

Association entre douleur abdominale intense et diagnostic d'urgence chirurgicale

Association between Severe Abdominal Pain and Surgical Emergency Diagnosis

M. Moreau · J. Boize · H. Devambe · N. Cury · J.-E. Galimard · Y. Yordanov · P.-C. Thiebaud

Reçu le 24 septembre 2021 ; accepté le 3 janvier 2022
© SFMU et Lavoisier SAS 2022

Résumé Objectif : La douleur abdominale aiguë est un motif fréquent de consultation aux urgences. L'identification des urgences chirurgicales est parfois difficile devant la faible spécificité des signes cliniques. L'objectif de cette étude était de déterminer si la présence d'une douleur intense était associée à un diagnostic d'urgence chirurgicale.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique. Les patients adultes admis aux urgences pour une douleur abdominale aiguë entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018 ont été inclus. L'intensité de la douleur était mesurée par l'infirmier d'orientation et d'accueil via une échelle numérique (EN). Les patients ont été classés en deux groupes selon l'intensité de leur douleur ($EN \geq 6$ et $EN < 6$). Le diagnostic posé aux urgences était réparti en deux catégories : urgences chirurgicales et pathologies médicales. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide des tests univariés de Wilcoxon et du χ^2 puis d'un modèle logistique multivarié.

Résultats : Au total, 4 493 patients ont été inclus, dont 2 491 femmes (55 %). L'âge médian était de 39 ans [EIQ : 27–56]. Un diagnostic d'urgence chirurgicale a été posé chez 677 patients (15 %), l'appendicite et l'occlusion digestive étant les diagnostics les plus fréquents. Une douleur intense était significativement associée à une urgence chirurgicale (OR : 1,28 ; [IC 95 % : 1,04–1,57]), tout comme le sexe

masculin et un âge, une fréquence cardiaque et une température plus élevés.

Conclusion : La présence d'une douleur intense ($EN \geq 6$) est associée à un diagnostic d'urgence chirurgicale chez les patients consultant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë.

Mots clés Douleur abdominale · Échelle numérique · Chirurgie · Urgence

Abstract Aim: Acute abdominal pain is a common reason for emergency department (ED) visits. The identification of surgical emergencies is sometimes difficult due to the low specificity of clinical signs. The aim of our study was to assess whether the presence of severe pain was associated with a surgical emergency diagnosis.

Procedure: This was a single-center, retrospective, observational study. All adult patients admitted to the ED with acute abdominal pain between January 1st and December 31st, 2018, were included. Pain intensity was measured by the triage nurse on a numerical scale (NS). Patients were classified into two groups according to their pain intensity ($NS \geq 6$ and $NS < 6$). The diagnosis made in the ED was divided into two categories: surgical or medical cases. Comparisons between groups were made using Wilcoxon and χ^2 tests and then a multivariate logistic model.

Results: A total of 4,493 patients were included, out of which 2,491 were women (55%). The median age was 39 years (IQR: 27–56). A surgical diagnosis was made in 677 patients (15%), appendicitis and bowel obstruction being the most common diagnoses. Severe pain was significantly associated with surgical emergency (OR: 1.28; [CI 95%: 1.04–1.57]), as were male gender and higher age, heart rate, and temperature.

Conclusion: The presence of severe pain ($NS \geq 6$) is associated with a surgical emergency diagnosis in patients visiting the ED for acute abdominal pain.

Keywords Abdominal pain · Numerical scale · Surgery · Emergency

M. Moreau · J. Boize · H. Devambe · N. Cury · Y. Yordanov · P.-C. Thiebaud (✉)

Service d'accueil des urgences, hôpital Saint-Antoine, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Sorbonne Université, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine, F-75012 Paris, France
e-mail : pierre-clement.thiebaud@aphp.fr

J.-E. Galimard
Unité statistique de l'EBMT, F-75012 Paris, France

Y. Yordanov
Inserm, UMR-S 1136, Institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, Sorbonne Université, 56, boulevard Vincent-Auriol, F-75646 Paris, France

