



HAL
open science

Évaluation de la gravité des patients âgés de plus de 75 ans admis aux urgences pour douleur abdominopelvienne ou lombaire : étude comparative à partir des données de l'étude EpiAbdo

Matthieu Cournol

► To cite this version:

Matthieu Cournol. Évaluation de la gravité des patients âgés de plus de 75 ans admis aux urgences pour douleur abdominopelvienne ou lombaire : étude comparative à partir des données de l'étude EpiAbdo. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02510557

HAL Id: dumas-02510557

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02510557>

Submitted on 17 Mar 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2019

Thèse n°195

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par Matthieu CURNOL
Né le 10 mai 1991 à Beaumont (63)

Le 30 octobre 2019

**Évaluation de la gravité des patients âgés de plus de
75 ans admis aux urgences pour douleur
abdominopelvienne ou lombaire : étude comparative
à partir des données de l'étude EpiAbdo**

Sous la direction de

Monsieur le Docteur Pierre-Arnaud FORT

Membres du Jury

Madame le Professeur Muriel RAINFRAY	Président
Madame le Docteur Claire ROUBAUD BAUDRON	Rapporteur
Monsieur le Professeur Michel GALINSKI	Juge
Monsieur le Professeur Philippe REVEL	Juge

Remerciements

Aux membres de mon jury,

À Madame le Professeur Muriel RAINFRAY

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Pôle Gériatrie Clinique, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de présider mon jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet.

Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

À Madame le Docteur Claire ROUBAUD BAUDRON

Maitre de Conférence des Universités et Praticien Hospitalier

Pôle Gériatrie Clinique, CHU de Bordeaux

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et d'en avoir établi le rapport. Merci pour votre travail de relecture et pour la disponibilité dont vous avez fait preuve au cours de ces dernières semaines.

Veillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Philippe REVEL

Professeur associé des Universités et Praticien Hospitalier

Pôle Urgence Adulte SAMU SMUR, CHU de Bordeaux

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez croire en ma sincère considération.

À Monsieur le Professeur Michel GALINSKI

Professeur associé des Universités et Praticien Hospitalier

Pôle Urgence Adulte SAMU SMUR, CHU de Bordeaux

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Trouvez ici toute l'expression de ma gratitude.

À Monsieur le Docteur Pierre Arnaud FORT

Praticien Hospitalier

Service Urgence SAMU SMUR, CH Agen-Nérac

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de me diriger dans ce travail.

Je te remercie pour ta confiance, ta bienveillance et ta patience. Ton exigence et tes conseils toujours précieux m'ont aidé tout au long de ce travail et, j'en suis sûr, m'aideront à l'avenir.

À ma famille,

À mes parents, pour votre amour, les souvenirs heureux et votre soutien inconditionnel depuis toujours. Si j'en suis là aujourd'hui c'est aussi et surtout grâce à vous.

À Thomas, Léa et à mon petit neveu Alban que je suis tellement heureux de voir arriver dans la famille.

À tout le reste de la famille, grands-parents, oncles, tantes, cousins, de qui je me suis éloigné géographiquement mais qui font partie de ce que je suis, et que je suis toujours aussi heureux de retrouver.

À mes amis,

À Julie, Marion, Marine, Joy, Alexis, Gaëtan, Damien, Clément, Mathieu. Presque une deuxième famille depuis le temps qu'on se connaît... Merci pour votre amitié si précieuse, pour tous les bons moments passés ensemble et que j'espère encore nombreux.

À la Cliik

À Ludo, Val, Clément, Florian, pour les heures passées avec Hank Moody, Christian et Sean, ou Lucas Hood ; aux Granolas ; aux sorties vélos ; aux vellétés musicales Combemoresque ; aux soirées/week-end improbables... Aux quelques moments studieux et à tous les moments (beaucoup) moins intelligents mais tellement nécessaires, et qui font que ces années sont probablement les meilleures de ma vie.

À Ambre, pour notre amitié presque fraternelle qui dure depuis ton arrivée à Clermont, qui s'est poursuivie dans le Sud-Ouest et qui résiste à tes voyages aux 4 coins du monde et à ton caractère de cochon ☺.

Aux amitiés clermontoises, Lucile, Joumana, Léa, Aline, Camille, Manue, Pauline, Maxime, PE, Antoine, Clément, Romain, Cyprien, Victor, Paul ... Et à tous ceux que j'ai pu croiser en stage ou sur les bancs de la fac.

Aux belles rencontres bordelaises devenues des amitiés fidèles, Lauren, Claire, Lydia, Victoire, Chann, Aliénor, Eliette, Marine, PAF, Pierre, Joris, Geoffrey, Thibault, Antoine, Thomas. À tous les autres internes croisés à Périgueux, Agen, Bordeaux ou Bayonne.

À ceux qui ont partagé mon quotidien au cours de ces trois ans : Caroline, Anne-Charlotte, David, Alexis, Etienne et tous vos « +1 ». Si l'internat restera un souvenir aussi heureux, c'est en grande partie grâce à vous.

À tous les collègues rencontrés au cours de mes stages

À l'équipe médicale et paramédicale de **gastro à Périgueux**, en particulier Manon, Mélissa et Adeline. Je ne pouvais pas rêver mieux pour commencer cette nouvelle vie.

À l'équipe de **gériatrie de Robert Picqué** : infirmier(e)s, aides soignant(e)s , Sandrine. Pour votre gentillesse, votre bonne humeur (et les soirées trop arrosées).

Aux **Dr Proux, Goube et Laurent**, pour votre confiance, vos conseils et votre gentillesse.

À toute l'équipe de **pédiatrie de Bayonne** pour ce dernier semestre enrichissant.

Aux équipes de **réanimation d'Agen** : infirmières, aides-soignantes, médecins, merci pour ce stage difficile mais qui s'est avéré tellement riche d'apprentissages tant technique qu'humain. Je me fais une joie d'avance de vous croiser régulièrement dans les mois à venir.

Aux brancardiers, infirmier(e)s, aides-soignants, ambulanciers, médecins, secrétaires des **urgences d'Agen**. Merci pour votre accueil, votre bienveillance, votre bonne humeur et pour cette ambiance d'équipe soudée qui m'a fait aimer la médecine d'urgence et me rend heureux de vous rejoindre très prochainement. Plus que des collègues, certains sont déjà des amis.

À **Mme Caroline Ligier** de l'ORU Nouvelle Aquitaine, d'avoir accepté de travailler sur les statistiques d'EpiAbdo dans de courts délais et cela avec un emploi du temps que je sais chargé.

Enfin, et surtout, merci à **Jessica**. Ce travail c'est aussi le tiens tant tu m'as soutenu, motivé et encouragé.

Je mesure chaque jour la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. Tous les jours tu m'impressionnes un peu plus par ta sensibilité mais aussi ta force. À l'avenir ensemble, et à tous les bonheurs qui nous attendent.

À tes parents qui m'ont si facilement accepté : Nadine, et Maurice, qui j'en suis sûr veille sur toi et est tellement fier de toi, de nous. Je t'aime.

Table des matières

Remerciements	2
Liste des tableaux	7
Liste des figures	7
Liste des abréviations	8
Introduction	9
1. Avant-propos	9
2. État des connaissances actuelles	11
2.1 Vieillesse de la population :	11
2.2 Urgences et gravité	13
2.3 Douleurs abdominopelviennes :	16
3. Question de recherche et objectifs de travail	21
Matériel et méthode	23
1. Objectif principal	23
2. Objectifs secondaires	23
3. Méthode	24
3.1 Type	24
3.2 Population étudiée	24
3.3 Structures concernées	25
3.4 Données recueillies	26
3.5 Informations patients	26
3.6 Critère de jugement principal	26
3.7 Analyse statistique	27
Résultats	28
1. Centres participants	28
2. Population étudiée	29
3. Prise en charge aux urgences	30
3.1 Arrivée dans le service	30
3.2 Tri	30
3.3 Examen clinique	31
3.4 Examens paracliniques	32
3.5 Avis spécialisé	34
4. Prise en charge de la douleur	35
5. Fin de la prise en charge aux urgences	37
5.1 Temps de passage	37
5.2 Diagnostic	38
5.3 Orientation	39
6. Hospitalisation	39

6.1	Suivi à 30 jours	39
6.2	Diagnostic au décours de l'hospitalisation	40
7.	Mortalité	42
	<i>Discussion</i>	43
1.	Résultats principaux et interprétation	43
2.	Atouts et limites	49
2.1	Les atouts	49
2.2	Les limites	50
3.	Perspectives	51
	<i>Conclusion</i>	53
	<i>Bibliographie</i>	54
	<i>Annexes</i>	60
	Annexe 1 : Fiche Patient Urgences EpiAbdo	60
	Annexe 2 : Répartition géographique des centres participants	62
	Annexe 3 : Classification FrENCH	63
	<i>Serment d'Hippocrate</i>.....	68
	<i>Résumé</i>	69

Liste des tableaux

TABLEAU 1 DESCRIPTION DE POPULATION ETUDIEE.....	29
TABLEAU 2 MODALITES D'ARRIVEE AUX URGENCES	30
TABLEAU 3 SCORE DE TRIAGE IAO ATTRIBUE A L'ADMISSION DES URGENCES	31
TABLEAU 4 CONSTANTES ET EXAMEN CLINIQUE AUX URGENCES	32
TABLEAU 5 EXAMENS BIOLOGIQUES REALISES	33
TABLEAU 6 EXAMENS D'IMAGERIE REALISES	34
TABLEAU 7 RECOURS A UN AVIS SPECIALISE	34
TABLEAU 8 CARACTERISTIQUES DE LA DOULEUR ABDOMINALE A L'ADMISSION	35
TABLEAU 9 PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	36
TABLEAU 10 ÉVALUATION FINALE DE LA DOULEUR.....	37
TABLEAU 11 TEMPS DE PASSAGE ET DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES.....	37
TABLEAU 12 DIAGNOSTICS A LA SORTIE DES URGENCES	38
TABLEAU 13 ORIENTATION A LA SORTIE DES URGENCES.....	39
TABLEAU 14 DEVENIR DES PATIENTS HOSPITALISES A J30	40
TABLEAU 15 COMPARAISON DES DIAGNOSTICS POSES AUX URGENCES ET EN FIN D'HOSPITALISATION.....	41
TABLEAU 16 MORTALITE AU COURS DE L'ETUDE.....	42

Liste des figures

FIGURE 1 PYRAMIDE DES AGES EN FRANCE EN 2018	12
FIGURE 2 DIAGRAMME DE FLUX	25

Liste des abréviations

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien
ASP : Abdomen sans préparation
BU : Bandelette urinaire
CHP : Centre hospitalier périphérique
CHU : Centre hospitalier universitaire
CRP : Protéine C réactive
ECBU : Examen cyto bactériologique des urines
ECG : Électrocardiogramme
EN : Échelle numérique d'autoévaluation de la douleur
HCG : Hormone chorionique gonadotrope
IAO : infirmier(e) d'accueil et d'orientation
IPP : Inhibiteur de la pompe à protons
IRM : Imagerie par résonance magnétique
MAO : Médecin d'accueil et d'orientation
NFS : Numération formule sanguine
PCT : Procalcitonine
PEC : Prise en charge
SAMU : Services d'aide médicale urgente
SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales
SFMU : Société française de médecine d'urgence
SMUR : Services mobiles d'urgence et de réanimation
SU : Service d'urgence
TDM : Tomodensitométrie, scanner
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
USC : Unité de soins continus
VSAV : Véhicule de secours et d'aide aux victimes

Introduction

1. Avant-propos

Aux urgences hospitalières comme dans les cabinets de médecine générale, les douleurs abdominopelviennes sont un motif fréquent de consultation.

