte : prise en charge au service d'urgence. 116 f. Th : Méd : Bordeaux : 2000 : 3.

17/ SANDHU G S, REDMOND A D, PRESCOTT M V. Non specific abdominal pain : a safe diagnostic. Journal of the royal College of Surgeons of Edinburgh. 1995 ; 40 (2) : 109-11.

18/ TODD B S, STAMPER R. Limits to diagnostic accuracy. Medical informatics. 1993 ; 18 (3) : 255-70.

ANNEXE I :

ABORD D'UN MALADE
SOUFFRANT D'UNE DOULEUR ABDOMINALE AUX URGENCES
RECOMMANDATIONS GENERALES

1-Un malade souffrant de douleur abdominale aiguë doit être examiné sans délai.

2-Un interrogatoire doit s'efforcer d'établir aussi précisément que possible la chronologie des événements ayant conduit le patient à consulter et les caractéristiques actuelles de la douleur. Les données de cet interrogatoire doivent figurer dans l'observation.

3-Les principales constatations de l'examen clinique de l'abdomen, de l'examen pelvien ou rectal et de l'examen général, doivent être rapportées dans l'observation.

4-La ou les principales hypothèses diagnostiques doivent être clairement formulées dans l'observation.

5-Les indications ou non-indications d'examens complémentaires biologiques ou d'imagerie doivent apparaître dans l'observation.

6-La décision thérapeutique doit également être clairement formulée :

- décision d'intervention chirurgicale prise dans le cadre de l'urgence,
- décision d'hospitalisation avec surveillance chirurgicale,
- décision d'hospitalisation avec surveillance médicale,
- décision de non-hospitalisation.

ANNEXE II :

**ETUDE DE PRISE EN CHARGE
DES DOULEURS ABDOMINALES AUX URGENCES**

FICHE D'INCLUSION MEDICALE

Identification du patient : Etiquette d'identité

Date d'inclusion :

Heure d'inclusion (heure de rédaction de la fiche) :

Nom du médecin d'urgence responsable de l'inclusion :

Hypothèse diagnostique principale :

Diagnostics associés (le cas échéant) :

1-Y a t il une indication à une **hospitalisation** ?

(entourer la bonne réponse)

OUI

NON

2-dans l'affirmative, préciser la **nature** de la **surveillance** indiquée

(entourer la bonne réponse)

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE

MEDICALE

CHIRURGICALE

3-Y a t il une indication à une **intervention chirurgicale** en urgence ?

(entourer la bonne réponse)

OUI

NON

ANNEXE III

**ETUDE DE PRISE EN CHARGE
DES DOULEURS ABDOMINALES AUX URGENCES**

FICHE D'INCLUSION CHIRURGICALE

Identification du patient : Etiquette d'identité

Date d'inclusion :

Heure d'inclusion (heure de rédaction de la fiche) :

Nom du chirurgien ayant pratiqué l'examen :

Hypothèse diagnostique principale :

Diagnostics associés (le cas échéant) :

1-Y a t il une indication à une **hospitalisation** ?

(entourer la bonne réponse)

OUI

NON

2-Dans l'affirmative, préciser la **nature de la surveillance** indiquée

(entourer la bonne réponse)

SURVEILLANCE

SURVEILLANCE

MEDICALE

CHIRURGICALE

3-Y a t il une indication à une **intervention chirurgicale** en urgence ?

(entourer la bonne réponse)

OUI

NON

ANNEXE V :

A L'ATTENTION DES CONSULTANTS

Vous venez de consulter dans le Service des Urgences de l'hôpital H Mondor.

Afin d'assurer le suivi de cette consultation, un médecin de ce Service vous appellera au téléphone dans un délai d'environ huit jours. Il vous posera des questions concernant l'évolution de vos symptômes depuis cette consultation : amélioration, guérison, survenue d'autres symptômes.

Nous vous remercions de bien vouloir répondre à ces questions. La qualité de vos réponses nous permettra d'améliorer le fonctionnement du Service des urgences de notre hôpital.

Pouvez-vous indiquer au médecin le n° de téléphone et les horaires permettant de vous appeler dans environ huit jours ? Si vous n'avez pas le téléphone, pouvez-vous indiquer un autre moyen de vous joindre (tierce personne : voisin, gardien ou questionnaire écrit avec enveloppe réponse).

Le caractère strictement anonyme et confidentiel de ce questionnaire vous est assuré par le Service.