Introduction

La douleur abdominale aiguë est le symptôme principal de très nombreuses pathologies digestives ou extradiigestives, de la plus bénigne à la plus grave. C'est un motif fréquent de consultation aux urgences (5 à 10 % des patients), à l'origine de 40 % des interventions chirurgicales réalisées en urgence [1–4]. Entre 15 et 30 % des patients sont hospitalisés. Les pathologies chirurgicales urgentes concernent environ 10 % des patients, les plus fréquentes étant l'appendicite, la cholécystite et le syndrome occlusif. Le diagnostic le plus souvent posé aux urgences est la douleur abdominale non spécifique dans 15 à 40 % des cas. L'un des enjeux pour le médecin urgentiste est l'identification des urgences chirurgicales, parfois difficile devant la faible spécificité des signes cliniques. Le principal facteur de risque d'urgence chirurgicale est l'âge, associé à une augmentation significative de la morbidité, les patients âgés de plus de 65 ans présentant une douleur abdominale étant hospitalisés et opérés dans respectivement 50 et 20 % des cas [4–7]. L'interrogatoire et l'examen physique sont insuffisants pour préciser un diagnostic mais permettraient de différencier les causes urgentes (majoritairement chirurgicales) et non urgentes [8]. En effet, certains symptômes peuvent orienter le médecin urgentiste vers une urgence chirurgicale, comme la présence d'une défense en fosse iliaque droite, en hypocondre droit ou un arrêt des matières et des gaz [6,7,9,10]. Le sexe féminin et la présence d'une défense épigastrique seraient en revanche des facteurs orientant vers l'absence d'une urgence chirurgicale [3,9].

Peu de travaux ont étudié les caractéristiques de la douleur comme facteurs possiblement associés à un diagnostic d'urgence chirurgicale. La localisation orientée, l'apparition brutale évoque une urgence vasculaire, une perforation ou une torsion d'organe, et il est rapporté qu'une douleur abdominale d'étiologie non chirurgicale tend à être moins intense [4]. Cependant, peu de données disponibles permettent de confirmer cette allégation. En France, une étude rétrospective monocentrique a montré, parmi 1 656 patients admis aux urgences pour douleur abdominale, qu'une douleur sévère était associée à un risque de chirurgie avec un odds ratio (OR) à 2,6 (intervalle de confiance à 95 % [IC 95 %] : 1,7–3,9) [10]. Une étude prospective a également montré qu'une douleur intense était associée à une prise en charge chirurgicale en urgence chez les patients de plus de 75 ans (OR : 6,5 ; [IC 95 %] : 1,7–25) [11]. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer si la présence d'une douleur intense était associée à un diagnostic d'urgence chirurgicale chez les patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë. L'objectif secondaire était de décrire les caractéristiques des patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë.

Méthodes

Une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, a été menée au sein du service d'accueil des urgences de l'hôpital universitaire Saint-Antoine à Paris, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018. Cette étude a utilisé des données collectées lors des soins courants et n'a pas nécessité d'approbation par un comité d'éthique, en accord avec la méthodologie de référence MR-004. Elle a été enregistrée au registre des études de l'Assistance publique–Hôpitaux de Paris, sous le numéro 20210423191925. Tous les patients adultes (≥ 18 ans) admis aux urgences pour une douleur abdominale, définie par les motifs de recours « douleur abdominale », « douleur de la fosse lombaire » ou « douleur pelvienne » ont été sélectionnés. Le terme « douleur abdominale » utilisé dans ce manuscrit correspond donc à l'ensemble de ces trois motifs de recours. Les critères de non-inclusion étaient une erreur dans le motif de consultation et une durée des symptômes supérieure à cinq jours, identifiés par lecture des comptes rendus des urgences. Le seuil de cinq jours pour définir une douleur abdominale aiguë a été choisi en accord avec la littérature dans un objectif d'uniformisation de la terminologie [8]. Les critères d'exclusion étaient : douleur abdominale post-traumatique ; prise en charge absente ou incomplète aux urgences (patients réorientés, partis sans soins, ayant fugué ou sortis contre avis médical) ; dossier médical incomplet (sans diagnostic ni orientation). Les données de l'ensemble des patients inscrits aux urgences sur l'année 2018 ont été extraites du logiciel Urqual[®] (XR Partner, Paris, France) et retranscrites dans un tableur du logiciel Microsoft Excel[®] (Microsoft Corporation, Redmond, États-Unis). Les données suivantes ont été recueillies : sexe, âge, motif de consultation, paramètres vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, température, glycémie capillaire et douleur évaluée par échelle numérique [EN]), tri de l'infirmier(ière) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) selon la classification infirmière des maladies aux urgences (CIMU), réalisation d'examen complémentaires (biologie, analyse d'urines, électrocardiogramme [ECG], échographie abdominale, scanner abdominopelvien), diagnostic final et orientation (retour à domicile, hospitalisation en médecine, chirurgie ou soins intensifs, transfert en gynécologie, décès). L'évaluation de la douleur par EN était réalisée à l'accueil des urgences par l'IOA. Le facteur de risque principal étudié était la présence d'une douleur intense, définie par une EN supérieure ou égale à 6. Le critère de jugement principal était la classification du diagnostic final en urgence chirurgicale ou pathologie médicale (Tableau 1), fondée sur celles d'Hasting et Powers [1] et Gans et al. [8]. Le diagnostic retenu était celui posé par le médecin urgentiste en fin de prise en charge aux urgences. Compte tenu des résultats rapportés par l'étude de Guedj et al. [11], une analyse en sous-groupe pour les patients âgés de plus de 75 ans avait été prévue.