Il s'agit d'un domaine vaste couvrant de nombreuses spécialités. Il semble que dans de nombreux cas, aucun diagnostic ne puisse être porté alors que d'autres pathologies potentiellement graves mettent en jeu le pronostic vital. Les difficultés rencontrées sont certainement multifactorielles, tenant à la fois en la multitude d'étiologies possibles et au caractère peu spécifique de la plupart des présentations cliniques.

La population française vieillissant, les sujets âgés sont de plus en plus nombreux à passer la porte des services d'urgence. Les patients de plus de 65 ans représentent environ un quart des consultants aux urgences en France (1). Ces patients sont plus complexes car ils présentent souvent plusieurs comorbidités et suivent différents traitements médicamenteux.

Cette particularité peut rendre encore plus difficile la prise en charge des sujets âgés. Par exemple, des tableaux cliniques appauvris ou modifiés, des troubles cognitifs et/ou la iatrogénie peuvent compliquer la prise en charge et être source d'errance dans le diagnostic et le traitement (2).

Des études épidémiologiques importantes ont été menées aux États Unis et montrent une constante augmentation du nombre de consultations pour douleurs abdominales dans les services d'urgence américains. D'après ces études, environ 40% des patients admis pour ce motif seraient hospitalisés alors que seulement 10% des admissions se termineraient finalement par un geste chirurgical. A l'opposé, près de 50% des patients sortiraient de l'hôpital sans aucun diagnostic étiologique. La morbimortalité serait croissante avec l'âge des patients et ce dès 50 ans (3). D'autres études semblables existent avec des

résultats similaires comme en Italie (4), qui possède un système de santé plus proche du système français.

En France, on retrouve quelques études épidémiologiques à propos des douleurs abdominopelviennes ou lombaires aux urgences. Cependant, elles sont pour la plupart soit locales (études unicentriques (5,6) ou thèses (7,8)), soit spécialisées (9) perdant alors toute transversalité.

Il semblait donc intéressant de se pencher sur la prise en charge en France des douleurs abdominopelviennes et lombaires grâce à une étude nationale à la population conséquente. En s'appuyant sur les données de la littérature, un focus sur les sujets de plus de 75 ans semblait pertinent. Ces patients étant de plus en plus nombreux à être admis aux urgences.

Pour ce travail de thèse nous avons utilisé l'étude EpiAbdo. Il s'agit d'une étude de 2017, soutenue par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) dans le cadre de l'Initiative Recherche Urgences, nous permettant de nous appuyer sur une base de données conséquente (environ 1500 dossiers), issue d'une étude observationnelle nationale et multicentrique. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de participer au recueil de données lors d'une journée de stage au cours de mon semestre d'internat aux urgences.

2. État des connaissances actuelles

2.1 Vieillesse de la population :

2.1.1 Démographie

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale nous assistons à une augmentation de l'espérance de vie dans presque tous les pays du monde (10). La corrélation entre allongement de l'espérance de vie et facteurs économiques divers a été prouvée (11). Une amélioration des facteurs nutritionnels, du mode de vie, de l'hygiène mais aussi de facteurs sociaux et liés au travail ont participé à ce phénomène. Une prise de conscience politique et les progrès de la médecine ont permis le développement de la prévention et la santé publique.

La France est dans cette dynamique, l'espérance de vie augmente depuis les années 1940. En 2017, l'espérance de vie à la naissance est estimée à 79,4 ans pour les hommes et à 85,2 ans pour les femmes pour l'ensemble du pays (12). Si l'âge moyen de la population française augmente ce n'est pas seulement lié à l'augmentation de l'espérance de vie, la proportion de personnes de plus de 65 ans augmente elle aussi. Comme le montre la pyramide des âges (Figure 1), la natalité en France a connu un pic entre 1945 et les années 60, ces « baby-boomers » ont maintenant entre 60 et 75 ans. Au 1^{er} janvier 2018 les personnes âgées de plus de 65 ans représentaient 19,9% de la population (12,8 en 1985) et les plus de 75 ans 9,3% (contre 6,3 en 1985). Cette tendance se poursuit puisqu'on estime qu'en 2060, une personne sur trois aura plus de 60 ans.

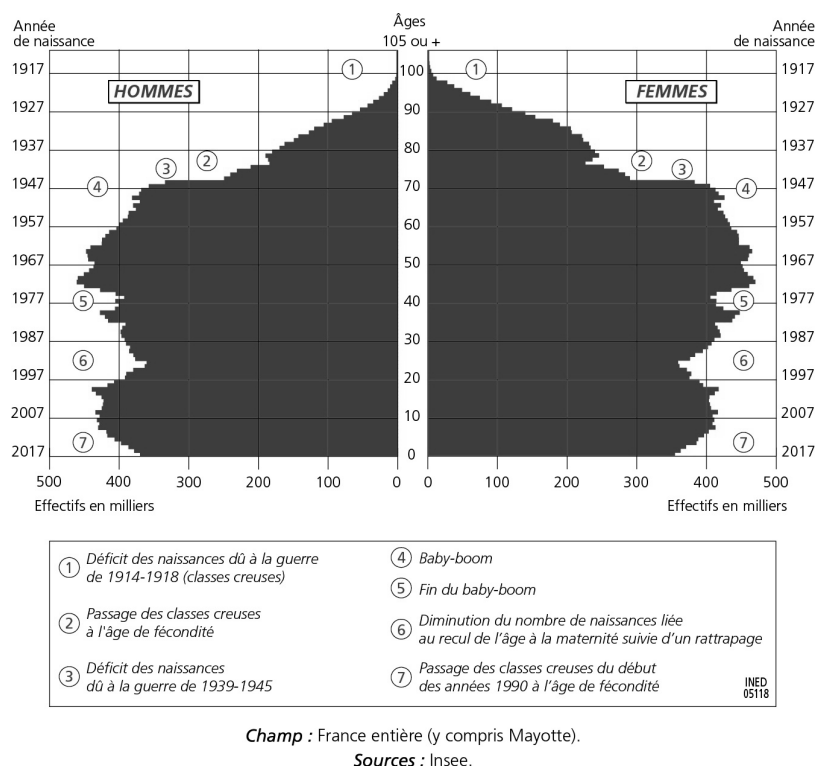


Figure 1 Pyramide des âges en France en 2018

2.1.2 Vieillesse et santé

Du fait de ces évolutions il n'existe pas de limite bien définie pour exprimer à quel âge commence la vieillesse.

En 2016, l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) a publié un rapport mondial sur le vieillissement et la santé (13). Il y est rappelé que dans la littérature scientifique on parlait généralement de vieillesse à partir de 60 ans dans les pays à revenus élevés. L'espérance de vie augmentant cette limite a évolué pour être maintenant plus souvent placée à 65 ans. Actuellement, de nombreuses publications étudient les sujets dit « très âgé » (*older, elderly*) avec là aussi une limite variable selon les sources entre 75 voire 80 ou 85 ans.

Le vieillissement de la population a des conséquences sur sa santé, les sujets âgés étant plus nombreux à être atteints de pathologies chroniques (14). En effet, 70% des patients âgés de plus 65 ans auraient au moins une pathologie (dans une liste des 40 pathologies les plus fréquentes, somatiques comme mentales). Après 75 ans, ce chiffre atteint presque 85% .

Cette multi morbidité est associée de manière significative à une mortalité plus élevée, à une invalidité accrue, à une dégradation de l'état fonctionnel et à une qualité de vie inférieure. Cela conduit également à une plus grande consommation de soins de santé (coûts, durée d'hospitalisation et nombre de visites chez le médecin) (15).

La population est donc vieillissante avec des patients polypathologiques consommateurs de soins. Il est logique que l'âge moyen des consultants aux urgences augmente aussi. D'après des méta analyses américaines, 12 à 24% des patients aux urgences auraient plus de 65 ans (16,17). Les chiffres sont comparables en France. En 2018, 25% des patients admis aux urgences avaient plus de 65 ans, 17% avaient plus de 75 ans et 7% plus de 85 ans) (1). Les sujets âgés semblent donc surreprésentés par rapport aux données démographiques.

2.2 Urgences et gravité

2.2.1 Généralités

Avec les médecins généralistes libéraux, les urgences constituent la première ligne du système de santé français. La collaboration entre ces acteurs de premier recours permet de proposer au patient le niveau de soin le plus approprié à sa situation (18). La médecine d'urgence a pour objectifs la prévention, le diagnostic, le traitement et l'orientation des patients pouvant présenter un large éventail de maladies ou de blessures non prévisibles (19). En France, les services d'urgence sont une porte d'entrée essentielle dans le parcours de soin. Ils assurent les prises en charge non programmées, dans des établissements de santé publics ou privés 24h sur 24, tous les jours de l'année. Toute personne s'y présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique y sera pris en charge (20).

2.2.2 Tri aux urgences

L'augmentation d'activité des services d'urgence au cours des dernières années et la diversité des pathologies ont nécessité une organisation rigoureuse afin de prioriser au mieux les urgences. En France, la circulaire DH.4B/D.G.S.3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil d'urgence hospitaliers évoque pour la première fois le rôle d'un(e) infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO). Cette organisation a ensuite fait ses preuves jusqu'à être recommandée par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) en 2004 (21). En 2017, 73% des services d'urgence sur le territoire français possédaient un IAO (1).

L'IAO est le premier soignant rencontré à l'arrivée aux urgences. Son rôle est d'évaluer la « charge en soins » nécessaire pour chaque patient à l'aide d'un examen et d'outils de classification et de triage (22). Cette étape servira à déterminer la priorité de prise en charge et l'orientation du patient au sein du service.