Tableau 1 Classification des diagnostics en urgence chirurgicale ou pathologie médicale	
Diagnostic	Valeurs
Urgences chirurgicales	677 (15)
Appendicite	161 (3,6)
Occlusion digestive	141 (3,1)
Diverticulite	90 (2,0)
Pancréatite aiguë	89 (2,0)
Cholécystite	70 (1,6)
Péritonite	49 (1,1)
Angiocholite	22 (0,5)
Pyélonéphrite aiguë obstructive	18 (0,4)
Hernie digestive étranglée	16 (0,4)
Ischémie mésentérique	8 (0,2)
Invagination intestinale aiguë	6 (0,1)
Autre urgence chirurgicale	7 (0,2)
Pathologies médicales	3 816 (85)
Douleur abdominale non spécifique	1 427 (32)
Colique néphrétique	448 (10)
Pathologie œsogastroduodénale ^a	341 (8)
Pathologie gynécologique	275 (6)
Infection urinaire	209 (5)
Colite inflammatoire ou infectieuse	169 (3,8)
Constipation	162 (3,6)
Diarrhée	144 (3,2)
Colique hépatique	107 (2,4)
Néoplasie	56 (1,2)
Autre pathologie intra-abdominale	117 (2,6)
Autre pathologie extra-abdominale	110 (2,4)
Les données sont exprimées en nombre (pourcentage)	
^a Reflux gastro-œsophagien, œsophagite, épigastralgie, gastrite, ulcère gastroduodénal, hernie hiatale	

Analyse statistique

Les variables quantitatives sont présentées en médiane et écart interquartile (EIQ) et les variables qualitatives en effectif et pourcentage. Les comparaisons entre les groupes (critère de jugement principal : urgences chirurgicales vs pathologies médicales ; et variable d'exposition principale : EN < 6 vs EN ≥ 6) ont été réalisées à l'aide des tests univariés de Wilcoxon et de Chi², respectivement pour les variables quantitatives et qualitatives. Une analyse logistique multivariée a été réalisée suite à la sélection d'un modèle par méthode ascendante et descendante (dite *stepwise*) sur critère d'Akaike. Toutes les variables mesurées à l'entrée des urgences (âge, sexe, paramètres vitaux, intensité de la douleur) ont été incluses dans le processus de sélection à l'exception de la glycémie capillaire en raison d'un pourcentage trop important de données manquantes. Les variables rete-

nues par la sélection de modèle étaient les suivantes : douleur intense, sexe, âge, température, fréquence cardiaque et pression artérielle systolique. Les résultats sont présentés en rapport des cotes (OR) ainsi que leur intervalle de confiance à 95 %. Le test d'adéquation du modèle utilisé était le test de Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer [12]. Les tests statistiques étaient bilatéraux avec un risque de première espèce fixé à 5 %. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel R version 3.1.1 (<https://www.R-project.org/>) dont la fonction « step » pour la sélection de modèle.

Résultats

Sur 62 830 passages aux urgences sur la période de l'étude, 4 865 patients ont consulté pour une douleur abdominale, soit 8 % des consultations (Fig. 1). Après application des critères d'exclusion, 4 493 patients ont été inclus et analysés. Il y avait 2 491 femmes (55 %) et l'âge médian était de 39 ans [EIQ : 27–56]. L'intensité de la douleur était disponible pour 3 007 patients (67 %), dont près de la moitié ($n = 1 427$; 47 %) avaient une EN supérieure ou égale à 6. Un tri 1 ou 2, indiquant une prise en charge médicale urgente, était noté pour 1 030 (23 %) patients. Un prélèvement sanguin et une imagerie ont été réalisés dans 73 % ($n = 3 292$) et 30 % ($n = 1 362$) des cas, respectivement. Un diagnostic d'urgence chirurgicale a été posé chez 677 (15 %) patients, l'appendicite et l'occlusion étant les diagnostics les plus fréquents, respectivement 24 et 21 % des cas (Tableau 1). Parmi les pathologies médicales, les douleurs abdominales non spécifiques représentaient plus d'un tiers des cas. Mille deux cent onze (27 %) patients ont été hospitalisés, dont 515 (11 %) dans un service de chirurgie et 33 (0,7 %) en soins intensifs. Deux patients sont décédés aux urgences.

Les caractéristiques des patients selon la variable d'intérêt (présence ou non d'une douleur intense) sont présentées dans le tableau 2. Les patients avec une douleur intense étaient plus souvent triés 1 ou 2, bénéficiaient plus fréquemment des différents examens complémentaires et étaient plus souvent hospitalisés. Les caractéristiques des patients selon le critère de jugement principal (diagnostic d'urgence chirurgicale ou de pathologie médicale) sont présentées dans le tableau 3. L'analyse logistique multivariée est présentée dans le tableau 4. Les patients avec un diagnostic d'urgence chirurgicale étaient significativement plus âgés et plus souvent des hommes, avaient une fréquence cardiaque et une température significativement plus élevées. Par ailleurs, ils étaient plus souvent triés 1–2 et bénéficiaient plus fréquemment d'examens complémentaires. Enfin, une douleur intense était significativement associée à un diagnostic d'urgence chirurgicale. L'analyse en sous-groupe des patients âgés de plus de 75 ans ($n = 197$) ne montrait pas de différence significative du taux d'urgences chirurgicales (31 % dans le