Les services d'urgence sont généralement organisés en filières de prise en charge disposant de locaux et de personnels spécifiques. La salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) prend en charge les patients les plus graves. Elle est règlementaire dans un service d'urgence (SU). On retrouve habituellement aussi une filière "courte" de prise en charge rapide (45% des structures françaises), une filière "longue" (patient nécessitant plusieurs examens complémentaires et à risque d'être hospitalisé) et lorsque cela est nécessaire une filière de simple consultation ou une filière psychiatrique.

Afin de trier efficacement les patients en les plaçant dans la bonne filière et prioriser les patients les plus graves, la SFMU recommande l'utilisation d'échelles spécifiques et dédiées (23). Si le triage est une notion au départ française, de nombreux pays ont créé leur propre échelle adaptée à leur système de santé. Les Américains ont donc développé « l'Emergency Severity Index (ESI) » (24,25), les Britanniques la « Manchester Triage Scale » (MTS) (26,27) et les Canadiens la « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale » (CTAS) (28). Ces 3 échelles les plus répandues ont ensuite souvent servi de base à d'autres pays.

En France, l'utilisation d'une échelle de triage est recommandée mais aucune n'est indiquée en particulier. Il semblerait toutefois que la plupart des services se servent de l'échelle française FRENCH (FRench Emergency Nurses Classification in Hospital) développée et améliorée depuis les années 1990 (1,29). La FRENCH, comme la plupart des autres échelles internationales, permet un triage des patients sur 5 niveaux. En évaluant quelques symptômes majeurs comme la douleur ou l'état de vigilance, des anomalies des constantes, des comorbidités ou l'âge. L'utilisation de la FRENCH par l'IAO permet de classer le patient rapidement dans la filière la plus adaptée à son état.

2.2.3 Application aux sujets âgés

Ces échelles ont pour la plupart été initialement développées et validées pour la population générale sans tenir compte des particularités des sujets âgés. Le vieillissement mais aussi les comorbidités, ou la polymédication qui en découle rendent la sémiologie atypique. Des signes spécifiques comme la douleur ou la fièvre peuvent être absents, et les constantes hémodynamiques peuvent être modifiées (2). Pourtant, ce sont notamment ces critères qui sont pris en compte dans les scores de tri.

Dans la littérature, les études testant l'efficacité de ces scores chez les patients de plus de 65 ans sont discordantes. Si certaines montrent que les trois principaux scores (CTAS , MTS et ESI) sont applicables pour les patients de plus de 65 ans (30–32), d'autres concluent le contraire (33–35). Une étude japonaise de 2018 utilisant un score (JTAS) calqué sur la CTAS conclue même à une efficacité à classer les patients inversement proportionnels à l'âge.

2.3 Douleurs abdominopelviennes :

2.3.1 Épidémiologie et généralités

D'après l'enquête nationale française des urgences publiée en 2018 par la SFMU (1), les plaintes digestives sont la 3ème cause de consultation dans les services d'urgence, après les traumatismes et les symptômes cardiovasculaires. Dix pourcents des patients admis aux urgences en France auraient pour motif un ou plusieurs symptômes digestifs et parmi eux, 73% se plaindraient d'une douleur abdominale.

Le grand nombre de causes potentielles de douleurs abdominales aiguës non traumatiques chez l'adulte rend souvent difficile la démarche diagnostique. Cette démarche devant être rapide aux urgences car le spectre des étiologies va de la simple douleur fonctionnelle jusqu'à l'urgence chirurgicale pour laquelle le délai de prise en charge impacte directement le pronostic. (9)

La clinique doit avoir une place centrale dans la démarche diagnostique. La localisation, l'intensité, la chronologie d'initiation, l'existence de symptômes généraux etc., orientent le praticien dans son diagnostic mais aussi sur la prise en charge à poursuivre. Cependant, l'existence d'irradiations, de projections ou par exemple la dimension psychologique de la douleur sont des éléments qui peuvent gêner le raisonnement du clinicien (36).

2.3.2 Particularités liées à l'âge

Le vieillissement entraîne divers changements physiologiques tels que des troubles de la circulation rénale et hépatique, l'altération du système nerveux central et périphérique ou encore une dégradation des mécanismes homéostatiques comme la régulation thermique (2). Ces modifications peuvent être exacerbées par des comorbidités ou des traitements que prennent les patients âgés.

La sémiologie de ces sujets âgés peut donc être trompeuse. La qualité du système nerveux périphérique diminuant avec l'âge, la perception de la douleur change (37). Les sujets âgés sont donc classiquement moins douloureux que les jeunes. Des signes d'alerte comme la fièvre ou la tachycardie peuvent être manquants du fait de prise de traitements ou simplement du vieillissement. D'autres symptômes, moins spécifiques, peuvent être au premier plan et doivent alerter comme une confusion ou une agitation, une hypothermie ou une altération brutale de l'état général (2).

2.3.3 Explorations paracliniques

Dans le but d'avancer dans la démarche diagnostique ou pour rechercher des critères de gravité modifiant la prise en charge thérapeutique, il est souvent nécessaire d'avoir recours à des examens radiologiques ou biologiques.

a) Imagerie

Les techniques d'imagerie ont évolué au cours des dernières années et les indications également. En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations sur le recours à l'imagerie chez les patients consultant aux urgences pour une douleur abdominopelvienne (38).

D'après ces recommandations, le cliché radiologique seul ou Abdomen Sans Préparation (ASP) ne doit être réservé chez l'adulte qu'à un nombre très restreint de situations

- la recherche d'un corps étranger ingéré
- la recherche d'une colectasie en cas de colite aigue grave chez un patient atteint d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI)

- le diagnostic d'une constipation et/ou d'un fécalome en milieu psychiatrique ou chez les personnes âgées institutionnalisées.

La disponibilité encore limitée de l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) ne permet pas sa recommandation pour le moment (39,40), hormis en seconde intention de douleurs pelviennes notamment gynécologiques (après une échographie).

C'est donc sur l'échographie abdominale et la tomodensitométrie abdominopelvienne (TDM AP) que doivent reposer en grande majorité les explorations radiologiques de douleur abdominale.

- Le scanner avec injection de produit de contraste doit être l'examen de première intention dans les cas où l'on suspecte un diagnostic mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel à court terme (péritonite, rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale, infarctus mésentérique, syndrome occlusif).
- Dans les autres cas, le recours à l'échographie doit être privilégié en première intention. Dans un deuxième temps, si l'échographie est normale ou ininterprétable le scanner trouve sa place. Cet algorithme «échographie +/- scanner » a une excellente sensibilité et permettrait d'éviter 51% de scanners qui auraient été réalisés sans échographie préalable (41).

b) Biologie

D'après les recommandations françaises, aucun bilan biologique ne doit être fait systématiquement devant une douleur abdominale. Les examens prescrits doivent l'être selon la symptomatologie, le diagnostic suspecté et le terrain.

Certains marqueurs, effectués en routine comme la Numération Formule Sanguine (NFS) pour rechercher une hyperleucocytose, le dosage de la

Protéine-C-réactive (CRP), de la procalcitonine (PCT) ou la mesure de la lactatémie posent question.

- La leucocytémie et la CRP sont les deux biomarqueurs les plus souvent prescrits dans les tableaux de douleurs abdominales (42). Indépendamment, la sensibilité de la CRP et de la leucocytémie est trop faible (31 à 41% pour une CRP > 50 mg/L et 66 à 78% pour les globules blancs > $10 \times 10^9/L$) pour dépister les situations urgentes. Le constat est le même en combinant ces deux marqueurs.
- Pour la PCT, le constat est sensiblement le même. Des études récentes en réanimation dans un contexte de pneumopathie ont montré une valeur prédictive négative suffisamment forte pour pouvoir guider une antibiothérapie. Pour les douleurs abdominales les études manquent, il semblerait que la PCT est un bénéfice par rapport à la CRP notamment par sa cinétique plus rapide pour identifier les patients justifiant une hospitalisation. Cependant, la valeur ajoutée réelle du dosage de la PCT par rapport à une bonne évaluation clinique n'apparaît pas suffisante pour la doser en routine (43).
- Le bilan hépatique et la lipasémie doivent être réalisés devant un tableau clinique évocateur d'une origine hépatobiliaire et/ou pancréatique. Cependant, là aussi, il semble nécessaire de critiquer les résultats. En effet, la lipase est élevée chez 13% des patients présentant des affections autres que pancréatiques et chez 1 à 2% de ces patients, le taux de lipase est plus de trois fois supérieur à sa valeur de référence, seuil habituellement utilisé pour conclure au diagnostic de pancréatite aiguë (44).
- La redéfinition récente du sepsis avec l'introduction des scores qSOFA et SOFA intégrant le dosage de la lactatémie montre l'importance des lactates comme facteur de gravité de morbidité (45). Dans les cas

de douleurs abdominales supposées graves, le dosage des lactates semble donc pertinent. Non spécifique d'une pathologie en particulier, la lactatémie augmente en cas d'inadéquation entre apport et besoin tissulaire en oxygène. C'est le cas d'un sepsis grave mais aussi lors d'une ischémie mésentérique. C'est dans ce cas que le dosage des lactates (idéalement artériel) est le plus souvent demandé aux urgences. Une étude française de 2014 a étudié rétrospectivement 780 cas d'ischémie mésentérique (46). Un taux de lactate supérieur à 2,7mmol/L était un facteur de mortalité mais 23% des patients (dont 16% des patients décédés) avaient un taux de lactate normal. La sensibilité de la lactatémie était de 77% et la spécificité de 50%. Un taux de lactate élevé dans la suspicion d'ischémie mésentérique doit donc alerter mais sa normalité n'élimine pas le diagnostic (47).

2.3.4 Diagnostic

a) Épidémiologie

Malgré une approche clinique et paraclinique adéquate, un diagnostic en fin de prise en charge aux urgences n'est pas toujours possible. Dans différentes études provenant de pays occidentaux, entre 15 et 40% des patients admis pour douleur abdominale quittent les urgences sans étiologie retrouvée avec le diagnostic de « douleur abdominale non spécifique » (DANS) (3,4,48,49). Il s'agit donc de la 1ère étiologie retrouvée aux urgences pour ce motif de consultation. Viennent ensuite les coliques néphrétiques (31%), les pathologies biliaires (7%), appendicites (3,8%) et diverticulites (3,6%).

b) Chez les personnes âgées

Chez les patients âgés de plus de 65 ans, les proportions des différents diagnostics varient. Là aussi, les DANS représentent presque le tiers (29,7%) des diagnostics de douleurs abdominales. La répartition des autres diagnostics diffère ensuite légèrement par rapport aux patients plus jeunes : le nombre de coliques néphrétiques diminue (20,8% vs 34,5 chez les plus jeunes) mais la proportion de diverticulites (7,3% vs 2,5), d'occlusions (2,3% vs 0,3%), ou de douleurs d'origine oncologique (3,6 vs 0,4%) augmente. Ces pathologies surreprésentées comparativement à la population plus jeune, sont plus à risque de complications ou suggèrent des comorbidités sous-jacentes. De plus, les pathologies intriquées et la pauvreté des signes cliniques chez la personne âgée compliquent la prise en charge et peuvent être sources d'errance dans le diagnostic et le traitement (50–53).