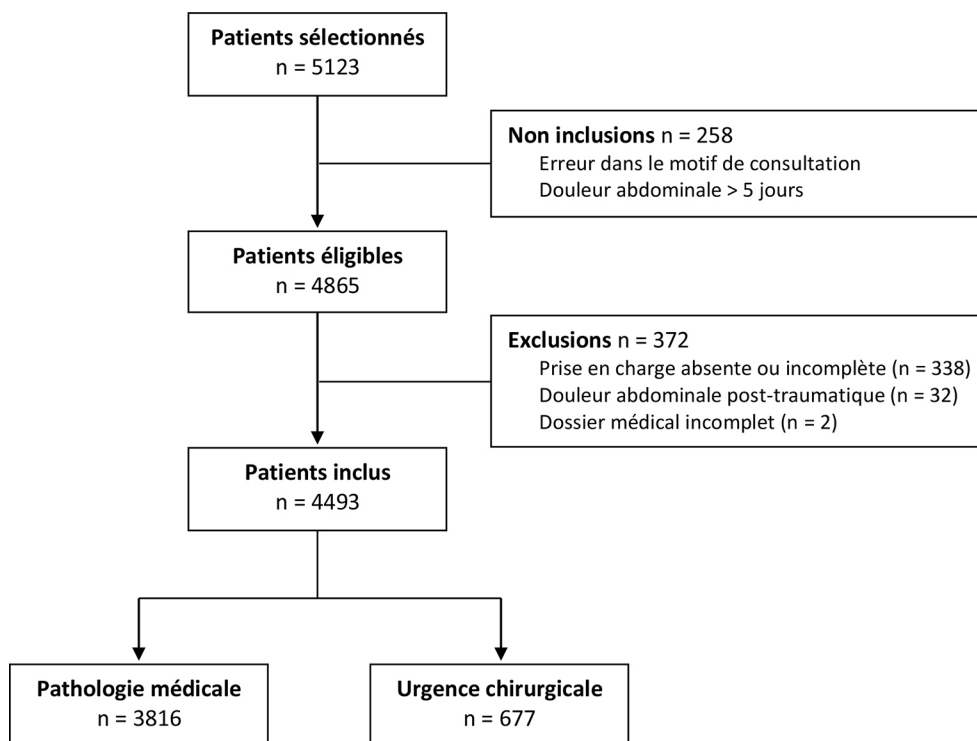


Fig. 1 Diagramme de flux

groupe EN supérieure ou égale à 6 vs 25 % dans le groupe EN < 6 ; $p = 0,32$). En analyse multivariée, seule la température était significativement associée à un diagnostic d'urgence chirurgicale (OR : 1,80 ; [IC 95 % 1,10–1,30] pour chaque degré supplémentaire).

Discussion

Notre étude confirme que la douleur abdominale est un motif fréquent de consultation aux urgences (8 %). L'âge et le sexe des patients (prédominance féminine) sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature [1–3,9,10]. L'appendicite et l'occlusion sont les deux diagnostics d'urgence chirurgicale les plus fréquents, ce qui concorde avec les données publiées, ces deux diagnostics faisant partie du trio de tête avec la cholécystite [1–3,9,10]. Les patients avec un diagnostic d'urgence chirurgicale sont plus âgés que ceux ayant une pathologie médicale et sont plus souvent des hommes, ce qui confirme les résultats des études précédentes [2,3,9,10]. Le recours aux examens complémentaires et le devenir des patients correspondent à ceux rapportés par l'étude de Cazanave [10].

La présence d'une douleur intense apparaît comme un facteur associé indépendant d'une urgence chirurgicale. Ces résultats sont cohérents avec ceux présentés par Cazanave qui retrouvait une association significative entre une

douleur sévère et la réalisation d'une chirurgie avec un OR à 2,6 (IC 95 % : 1,7–3,9) [10]. L'impact moins important dans notre étude (OR : 1,28 ; [IC 95 % : 1,04–1,57]) peut s'expliquer d'une part par leur critère d'inclusion (uniquement le motif « douleur abdominale »), d'autre part car leur critère de jugement était le recours réel à un acte chirurgical, alors que la présente étude se référait uniquement au diagnostic posé aux urgences. Par ailleurs, le facteur « douleur sévère » n'était pas précisément défini, même si l'on peut supposer qu'il s'appuyait sur une échelle validée (EN ou échelle visuelle analogique) avec un seuil proche de 6. Cette différence statistique, favorisée par la grande taille de notre échantillon, ne semble pas suffisamment forte pour que la présence isolée d'une douleur intense soit considérée comme un facteur de risque d'urgence chirurgicale. C'est également le cas pour les différences significatives observées sur certains paramètres vitaux, bien que déjà décrites dans la littérature [3,6]. Par exemple, la distribution des températures est statistiquement différente entre les groupes pathologies médicales et urgences chirurgicales, alors que leur médiane diffère de seulement 0,1 °C. En revanche, il serait intéressant d'étudier plus précisément l'association des différents facteurs de risque identifiés via la création d'un score ou d'un modèle de machine learning par exemple. Cela pourrait permettre d'identifier les patients les plus à risque d'un diagnostic d'urgence chirurgicale ou, à l'inverse, les moins à risque et orienter ainsi la prescription d'examen