D'après la littérature, ces différents constats semblent expliquer en quoi la morbimortalité des sujets âgés consultants aux urgences pour douleurs abdominopelviennes ou lombaires apparaît supérieure à celle des patients plus jeunes s'y présentant pour le même motif. Ce constat est d'autant plus vrai avec l'augmentation de l'âge. La morbimortalité augmenterait proportionnellement à l'âge et ce, dès 50 ans.

3. Question de recherche et objectifs de travail

Dans ce travail, notre question de recherche est de savoir s'il existe une différence de gravité suivant l'âge des patients se présentant aux urgences pour une douleur abdominale.

Notre hypothèse de travail est que, d'après la littérature internationale existante sur le sujet, les patients âgés sont en effet plus graves. Cela pourrait

s'expliquer par un terrain fragilisé, des diagnostics aux pronostics plus sombres, une prise en charge médicale aux urgences différente des patients plus jeunes.

L'objectif principal de notre étude est donc de comparer la gravité des patients suivant leur âge. Pour cela, nous comparerons les taux de mortalité et d'hospitalisation au sein de deux populations (< 75 ans et ≥ 75 ans).

Nous chercherons également à évaluer la prise en charge aux urgences de ces patients de 75 ans et plus en comparant certaines données comme la présentation clinique initiale, le temps de passage, le tri initial, le recours aux examens complémentaires ou la prise en charge de la douleur.

Nous discuterons ensuite ces résultats au regard d'autres études sur le sujet.

Matériel et méthode

1. Objectif principal

Comparer la gravité des patients de plus de 75 ans par rapport à ceux de moins de 75 ans pris en charge aux urgences pour une douleur abdominale.

Le critère de jugement principal était la combinaison des taux d'hospitalisation et de mortalité (immédiate et sur un délai de 30 jours lors d'une hospitalisation).

2. Objectifs secondaires

Comparer la prise en charge des douleurs abdominales aux urgences en fonction de l'âge (plus et moins de 75ans) :

Les critères de jugements secondaires étaient :

- Modalités d'admission (adressé, régulé, spontané),
- Paramètres vitaux initiaux
- Grade de tri par l'IAO ou le médecin d'accueil et d'orientation (MAO)
- Évaluation de la douleur
- Pallier d'antalgique et voie d'administration
- Recours aux examens d'imageries
- Recours aux examens biologiques
- Recours à un avis spécialisé
- Temps de passage aux urgences
- Diagnostic posé à la sortie du service

3. Méthode

3.1 Type

Il s'agit d'une étude ancillaire de l'étude EpiAbdo, une étude prospective, observationnelle, descriptive nationale et multicentrique sur 24h.

3.2 Population étudiée

L'étude EpiAbdo se basait sur un recrutement pendant 24h (du 19/09/2017 à 9h jusqu'au 20/09/2017 à 9h) de tous les patients pédiatriques et adultes appelant au SAMU et/ou pris en charge par une équipe SMUR et/ou admis au motif d'une douleur abdominopelvienne ou lombaire dans un service d'urgence en France métropolitaine.

1505 dossiers ont été retenus au terme de l'étude (993 patients aux urgences, 499 dossiers de régulation SAMU et 13 dossiers SMUR). Les patients hospitalisés ont été suivis sur 30 jours afin de recueillir un éventuel décès dans ce délai à l'hôpital.

Ce travail de thèse étudie la prise en charge hospitalière des patients se plaignant d'une douleur abdominopelvienne ou lombaire. Les dossiers de SAMU ont donc été exclus. En effet, un risque de doublon existait par le fait qu'un patient appelant un SAMU pouvait se rendre ensuite aux urgences ou être pris en charge par un SMUR. Les 13 patients pris en charge par le SMUR sont ensuite passés par les urgences et les dossiers ont pu être chaînés, évitant le risque de doublon.

La population étudiée est donc de 1006 patients (993 dossiers des urgences et 13 dossiers SMUR) (Figure 2).

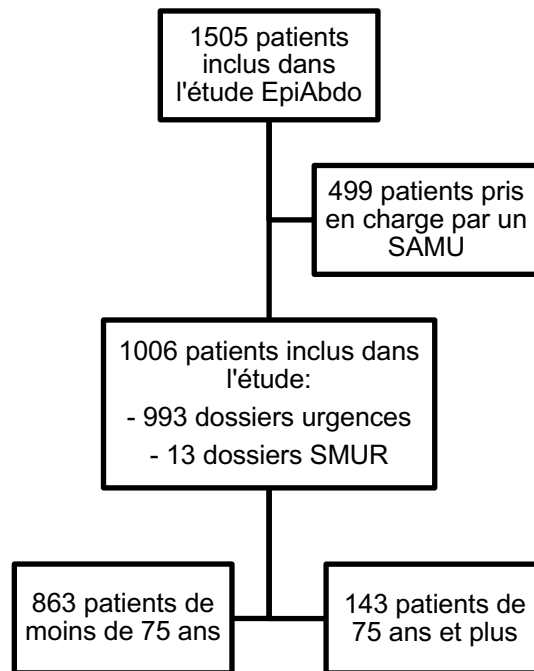


Figure 2 Diagramme de flux

3.3 Structures concernées

SAMU, SMUR et services d'urgences, publics et privés, adhérant à l'IRU (Initiatives Recherche Urgences) au sein de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). Les services volontaires pour participer à cette étude se sont enregistrés auprès du secrétariat de la SFMU et de l'investigateur coordonnateur. Un numéro d'identifiant leur a été attribué avant le début de l'étude.

Au final, on note une participation de 228 centres de tailles et statuts différents (41 CHU, 68 CH périphériques, 1 clinique privée) sur tout le territoire métropolitain français ; 107 services d'urgences, 81 SMUR et 40 SAMU.

3.4 Données recueillies

Le recueil des données s'est effectué sur des fiches papiers individuelles (annexe 1) et par structures (SAMU-SMUR-Urgences). Les données recueillies concernaient les données démographiques, le motif de recours, les modalités d'admission, les délais (notamment début de la douleur, appel ou admission aux urgences, intervention du SMUR, prise en charge médicale), les caractéristiques de la douleur, les comorbidités, les examens complémentaires réalisés, les traitements administrés en pré hospitalier et aux urgences, la décision médicale en régulation, les durées de séjour aux urgences et en hospitalisation, l'orientation et le devenir des patients, enfin le suivi à J30 en cas d'hospitalisation.

3.5 Informations patients

Les patients ont été informés oralement par le médecin les prenant en charge et une note d'information leur a été délivrée avec les coordonnées de l'investigateur principal. Si le patient a présenté des difficultés de compréhension momentanées ou constantes, l'information a été délivrée au moyen d'une note d'information écrite à la personne de confiance ou à son aidant. Pour les patients des centres de régulation SAMU, une note leur a été envoyée au domicile.

3.6 Critère de jugement principal

Critère composite prenant en compte le taux d'hospitalisation en aval des urgences et le taux de mortalité (dans le service ou au cours de l'hospitalisation avec un recueil de données allant jusqu'à 30 jours).

3.7 Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée sur le logiciel Epi Info™. Les données ont ensuite été contrôlées et analysées à l'aide du logiciel statistique STATA 13.0 et de l'outil décisionnel Tableau Software 10.0.1.

Les tests du Chi-2 ou de Fisher (en fonction de la taille des effectifs) ont été utilisés pour la comparaison de données qualitatives en fonction des groupes d'âge (avec la limite choisie de 75 ans). Les données quantitatives ont été comparées en utilisant le test de Student.

Un risque alpha inférieur à 5% ($p < 0.05$) était admis comme significatif.

Résultats

1. Centres participants

Au total, 228 centres en France métropolitaine ont participé à l'étude EpiAbdo.

La répartition sur le territoire français a été assez homogène (voir Annexe 2). On note tout de même un nombre plus important de centres participants dans le Nord, en Ile de France et Normandie ainsi qu'en Nouvelle Aquitaine ou en Auvergne Rhône-Alpes. Au contraire les régions Centre-Val de France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et l'ancienne région Languedoc Roussillon sont moins pourvues.

Afin de représenter au mieux l'offre de soin hospitalière et pré hospitalière française, l'étude a porté sur des services d'urgences (107 services), des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) (40 services) et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) (81 services). Certains centres ont participé à l'étude dans plusieurs de leurs services (SU + SAMU, SU + SMUR, SAMU + SMUR ou SU + SAMU + SMUR).

Différents types de structures ont participé, quasi exclusivement des hôpitaux publics puisqu'une seule clinique privée a pris part à l'étude contre 41 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et 68 Centres Hospitaliers Périphériques (CHP).

En Nouvelle Aquitaine, 29 centres ont participé (soit 13% des centres français). Parmi eux 12 SU, 6 SAMU et 11 SMUR (voir Annexe 2).

2. Population étudiée

Dans l'étude, l'âge médian était de 40 ans (IIQ [25-62]). La majorité des patients avait entre 15 et 74 ans (785, 78%), 78 (8%) avaient moins de 15 ans et 143 (14%) avaient 75 ans et plus. Les patients âgés possédaient significativement plus d'antécédents médico-chirurgicaux et prenaient plus de traitements que les plus jeunes (Tableau 1).