Tableau 2 Caractéristiques des patients selon l'intensité de leur douleur			
	EN < 6 <i>n</i> = 1 580	EN ≥ 6 <i>n</i> = 1 427	Valeur de <i>p</i>
Âge	39 [27–57]	37 [28–53]	0,06
< 75 ans	1 463 (93)	1 347 (94)	0,047
≥ 75 ans	117 (7)	80 (6)	
Sexe			
Femme	882 (62)	820 (57)	0,36
Homme	698 (38)	607 (43)	
Fréquence cardiaque (bpm)	82 [71–95]	82 [72–94,5]	0,92
Données manquantes	6	4	
Pression artérielle systolique (mmHg)	129 [118–145]	131 [119–146]	0,06
Données manquantes	4	5	
Pression artérielle diastolique (mmHg)	79 [70–87]	79 [70–89]	0,11
Données manquantes	11	6	
SpO₂ (%)	100 [98–100]	100 [98–100]	< 0,001
Données manquantes	16	16	
Température (°C)	36,7 [36,4–37,1]	36,7 [36,4–37,1]	0,75
Données manquantes	8	8	
Glycémie capillaire (mmol/l)	5,8 [5,3–6,9]	5,9 [5,3–7]	0,19
Données manquantes	458	354	
Tri IOA			
1–2	65 (4)	694 (49)	
3	1 238 (79)	642 (45)	< 0,001
4–5	274 (17)	89 (6)	
Données manquantes	3	2	
Examens complémentaires			
Analyse d'urines	719 (46)	827 (58)	< 0,001
Prise de sang	1 049 (66)	1 191 (83)	< 0,001
Électrocardiogramme	343 (22)	369 (26)	0,008
Imagerie			
Aucune	1 162 (74)	898 (63)	
Échographie	85 (5)	109 (8)	< 0,001
Scanner	333 (21)	420 (29)	
Orientation			
Retour au domicile	1 195 (76)	991 (69)	0,003
Transfert gynécologie	60 (4)	64 (4)	
Hospitalisation médecine	145 (9)	179 (13)	
Hospitalisation chirurgie	172 (11)	181 (13)	
Hospitalisation soins intensifs	8 (0,5)	10 (0,7)	
Décès	0	2 (0,1)	
Diagnostic final			
Urgence chirurgicale	232 (15)	238 (17)	0,13
Pathologie médicale	1 348 (85)	1 189 (83)	

EN : échelle numérique, SpO₂ : saturation pulsée en oxygène, IOA : infirmier(ière) organisateur(trice) de l'accueil
Les données sont exprimées en médiane [écart interquartile] et nombre (pourcentage)

complémentaires. Les résultats de l'analyse en sous-groupe des patients âgés de plus de 75 ans diffèrent de ceux de Guedj et al. [11]. Leur échantillon était plus petit ($n = 100$), cette différence de résultats ne s'explique donc pas unique-

ment par un manque de puissance de notre analyse. Par ailleurs, leur recueil de données était réalisé de manière prospective, ce qui limite le nombre de données manquantes et est plus adapté pour mettre en évidence un facteur de risque.

Tableau 3 Caractéristiques des patients selon leur diagnostic			
	Urgences chirurgicales <i>n</i> = 677	Pathologies médicales <i>n</i> = 3 816	Valeur de <i>p</i>
EN douleur	6 [3-8]	5 [3-8]	0,16
< 6	232 (49)	1 348 (53)	0,13
≥ 6	238 (51)	1 189 (47)	
Données manquantes	207	1 279	
Âge	51 [35-68]	37 [27-53]	< 0,001
< 75 ans	577 (85)	3 571 (94)	< 0,001
≥ 75 ans	100 (15)	245 (6)	
Sexe			
Femme	326 (48)	2 165 (57)	< 0,001
Homme	351 (52)	1 651 (43)	
Fréquence cardiaque (bpm)	86 [73-98]	81 [71-94]	< 0,001
Données manquantes	1	22	
Pression artérielle systolique (mmHg)	134 [121-152]	130 [119-146]	< 0,001
Données manquantes	2	23	
Pression artérielle diastolique (mmHg)	80 [71-89]	79 [70-88]	0,12
Données manquantes	4	28	
SpO₂ (%)	99 [98-100]	100 [98-100]	< 0,001
Données manquantes	9	47	
Température (°C)	36,8 [36,5-37,3]	36,7 [36,4-37,1]	< 0,001
Données manquantes	2	31	
Glycémie capillaire (mmol/l)	6,4 [5-8]	5,8 [5,3-6,9]	< 0,001
Données manquantes	139	1 018	
Tri IOA			
1-2	210 (31)	820 (21)	
3	428 (63)	2 319 (61)	< 0,001
4-5	38 (6)	671 (18)	
Données manquantes	1	6	
Examens complémentaires			
Analyse d'urines	350 (52)	1 841 (48)	0,10
Prise de sang	649 (96)	2 643 (69)	< 0,001
Électrocardiogramme	228 (34)	871 (23)	< 0,001
Imagerie			
Aucune	123 (18)	3 008 (79)	
Échographie	93 (14)	194 (5)	< 0,001
Scanner	461 (68)	614 (16)	
Orientation			
Retour au domicile	76 (11)	3 206 (84)	< 0,001
Transfert gynécologie	0 (0)	174 (5)	
Hospitalisation médecine	106 (16)	381 (10)	
Hospitalisation chirurgie	485 (72)	30 (0,8)	
Hospitalisation soins intensifs	9 (1,3)	24 (0,6)	
Décès	1 (0,1)	1 (0,03)	