	Total N (%)	< 75 ans N (%)	≥ 75ans N (%)	p
Sexe	N = 1 006	N = 863	N = 143	
Femme	586 (58)	509 (59)	77 (54)	0,25
Homme	420 (42)	354 (41)	66 (46)	
Antécédents médicaux	N = 1 001	N = 858	N = 143	
Aucun	409 (41)	403 (47)	6 (4)	<0,001
Au moins un ATCD	592 (59)	455 (53)	137 (96)	
- Cardiovasculaires	229 (23)	116 (14)	113 (79)	<0,001
- Gynécologiques	92 (9)	80 (9)	12 (8)	0,72
- Urologiques	136 (14)	102 (12)	34 (24)	<0,001
- Cancérologiques	89 (9)	62 (7)	27 (19)	<0,001
- Digestifs	224 (22)	173 (20)	51 (36)	<0,001
- Métaboliques	102 (10)	74 (9)	28 (20)	<0,001
- Autres	36 (4)	31 (4)	5 (3)	0,94
ATCD de chirurgie abdominopelvienne	N = 1 006	N = 863	N = 143	
Oui	248 (25)	192 (22)	56 (39)	<0,001
Non	758 (75)	671 (78)	87 (61)	
Traitement habituel	N = 1 000	N = 858	N = 142	
Aucun	588 (59)	582 (68)	6 (4)	<0,001
Au moins un traitement	412 (41)	276 (32)	136 (96)	
- AINS / Corticoïdes	46 (5)	35 (4)	11 (8)	0,05
- Antiagrégant	104 (10)	44 (5)	60 (42)	<0,001
- Anticoagulant	43 (4)	13 (2)	30 (21)	<0,001
- IPP	109 (11)	63 (7)	46 (32)	<0,001
- Chimiothérapie	16 (2)	13 (2)	3 (2)	0,49
- Neuroleptiques	30 (3)	16 (2)	14 (10)	<0,001
- Antalgiques	158 (16)	114 (13)	44 (31)	<0,001
- Autres	180 (18)	97 (11)	83 (58)	<0,001

ATCD : Antécédents ; AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens ; IPP : Inhibiteur de la Pompe à Protons

3. Prise en charge aux urgences

3.1 Arrivée dans le service

Les patients âgés étaient plus souvent adressés par un médecin (libéral ou centre 15) et transportés par une ambulance (Tableau 2).

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Mode d'arrivée aux urgences	N = 1 005	N = 862	N = 143	
Spontané	644 (64)	594 (69)	50 (35)	<0,001
Adressé	361 (36)	268 (31)	93 (65)	
<i>Médecin libéral</i>	206 (20)	157 (18)	49 (34)	<0,001
<i>SAMU C15</i>	119 (12)	84 (10)	35 (24)	<0,001
<i>IDE</i>	7 (1)	5 (1)	2 (1)	0,26
<i>Autre CH/clinique</i>	29 (3)	22 (3)	7 (5)	0,17
Transport d'arrivée aux urgences	N = 997	N = 858	N = 139	
Moyens personnels	742 (74)	701 (82)	41 (29)	<0,001
Ambulance privée	172 (17)	88 (10)	84 (60)	<0,001
VSAV	75 (8)	64 (7)	11 (8)	0,85
SMUR	8 (1)	5 (1)	3 (2)	0,09

SAMU C15 : Services d'aide médicale urgente / Centre 15 ; IDE : Infirmier(e) diplômé d'état ; CH : Centre hospitalier ; VSAV : Véhicule de secours et d'aide aux victimes ; SMUR : Services mobiles d'urgence et de réanimation

3.2 Tri

En utilisant la classification FrENCH (voir Annexe 3), les patients de 75 ans et plus étaient significativement plus souvent classés avec un score entre 1 et 3 c'est-à-dire comme à risque de s'aggraver dans les 24h.

Par contre, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les deux populations en groupant les scores 1 et 2, c'est-à-dire nécessitant une prise en charge médicale dans les 20 minutes (Tableau 3).

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Tri IAO	N = 954	N = 822	N = 132	
1	11 (1)	9 (1)	2 (2)	
2	157 (16)	136 (17)	21 (16)	
3	473 (50)	390 (47)	83 (63)	
4	261 (27)	240 (29)	21 (16)	
5	52 (5)	47 (6)	5 (4)	
1+2	168 (18)	125 (15)	23 (17)	0,95
3+4+5	786 (82)	697 (85)	109 (83)	
1+2+3	641 (67)	535 (65)	106(80)	<0,001
4+5	313 (33)	287 (35)	26 (20)	

3.3 Examen clinique

Les patients de 75 ans et plus présentaient significativement plus de symptômes associés à la douleur et notamment des symptômes pouvant être perçus comme des signes de gravité (signes de choc, signes d'irritation péritonéale, hémorragie digestive, arrêt du transit) (Tableau 4).

Tableau 4 Constantes et examen clinique aux urgences

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Bilan médical, moy [min-max]	N = 960	N = 819	N = 141	
PAS (mmHg)	132,2 [69-244]	130,9 [69-228]	139,2 [73-244]	0,002
PAD	74,0 [1-144]	74,5 [1-144]	71,1 [5-130]	0,07
PAM	93,4 [38-159]	93,3 [38-157]	93,8 [41-159]	0,77
FC (/min)	N = 970 85,6 [40-178]	N = 828 86,1 [40-178]	N = 142 82,9 [50-120]	0,03
SpO2 (%)	N = 917 98,1 [50-100]	N = 788 98,5 [91-100]	N = 129 96,0 [50-100]	<0,001
Température (°C)	N = 947 36,8 [32,7-40,5]	N = 818 36,8 [32,7-40,5]	N = 129 37,0 [35,5-39,7]	0,68
Glycémie (g/L)	N = 312 1,3 [0,6-4,9]	N = 258 1,2 [0,7-4,7]	N = 54 1,6 [0,6-4,9]	0,004
Symptômes associés	N = 1 003	N = 860	N = 143	
Aucun	429 (43)	392 (46)	37 (26)	<0,001
Au moins un signe	574 (57)	468 (54)	106 (74)	
<i>Signes de choc</i>	14 (1)	5 (1)	9 (6)	<0,001
<i>Défense</i>	90 (9)	71 (8)	19 (13)	0,05
<i>Autres SFD</i>	324 (32)	277 (32)	47 (33)	0,88
<i>Hémorragie dig.</i>	24 (2)	16 (2)	8 (6)	0,01
<i>SFU</i>	132 (13)	106 (12)	26 (18)	0,05
<i>Arrêt transit</i>	62 (6)	39 (5)	23 (16)	<0,001
<i>Retard de règles</i>	14 (1)	14 (2)	0 (0)	
<i>Métrorragies</i>	10 (1)	10 (1)	0 (0)	

PAS : Pression artérielle systolique ; PAD : Pression artérielle diastolique ; PAM : Pression artérielle moyenne ; FC : Fréquence cardiaque ; SpO2 : Saturation pulsée en oxygène ; SFD : signe fonctionnel digestif ; SFU : signe fonctionnel urinaire

3.4 Examens paracliniques

3.4.1 Bilan biologique sanguin

Chez les 798 patients ayant eu au moins un examen biologique sanguin, les examens les plus prescrits étaient :

- Une NFS : 781 patients (98%)

- CRP : 707 patients (89%)
- Un ionogramme plasmatique : 705 patients (88%)
- Un bilan hépatique (+/- lipasémie) : 548 patients (67%)
- Beta HCG : 198 patients (25%)
- Une troponinémie : 90 patients (11%)
- Une lactatémie : 84 patients (10,5%)
- PCT : 27 patients (3%)

Il était significativement plus fréquent de prescrire au moins un examen biologique sanguin chez les sujets de 75 ans et plus (Tableau 5).

Tableau 5 Examens biologiques réalisés				
	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Au moins un examen sanguin	N = 991	N = 853	N = 138	
Oui	798 (81)	672 (79)	126 (91)	p<0,001
Non	193 (19)	181 (21)	12 (9)	

3.4.2 Imagerie

Chez les 416 (42%) patients ayant eu au moins un examen radiologique, les examens les plus prescrits étaient :

- Un scanner abdominopelvien pour 265 patients (64%) dont 184 scanners avec injection de produit de contraste, 62 scanners non injecté et 19 uroscanners
- une échographie abdominale pour 173 patients (42%)
- un ASP pour 45 patients (11%)
- une IRM seulement a été relevée dans les dossiers (<1%).

Un scanner était significativement plus fréquemment réalisé chez les patients âgés (Tableau 6).

Tableau 6 Examens d'imagerie réalisés

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Échographie	N = 984	N = 848	N = 136	
Oui	142 (14)	128 (15)	14 (10)	0,14
Non	842 (86)	720 (85)	122 (90)	
TDM AP	N=984	N=850	N=134	
Oui	265 (27)	203 (24)	62 (46)	p<0,001
Non	719 (73)	647 (76)	72 (54)	

TDM AP : Tomodensitométrie abdominopelvienne

3.5 Avis spécialisé

Un avis spécialisé a été demandé pour 287 patients (29%). Ont été sollicité :

- Un chirurgien digestif pour 133 patients (46%)
- Un urologue pour 53 patients (18%)
- Un gastroentérologue pour 53 patients (18%)
- Un gynécologue pour 29 patients (10%)
- Un cardiologue pour 4 patients (1%)
- Un chirurgien vasculaire pour 2 patients (<1%)

Les patients de 75 ans et plus étaient plus sujets à recevoir l'avis d'un spécialiste (Tableau 7).

Tableau 7 Recours à un avis spécialisé

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Avis spécialisé	N = 992	N = 857	N = 135	
Oui	287 (29)	232 (27)	55 (41)	0,001
Non	705 (71)	625 (73)	80 (59)	

4. Prise en charge de la douleur

A l'admission, les patients de 75 ans et plus déclaraient une douleur moins intense que les patients plus jeunes. Ils étaient plus nombreux à ne déclarer aucune douleur (EN=0) lors de l'évaluation initiale (Tableau 8).

Tableau 8 Caractéristiques de la douleur abdominale à l'admission				
	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Origine de la douleur	N = 1 006	N = 863	N = 143	
Médicale	972 (97)	834 (97)	138 (97)	0,99
Traumatique	34 (3)	29 (3)	5 (3)	
Début de la douleur (heures)	N = 870	N = 739	N = 131	
<6	117 (13)	98 (13)	19 (15)	0,69
[6-12[	108 (12)	100 (14)	8 (6)	0,02
[12-24[	147 (17)	118 (16)	29 (22)	0,08
≥24	498 (57)	423 (57)	75 (57)	0,99
Type de la douleur	N = 978	N = 840	N = 138	
Permanente	515 (53)	440 (52)	75 (54)	0,67
Intermittente	463 (47)	400 (48)	63 (46)	
Siège(s) de la douleur	N = 1 006	N = 863	N = 143	
Partie supérieur abdomen	294 (29)	248 (29)	46 (32)	0,40
Partie inférieure abdomen	349 (35)	303 (35)	46 (32)	0,49
Lombaire	212 (21)	191 (22)	21 (15)	0,04
Diffuse	200 (20)	165 (19)	35 (24)	0,14
Centre	241 (24)	209 (24)	32 (22)	0,63
Droite	288 (29)	257 (30)	31 (22)	0,05
Gauche	167 (17)	144 (17)	23 (16)	0,86
Échelle numérique (0 à 10)	N = 882	N = 773	N = 109	
Moy [min-max]	5,4 [0-10]	5,5 [0-10]	4,8 [0-10]	0,04
Aucune douleur 0	78 (9)	59 (8)	19 (17)	0,001
Douleur modérée [1-4[	144 (16)	124 (16)	20 (18)	0,48
Douleur intense [4-7[	309 (35)	277 (36)	32 (29)	0,18
Douleur sévère [7-10[	273 (31)	245 (32)	28 (26)	0,20
Douleur maximale 10	78 (9)	68 (9)	10 (9)	0,90

Dans l'étude, la prescription d'antalgiques de palier 2 a été significativement moins importante chez les patients de plus de 75 ans.

Pour la voie d'administration, les patients de moins de 75 ans ont reçu plus souvent un antalgique par voie orale. La voie intra veineuse était plus fréquente chez les patients âgés (Tableau 9).

Tableau 9 Prise en charge de la douleur				
	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Antalgique prescrit	N = 1 002	N = 859	N = 143	
Aucun antalgique	209 (21)	173 (20)	36 (25)	0,17
Au moins un antalgique	793 (79)	686 (80)	107 (75)	
Palier 1	608 (61)	517 (60)	91 (64)	0,13
Palier 2	222 (22)	203 (24)	19 (13)	0,006
Palier 3	104 (10)	86 (10)	18 (13)	0,35
Kétamine	5 (<1)	5 (1)	0 (0)	-
Antispasmodiques	249 (25)	218 (25)	31 (22)	0,34
Hypnose	1 (<1)	1 (<1)	0 (0)	-
Autre antalgique	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-
Voie d'administration	N = 786	N = 680	N = 106	
Administration PO	237 (30)	220 (32)	17 (16)	<0,001
Administration IV	571 (73)	480 (71)	91 (86)	0,001
Autre administration	6 (1)	4 (1)	2 (2)	0,19
Antalgique prescrit avant PEC	N = 723	N = 624	N = 99	
Oui	181 (25)	160 (26)	21 (21)	0,34
Non	542 (75)	464 (74)	78 (79)	
Délai entre antalgique et PEC (min), moy [min-max]	N = 181 63,8 [1-749]	N = 160 63,3 [1-749]	N = 21 67,3 [1-402]	0,84
Délai entre PEC et antalgique (min), moy [min-max]	N = 181 47,1 [0-1 364]	N = 160 45,6 [0-1 364]	N = 21 56,0 [0-465]	0,32

PO : per os ; IV : intraveineuse ; PEC: prise en charge

Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence dans l'évaluation finale de la douleur entre les patients de moins et de plus de 75 ans (Tableau 10).

Tableau 10 Évaluation finale de la douleur

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Évaluation finale de la douleur	N = 543	N = 463	N = 80	
Aucune douleur 0	241 (44)	203 (44)	38 (48)	0,54
Douleur modérée [1-4[	223 (41)	191 (41)	32 (40)	0,83
Douleur intense [4-7[	61 (11)	55 (12)	6 (8)	0,25
Douleur sévère [7-10]	18 (3)	14 (3)	4 (5)	0,36
EN, moy [min-max]	1,7 [0-10]	1,7 [0-9]	1,6 [0-10]	0,95
Comparaison évaluation douleur entrée-sortie	N = 515	N = 443	N = 72	
Douleur identique	64 (12)	51 (12)	13 (18)	0,11
Douleur entrée > douleur sortie	438 (85)	380 (86)	58 (81)	0,24
Douleur entrée < douleur sortie	13 (3)	12 (3)	1 (1)	0,51

EN : échelle numérique d'évaluation de la douleur (0 à 10)

5. Fin de la prise en charge aux urgences

5.1 Temps de passage

Le temps de passage aux urgences et le délai de prise en charge étaient plus longs dans le groupe des patients âgés (Tableau 11).

Tableau 11 Temps de passage et de prise en charge aux urgences

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Temps de passage (minutes), moy [min-max]	N = 993	N = 856	N = 137	
	299,6 [16-1370]	284,6 [16-1370]	393,0 [42-1283]	<0,001
Temps de prise en charge (minutes), moy [min-max]	N = 982	N = 843	N = 139	
	228,0 [1-1335]	214,9 [1-1335]	307,2 [18-1170]	<0,001

5.2 Diagnostic

Les diagnostics à la fin de la prise en charge aux urgences ont été obtenus en recueillant les codes de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies, 10^e version). 209 libellés CIM10 différents ont été relevés.

Le Tableau 12 présente les quinze diagnostics les plus fréquemment retrouvés aux urgences à la fin de prise en charge.

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Diagnostic (CIM10)	N = 1004	N = 861	N = 143	
Douleurs abdominales, autres et non précisées	158 (16)	148 (17)	10 (7)	0,002
Colique néphrétique, sans précision	78 (8)	75 (9)	3 (2)	0,006
Gastroentérites et colites ¹	62 (6)	57 (6)	4 (3)	0,08
Constipation	59 (6)	52 (6)	7 (5)	0,6
Gastrite, sans précision	51 (5)	48 (6)	3 (2)	0,08
Lombalgie basse	43 (4)	40 (5)	3 (2)	0,2
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	40 (4)	34 (4)	6 (4)	0,9
Calcul biliaire simple ²	34 (3)	29 (3)	6 (4)	0,6
Occlusions intestinales ³	29 (3)	14 (2)	15 (10)	<0,001
Appendicite aiguë ⁴	28 (3)	26 (3)	2 (1)	0,3
Cystite aiguë	24 (2)	23 (3)	1 (1)	0,2
Cholécystite aiguë & Angiocholite ⁵	20 (2)	14 (2)	6 (4)	0,04
Pancréatite aiguë ⁶	20 (2)	17 (2)	3 (2)	0,9
Diverticulose du côlon, (avec et sans perforation ni abcès)	19 (1)	14 (2)	5 (3)	0,1
Rétention d'urine	15 (2)	7 (1)	8 (6)	<0,001
CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10 ^e version				
¹ Gastroentérites et colites d'origine non précisée ; Gastroentérites et colites d'origine infectieuse, autres et non précisées				
² Calcul des canaux biliaires (sans angiocholite ni cholécystite) ; Calcul de la vésicule biliaire (sans cholécystite)				
³ Occlusions intestinales, autres et sans précision ; Autres obstructions de l'intestin				
⁴ Appendicites aiguës, autres et non précisées ; Appendicite aiguë ; Appendicite, sans précision ; Appendicite aiguë, sans précision ; Appendicite, sans précision				
⁵ Cholécystite aiguë ; Angiocholite [cholangite] ; Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë ; Calcul des canaux biliaires avec angiocholite				
⁶ Pancréatite aiguë, sans précision ; Pancréatite aiguë ; Pancréatite aiguë d'origine biliaire ; Pancréatite aiguë d'origine alcoolique				

5.3 Orientation

Les patients de 75 ans et plus étaient significativement plus souvent hospitalisés que les sujets plus jeunes (Tableau 13).

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
Hospitalisation	N=1 006	N=863	N=143	
Oui	319 (32)	225 (26)	94 (66)	<0,001
Non	687 (68)	638 (74)	49 (34)	
Orientation	N = 994	N = 857	N = 137	
Domicile	679 (68)	635 (74)	44 (32)	<0,001
UHCD	64 (6)	43 (5)	21 (15)	<0,001
Médecine	111 (11)	69 (8)	42 (31)	<0,001
Chirurgie	112 (11)	89 (10)	23 (17)	0,03
Gynécologie	5 (1)	5 (1)	0 (0)	-
USC/Réanimation	6 (1)	3 (<1)	3 (2)	0,04
Bloc opératoire	17 (2)	13 (2)	4 (3)	0,28
USIC / Coro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée ; USC : Unité de soins continus ; USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques

6. Hospitalisation

6.1 Suivi à 30 jours

À 30 jours de leur passage aux urgences, les patients de moins de 75 ans étaient significativement plus nombreux à avoir regagné leur domicile que les plus âgés (Tableau 14).

Tableau 14 Devenir des patients hospitalisés à J30

	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	p
	N = 316	N = 223	N = 93	
Domicile	291 (92)	212 (95)	79 (84)	0,002
Hospitalisation	13 (4)	6 (3)	7 (7)	0,05
Décès	12 (4)	5 (2)	7 (7)	0,03

6.2 Diagnostic au décours de l'hospitalisation

Le diagnostic de DANS était moins souvent posé au décours d'une hospitalisation qu'après un passage aux urgences (Tableau 15).

Tableau 15 Comparaison des diagnostics posés aux urgences et en fin d'hospitalisation

	Urgences N (%)	Fin d'hospitalisation N (%)	p
Diagnostic (CIM10)	N = 1004	N = 318	
Douleurs abdominales, autres et non précisées	158 (16)	14 (4)	<0,001
Colique néphrétique, sans précision	78 (8)	13 (4)	0,02
Gastroentérites et colites ¹	62 (6)	11 (3)	0,06
Constipation	59 (6)	3 (1)	<0,001
Gastrite, sans précision	51 (5)	3 (1)	0,001
Lombalgie basse	43 (4)	1 (<1)	<0,001
Néphrite tubulo-interstitielle aiguë	40 (4)	14 (4)	0,7
Calcul biliaire simple ²	34 (3)	12 (4)	0,7
Occlusions intestinales ³	29 (3)	26 (8)	<0,001
Appendicite aiguë ⁴	28 (3)	28 (9)	<0,001
Cystite aiguë	24 (2)	0	-
Cholécystite aiguë & Angiocholite ⁵	20 (2)	20 (6)	<0,001
Pancréatite aiguë ⁶	20 (2)	20 (6)	<0,001
Diverticulose du côlon, (avec et sans perforation ni abcès)	19 (1)	15 (5)	0,005
Rétention d'urine	15 (2)	6 (2)	0,6

CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10^e version

¹ Gastroentérites et colites d'origine non précisée ; Gastroentérites et colites d'origine infectieuse, autres et non précisées

² Calcul des canaux biliaires (sans angiocholite ni cholécystite) ; Calcul de la vésicule biliaire (sans cholécystite)

³ Occlusions intestinales, autres et sans précision ; Autres obstructions de l'intestin

⁴ Appendicites aiguës, autres et non précisées ; Appendicite aiguë ; Appendicite, sans précision ; Appendicite aiguë, sans précision ; Appendicite, sans précision

⁵ Cholécystite aiguë ; Angiocholite [cholangite] ; Calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aiguë ; Calcul des canaux biliaires avec angiocholite

⁶ Pancréatite aiguë, sans précision ; Pancréatite aiguë ; Pancréatite aiguë d'origine biliaire ; Pancréatite aiguë d'origine alcoolique

7. Mortalité

Une surmortalité chez les patients de 75 ans et plus a été mise en évidence au cours de l'étude (Tableau 16).