Les données sont exprimées en médiane [écart interquartile] et nombre (pourcentage). EN : échelle numérique, bpm : battements par minute, SpO₂ : saturation pulsée en oxygène, IOA : infirmier(ière) organisateur(trice) de l'accueil

Tableau 4 Facteurs associés à un diagnostic d'urgence chirurgicale en analyse multivariée		
	OR (IC 95 %)	Valeur de <i>p</i>
Âge (par dizaine d'années)	1,31 (1,24-1,39)	0,02
Sexe		
Femme	1	< 0,001
Homme	1,74 (1,41-2,15)	
EN douleur		
< 6	1	
≥ 6	1,28 (1,04-1,57)	0,02
Fréquence cardiaque (par 10 bpm)	1,07 (1,00-1,14)	0,04
Pression artérielle systolique (par 10 mmHg)	0,96 (0,91-1,01)	0,14
Température (par degré)	1,38 (1,17-1,63)	< 0,001
Nombre de patients inclus dans le modèle : <i>n</i> = 2 941. Le test d'adéquation du modèle utilisé était le test de Cessie-van Houwelingen-Copas-Hosmer (<i>p</i> = 0,24). Discrimination du modèle : aire sous la courbe (AUC) = 0,67. OR : odds ratio, IC : intervalle de confiance, EN : échelle numérique, bpm : battements par minute		

Parmi les 677 patients avec un diagnostic d'urgence chirurgicale, 106 (16 %) ont été hospitalisés en service de médecine. La majorité de ces patients présentaient une pancréatite aiguë (*n* = 67), pathologie dont la prise en charge peut être chirurgicale lorsqu'elle est d'origine biliaire mais généralement médicale lorsqu'elle est d'origine éthylique. D'autres patients (cholécystite, occlusion digestive, diverticulite, ischémie mésentérique) ont été traités médicalement (parfois avec une chirurgie programmée) ou ont fait l'objet d'une mesure de limitation des thérapeutiques actives. Par ailleurs, 76 patients classés comme urgence chirurgicale (11 %) sont rentrés à leur domicile au décours de leur passage aux urgences. La majorité d'entre eux présentaient une diverticulite (*n* = 56), dont la prise en charge est le plus souvent médicale et de plus en plus fréquente en ambulatoire [13]. Le choix de classer la pancréatite et la diverticulite dans les urgences chirurgicales est discutable, fondé sur les classifications historiques, mais toutefois cohérent devant la nécessité d'une prise en charge chirurgicale dans certaines formes compliquées. Par ailleurs, notre recueil de données ne permettait pas de repérer précisément les patients présentant une colique néphrétique compliquée nécessitant une prise en charge chirurgicale, ce qui pourrait induire un biais de classement, bien que seulement 2,7 % d'entre eux (*n* = 12/448) aient été hospitalisés dans un service d'urologie.