Tableau 16 Mortalité au cours de l'étude				
	Total N (%)	<75 ans N (%)	≥75 ans N (%)	P
Décès au cours de l'étude	N = 995	N = 852	N = 143	
Oui	16 (2)	7 (1)	9 (6)	<0,001
Non	979 (98)	845 (99)	134 (94)	
Décès aux urgences/SMUR	N=995	N= 852	N=143	
Oui	4 (<1)	2(<1)	2(1)	0,10
Non	991 (>99)	850 (>99)	141 (99)	
Décès pendant hospitalisation	N=316	N=223	N=94	
Oui	12 (4)	5 (2)	7 (7)	0,03
Non	304 (96)	218 (98)	86 (93)	

SMUR : Services mobiles d'urgence et de réanimation

Discussion

1. Résultats principaux et interprétation

L'objectif principal de ce travail était de rechercher une éventuelle différence de gravité chez les patients de plus de 75 ans par rapport aux patients moins âgés consultants aux urgences pour une douleur abdominopelvienne ou lombaire. Sur ce point, les deux critères de jugements principaux choisis (taux d'hospitalisation et mortalité) montrent une différence significative entre les deux populations.

Dans l'étude, le taux d'hospitalisation est nettement plus important chez les patients de plus de 75 ans (66% vs 26%) à la sortie des urgences avec une durée d'hospitalisation moyenne plus importante.

Pour le taux de mortalité, là aussi, nous retrouvons une différence significative. Dans l'étude, on retrouvait en effet une surmortalité chez les patients les plus âgés (6% vs 1%) tant pendant la prise en charge aux urgences que durant les 30 jours de suivi en hospitalisation.

Ces résultats donnent à penser que les sujets de plus de 75 ans consultant aux urgences pour une douleur abdominopelvienne ou lombaire sont effectivement plus graves que les patients plus jeunes.

Cette conclusion va dans le sens des autres études qui se sont intéressées à cette question (48,52,54,55).

Une des hypothèses pouvant être avancée pour expliquer cette surmorbimortalité est le terrain, modifié par le vieillissement, les comorbidités et les traitements des patients.

Dans notre étude, les sujets âgés présentaient plus de comorbidités (hormis gynécologiques) et prenaient plus de traitements médicamenteux que les sujets plus jeunes. Cette tendance est retrouvée dans la littérature où l'âge, le nombre de comorbidités ou le nombre de traitements sont retenus comme des facteurs

de risque d'hospitalisation ou de mortalité dans plusieurs études d'envergure (16,17,56).

En plus de la prise de traitements ou des comorbidités, le vieillissement aussi modifie la présentation clinique des patients. Les processus physiologiques sont altérés. Des symptômes « d'alerte » comme la douleur, la fièvre, l'adaptation hémodynamique peuvent être manquants ou passer au second plan derrière une symptomatologie plus bruyante comme des troubles de la vigilance ou une confusion (2,37,54).

Ces atypies s'observent dans notre étude. Lors de la première évaluation avec la prise de constantes classiquement réalisée par un(e) IAO, les patients de 75 ans et plus paraissent « plus rassurants » : moins douloureux, moins tachycardes ou avec une pression artérielle légèrement supérieure.

C'est pourtant sur ces facteurs que se basent les scores de tri utilisés par l'IAO à l'arrivée aux urgences (voir Annexe 3). Le score attribué conditionnant ensuite les modalités de prise en charge (filiale, SAUV, temps nécessaire avant prise en charge médicale...).

Alors qu'ils sont plus graves, on voit dans l'étude que les patients ne sont pas plus souvent classés avec les scores 1 et 2 imposant une prise en charge médicale en urgence. Pourtant, lors de l'examen clinique, le médecin retrouve plus de signes associés chez les patients âgés, notamment des symptômes devant être perçus comme des critères de gravités : signes de choc, défense, hémorragie digestive, signes d'occlusion intestinale. Dans la classification FrENCH (voir Annexe 3), ces symptômes imposent d'ailleurs un score de 2 ou 1.

Cette discordance entre la première évaluation avec prise de constantes et un examen clinique plus approfondi doit faire s'interroger sur l'efficacité des scores de tri chez les patients âgés. Certaines publications comme celles de Platts-Mills *et al.* et Kuriyama *et al.* vont dans ce sens et avancent que plus le patient est âgé moins l'échelle est efficace avec un risque de sous-estimer la gravité réelle du patient (33,34).

On voit dans l'étude qu'en fin de prise en charge aux urgences, les diagnostics entre les deux populations diffèrent. On peut noter une surreprésentation de pathologies nécessitant une prise en charge hospitalière et/ou mettant en jeu le pronostic vital chez les patients les plus âgés. Comme dans le travail de Cervellin *et al.* (48), les pathologies hépatobiliaires, les occlusions intestinales ou les diverticulites étaient plus fréquentes chez les patients de plus de 75 ans. Cette même observation est retrouvée dans d'autres études internationales (55,57–59).

Le fait de retrouver plus de ces pathologies est concordant avec l'examen clinique initial retrouvant plus de défenses, de signes de choc et d'arrêts du transit. Cette conclusion renforce donc l'intérêt d'une évaluation clinique précoce à la recherche de ces symptômes.

On peut penser que l'aspect frustré de la présentation clinique initiale, ou au contraire la présence de signes de gravité encouragent la réalisation d'examens complémentaires chez les patients les plus âgés afin de rechercher ces diagnostics de gravité.

Dans notre étude, on note un recours à la biologie sanguine et au scanner abdominopelvien plus fréquent chez les patients âgés. C'est aussi le cas dans d'autres travaux sur le sujet comme l'étude de Pappas *et al.* en 2013 (60) ou l'étude de Hastings *et al.* (54).

Dans une étude monocentrique prospective de 2017, Millet *et al.* comparent la pratique actuelle versus le recours systématique et précoce au scanner abdominopelvien non injecté pour tous patients de 75 ans et plus se présentant aux urgences pour une douleur abdominale aiguë. Sur la période de 3 mois, les résultats montrent une amélioration significative du taux de diagnostic précis posé (61). Si une telle pratique paraît extrême et difficile à mettre en place dans beaucoup de services d'urgence, ne pas hésiter à faire appel au scanner en cas de signe de gravité ou de doute diagnostique semble important.

Il en va de même pour le bilan biologique sanguin dans un but étiologique mais aussi afin de rechercher des complications, notamment ioniques, plus fréquentes chez les sujets âgés.

Toujours à propos des diagnostics, on remarque dans notre étude, ainsi que dans la littérature, que le diagnostic le plus fréquemment retrouvé, quel que soit l'âge, est celui de douleur abdominale non spécifique (DANS). Cependant, dans notre étude on retrouve moins de DANS chez les patients les plus âgés.

Une des pistes pour expliquer cette sous-représentation pourrait être justement le recours plus fréquent aux examens complémentaires, et notamment au scanner, permettant de poser plus souvent un diagnostic comme suggéré par Millet *et al* (61).

Notre étude a aussi permis de décrire plus généralement la prise en charge des patients consultants aux urgences en France pour une douleur abdominale.

L'analyse descriptive de la population a révélé une proportion de 14% de patients de 75 ans et plus admis aux urgences pour une douleur abdominale. L'âge moyen des patients était de 41 ans. Ces résultats sont comparable avec la littérature internationale récente sur ce sujet puisque les taux y varient de 9 à 21% (40,48,57) suivant les pays.

Dans notre étude, on pouvait observer une surreprésentation féminine (58%) des sujets consultants aux urgences pour douleur abdominale quel que soit l'âge. Dans la revue des urgences françaises publiée en 2018, la répartition entre hommes et femmes, consultants aux urgences tous motifs confondus, était plus équilibrée avec des hommes très légèrement majoritaires (51%) (1). Les structures étant comparables et les recueils de données espacés de seulement quelques années, ces résultats laissent suggérer une surreprésentation féminine pour les douleurs abdominopelviennes et lombaires en France. Cette hypothèse semble confirmée par la littérature (32,54). Notamment par le travail de Gardner *et al.* en 2010 qui retrouvait 60% de

femmes chez les patients de plus de 65 ans se plaignant de douleurs abdominales (62).

Dans notre étude, les modalités d'arrivée aux urgences diffèrent suivant l'âge. Les patients de plus de 75 ans ont plus fréquemment été évalués par un médecin en pré-hospitalier qui les adressent aux urgences. De ce fait et à cause de difficultés pour se déplacer, ils arrivent aux urgences plus fréquemment avec une ambulance privée ou avec les sapeurs-pompiers. Ces faits sont concordants avec la littérature internationale (63–65).

Cette première évaluation médicale peut-être une piste pour expliquer la surmorbimortalité des patients gériatriques par rapport aux sujets jeunes se présentant plus souvent spontanément aux urgences. On peut en effet imaginer que les médecins faisant cette première consultation adressent aux urgences les patients leur paraissant nécessiter une prise en charge hospitalière.

Dans la revue des urgences de Naouri *et al.*, 55% des patients consultants aux urgences en France avaient un temps de passage inférieur à 3h, et ce quel que soit l'âge ou le motif d'admission (1). Dans le travail de Cervellin *et al.* de 2016, le temps de passage moyen aux urgences pour une douleur abdominale était de 6 heures et 15 minutes (médiane de 4 heures et 5 minutes) (48). Les modes de fonctionnement des urgences italiennes et françaises et les périodes d'études étant comparables, ces résultats peuvent laisser penser que le temps de passage moyen aux urgences pour une douleur abdominale est plus important que pour un autre motif.

Dans notre étude, le temps de passage moyen est de 5h. De plus, une différence significative a pu être identifiée entre les patients de plus de 75 ans ayant un temps de passage moyen de 6h30 contre en moyenne 4h45 chez les moins de 75 ans.

Pour expliquer cet allongement du temps de passage moyen, le travail d'Hastings *et al.* évoque notamment le recours aux examens complémentaires plus fréquent dans cette population mais semblant nécessaire comme développé plus tôt (54).

La thérapeutique et notamment la prise en charge de la douleur pourraient également différer suivant l'âge.

Dans l'étude, assez peu de différences sont mises en évidence dans la prise en charge de la douleur entre les patients de moins et de plus de 75 ans.