Dans notre étude, les médecins urgentistes prescrivaient plus d'examen complémentaires chez les patients avec une douleur intense, et la proportion de patients triés 2 par les

IOA augmentait progressivement avec le chiffre d'EN. Ces pratiques semblent logiques au vu de nos résultats et bien que l'EN ne soit qu'un élément parmi d'autres dans la décision de tri IOA, il semble cohérent de vouloir réduire le délai de prise en charge des patients les plus douloureux.

Une limite de cette étude est le nombre important de données manquantes sur le facteur d'exposition principal, l'intensité de la douleur n'étant pas disponible pour un tiers des patients. Cela peut être à l'origine d'un biais de sélection puisque les patients avec une EN manquante étaient plus âgés, plus souvent des hommes et triés moins urgents. Le type de recueil rétrospectif est en partie responsable de ces données manquantes, même si leur nombre élevé permet de supposer des carences dans l'évaluation de la douleur aux urgences, comme cela a déjà été démontré [14]. Un autre biais possible est la non-inclusion de certains patients ayant comme symptôme principal une douleur abdominale s'ils ont été inscrits par l'IOA sous un autre motif (symptôme associé ou diagnostic suspecté). Au vu du caractère monocentrique de l'étude, la population étudiée peut ne pas être représentative de la population générale. Enfin, l'intensité d'une douleur est un critère subjectif rapporté par le patient, d'interprétation difficile du fait d'une variabilité individuelle. Cependant, l'EN est une mesure simple, fiable et validée [15].

Conclusion

La présence d'une douleur intense (EN ≥ 6) est associée à un diagnostic d'urgence chirurgicale chez les patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë. Ce résultat devra être confirmé par d'autres travaux prospectifs et multicentriques si possible.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Hastings RS, Powers RD (2011) Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *Am J Emerg Med* 29:711–16
- Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, et al (2016) Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban emergency department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med* 4:362
- Cacciatori FA, Ronchi AD, Sasso SE (2020) Outcomes prediction score for acute abdomen: a proposal. *Rev Col Bras Cir* 46: e20192285
- Kendall J, Moreira M (2020) Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. <https://www.uptodate.com/contents/evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department?search=evaluation-of-the-adult-with-abdominal-pain-in-the-emergency-department> (Dernier accès le 21 septembre 2021)

5. Kizer KW, Vassar MJ (1998) Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. *Am J Emerg Med* 16:357–62
6. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, et al (1998) Abdominal pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med* 5:1163–8
7. Henden Çam P, Baydin A, Yürüker S, et al (2018). Investigation of geriatric patients with abdominal pain admitted to emergency department. *Curr Gerontol Geriatr Res* 2018:9109326
8. Gans SL, Pols MA, Stoker J, et al (2015). Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Dig Surg* 32:23–31
9. Zgheib H, Wakil C, Shayya S, et al (2020) Retrospective cohort study on clinical predictors for acute abnormalities on CT scan in adult patients with abdominal pain. *Eur J Radiol Open* 7:100218
10. Cazanave A (2019) Facteurs de risque de chirurgie et d'hospitalisation des patients se présentant pour une douleur abdominale aux urgences (thèse d'exercice, faculté des sciences médicales et paramédicales, Aix-Marseille Université). <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02372140/document> (Dernier accès le 21 septembre 2021)
11. Guedj J, Lasalle F, Richard J, et al (2013) Critères cliniques prédictifs de gravité des douleurs abdominales aiguës chez le sujet âgé de plus de 75 ans au département des urgences : étude prospective. *Ann Fr Anesth Reanim* 32:A14
12. Hosmer DW, Hosmer T, Le Cessie S, Lemeshow, S (1997) A comparison of goodness-of-fit tests for the logistic regression model. *Stat Med* 16:965–80
13. Haute Autorité de santé (2017) Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2811519/fr/prise-en-charge-medecale-et-chirurgicale-de-la-diverticulite-colique-fiche-de-synthese (Dernier accès le 21 septembre 2021)
14. Puntillo K, Neighbor M, O'Neil N, Nixon R (2003) Accuracy of emergency nurses in assessment of patients' pain. *Pain Manag Nurs* 4:171–5
15. Haute Autorité de santé (2019) Liste des échelles acceptées pour mesurer la douleur. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-02/liste_echelles_douleur_2019.pdf (Dernier accès le 21 septembre 2021)