On peut noter une proportion plus importante de patients de plus de 75 ans traités par voie intraveineuse, alors que la voie orale est préférée chez les patients jeunes. On peut imaginer que le recours aux examens complémentaires (bilan biologique, scanner avec injection de produit de contraste) entraîne la pose d'une voie veineuse périphérique. Une fois ce vecteur en place, l'administration d'antalgique IV peut se voir privilégiée. La surreprésentation de pathologies occlusives ou biliaires nécessitant un jeûne, ou des comorbidités notamment neurodégénératives plus fréquentes chez les plus de 75 ans peuvent aussi expliquer ce constat.

Les paliers 2 sont nettement moins employés chez les patients les plus âgés, alors qu'on ne note pas de différence entre les 2 populations pour les paliers 1 et 3. Le chef de file de cette classe médicamenteuse étant le Tramadol, cette particularité peut s'expliquer par les réserves des praticiens à prescrire cette molécule dans une population à fort risque d'effets indésirables (syndromes sérotoninergiques, crises convulsives, épisodes confusionnels...) (66).

À la fin de la prise en charge aux urgences, plus de 85% des patients déclarent une douleur moins importante qu'à leur arrivée, aucune différence significative n'est montrée sur ce point entre patients de moins et de plus de 75 ans. Ce résultat paraît satisfaisant avec près de la moitié des patients ne déclarant plus aucune douleur et une EN moyenne finale à 1,7/10.

Cependant il reste perfectible, tous les patients ayant eu un antalgique n'ont pas eu de réévaluation de leur douleur en fin de prise en charge. Le traitement de la douleur, quel que soit l'âge, devant rester une priorité dans la prise en charge d'un patient.

2. Atouts et limites

2.1 Les atouts

De nombreuses études dans le monde se sont intéressées aux douleurs abdominales aux urgences, y compris chez les patients âgés.

Tous les systèmes de santé, les structures hospitalières ou les urgences ne sont pas comparables suivant les pays. L'étude EpiAbdo a donc pour principal intérêt d'être la première étude française d'ampleur à s'intéresser à ce sujet.

Il s'agit d'une étude prospective et multicentrique, effectuée dans des structures hospitalières de tailles et statuts différents (CHU, CHP, cliniques privées) sur tout le territoire métropolitain. Grâce à ce maillage, cette étude a pour force d'être représentative de ce qu'est la prise en charge des douleurs abdominales en France.

Comparer le nombre de patients toujours hospitalisés à 30 jours et le nombre de décès survenus en hospitalisation pendant ce délai a permis de renforcer la comparaison de la gravité entre les deux populations.

Les fiches prévues par l'équipe coordinatrice de l'étude EpiAbdo contenaient les données à recueillir pour chaque dossier. Ce pré-travail et la période courte de 24h ont permis une bonne adhésion des équipes participantes. Le recueil, prospectif, a ainsi pu être le plus complet possible avec l'annotation de nombreuses données.

D'un point de vue démographique, les effectifs étaient comparables dans notre étude à ceux de la littérature sur le sujet, de même que certains résultats comparables comme la mortalité, les taux d'hospitalisation et les diagnostics finaux.

Dans la prise en charge, les résultats de l'étude sont en adéquation avec les recommandations internationales et françaises (prise en charge médicamenteuse, investigations paracliniques).

2.2 Les limites

Une des principales limites de ce travail est la présence d'une population pédiatrique non négligeable (8%). Si l'inclusion de cette population permet une description plus globale de la prise en charge des douleurs abdominales en France, elle entraîne un biais dans la comparaison entre les moins et les plus de 75 ans. On peut imaginer par exemple un nombre plus important d'échographie abdominale chez les enfants et une surreprésentation de diagnostics d'appendicite, entraînant une hospitalisation.

La durée de 24 heures choisie ne permet qu'une estimation relativement ponctuelle de la prise en charge étudiée. L'activité des urgences variant selon les saisons, un suivi plus long aurait permis de s'affranchir de ces variations.

Cette étude n'a pu s'intéresser qu'aux patients pris en charge aux urgences alors qu'un recueil a été également fait dans les SAMU. Si certains dossiers SMUR ont pu suivre ensuite les patients aux urgences, cette opération de chaînage entre les différentes structures s'est révélée impossible à posteriori avec les patients SAMU. Le risque de doublons de dossiers de patients appelant un SAMU puis étant pris en charge secondairement aux urgences était en effet trop important.

La recherche d'un décès dans les 30 jours suivant le passage aux urgences n'a pu être faite que chez des patients hospitalisés. Un décès au domicile dans les 30 jours chez un patient initialement hospitalisé n'a donc pas pu être recherché.

3. Perspectives

Ce travail montre une surmorbimortalité des patients âgés consultants aux urgences pour une douleur abdominopelvienne ou lombaire. Une des principales pistes pour l'expliquer semble être des difficultés à repérer précocement les patients « graves ».

Une nouvelle étude serait à envisager afin de développer un score de tri adapté à ces patients et permettant un accès rapide vers l'imagerie, étape souvent inévitable avant une prise en charge thérapeutique et spécialisée.

En l'absence de ce type de score, associer un examen clinique orienté à la première évaluation faite par l'IAO semble pertinent: recherche d'une défense, d'un arrêt du transit, de modifications hémodynamiques. On peut imaginer ce premier examen clinique réalisé par un Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO) comme il en existe dans certains centres, ou par un(e) infirmier(e) formé(e) à rechercher ces signes.

Dans l'étude on peut noter une prise en charge de la douleur correcte mais non optimale. Le soulagement de la douleur qu'elle soit aiguë ou chronique et quelle que soit sa localisation, doit être une priorité dans la prise en charge des patients. Chaque patient douloureux doit recevoir un antalgique adapté à sa douleur et à son terrain, et l'efficacité du traitement doit être réévaluée régulièrement. Améliorer cette pratique doit rester une préoccupation permanente notamment aux urgences.

Ce travail montre, comme la littérature existante sur le sujet, la prédominance des DANS dans les diagnostics de douleurs abdominales. Ce diagnostic d'élimination est posé quand aucun autre diagnostic n'est retrouvé.

Dans notre étude on note une proportion de DANS moins importante chez les sujets les plus âgés. D'après la littérature, l'explication peut se trouver dans le recours aux examens complémentaires, un scanner non injecté et systématique permettrait de poser 30% de diagnostics précis supplémentaires (61). Cependant on peut se demander si ces 30% de diagnostics

supplémentaires nécessitaient réellement un examen entraînant un surcoût, un temps de passage prolongé aux urgences et une irradiation du patient.

Il semble licite d'étudier plus précisément ce phénomène des DANS au cours d'une nouvelle étude s'intéressant plus spécifiquement aux diagnostics et aux investigations mises en place pour y parvenir.

Conclusion

La douleur abdominale chez le sujet âgé est un phénomène complexe et sa prise en charge reste difficile. La diversité des tableaux cliniques, les comportements des patients et des soignants à son égard, peuvent constituer des obstacles à sa reconnaissance et à son traitement.

Au cours des dernières décennies la prise en charge des douleurs abdominales s'est améliorée grâce, par exemple, à l'instauration d'un tri systématique à l'admission ou aux progrès et la disponibilité de l'imagerie et des examens biologiques. La prise en charge des patients les plus âgés s'est également perfectionnée avec, entre autres, la formation des personnels médicaux et paramédicaux à la prise en charge des patients âgés ou l'apparition d'équipes mobiles de gériatrie.

Cependant, le système actuel présente des limites. Si la douleur abdominopelvienne ou lombaire est statistiquement plutôt une plainte de « patient jeune », ce sont les patients plus âgés qui se révèlent les plus graves avec des taux d'hospitalisation et de mortalité plus importants. Ce sont eux également qui passent le plus de temps entre les murs des urgences.

Cette étude met en lumière la nécessité de porter une attention toute particulière à ces patients âgés, toujours plus nombreux à passer la porte des urgences, présentant souvent des maux moins visibles que les plus jeunes, mais qui se révèlent souvent plus graves.

Bibliographie

1. Naouri D, El Khoury C, Vincent-Cassy C, Vuagnat A, Schmidt J, Yordanov Y, et al. The French Emergency National Survey: A description of emergency departments and patients in France. Bouchama A, éditeur. PLOS ONE. 14 juin 2018;13(6):e0198474.
2. Peters M-L. The Older Adult in the Emergency Department: Aging and Atypical Illness Presentation. *J Emerg Nurs.* janv 2010;36(1):29-34.
3. Bhuiya FA, Pitts SR, McCaig LF. Emergency department visits for chest pain and abdominal pain: United States, 1999-2008. *NCHS Data Brief.* sept 2010;(43):1-8.
4. Caporale N, Morselli-Labate AM, Nardi E, Cogliandro R, Cavazza M, Stanghellini V. Acute abdominal pain in the emergency department of a university hospital in Italy. *United Eur Gastroenterol J.* avr 2016;4(2):297-304.
5. 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.* mars 2008;21:A17-8.
6. Remy Senand, Sarthou, Canevet, Le Mauff. La douleur abdominale, de la plainte à la décision. *Rev Prat Med Gen.* 29 janv 2001;15(524):177.
7. 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 26 mars 2018]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2031/>
8. Morel-Maréchal E. Prise en charge initiale des douleurs abdominales : différences de pratique entre médecine générale de ville et services d'accueil des urgences hospitaliers [Internet]. 2015 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01244309/document>
9. Chiche L, Roupie E, Delassus P. Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences. *J Chir (Paris).* janv 2006;143(1):6-14.
10. Klenk J, Keil U, Jaensch A, Christiansen MC, Nagel G. Changes in life expectancy 1950–2010: contributions from age- and disease-specific mortality in selected countries. *Popul Health Metr.* 23 mai 2016;14(1):20.
11. Houweling TA, Kunst AE, Mackenbach JP. World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality. *Lancet Lond Engl.* 26 mai 2001;357(9269):1671-2.

12. Breton D, Barbieri M, d'Albis H, Mazuy M. L'évolution démographique récente de la France. Naissances, décès, unions et migrations : à chacun sa saison. *Population*. 2018;73(4):623-.
13. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. [Internet]. WHO; 2016 [cité 10 juin 2019]. Disponible sur:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
14. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*. 7 juill 2012;380(9836):37-43.
15. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. juin 2005;3(3):223-8.
16. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: A systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med*. mars 2002;39(3):238-47.
17. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, Gold G. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med*. sept 2010;56(3):261-9.
18. Braun F. [Organisation of emergency medicine in France]. *Rev Prat*. janv 2015;65(1):34-6, 39-40.
19. Schneider SM, Hamilton GC, Moyer P, Stapczynski JS. Definition of emergency medicine. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. avr 1998;5(4):348-51.
20. Samu-Urgences de France. Livre blanc. Organisation de la médecine d'urgence en France: un défi pour l'avenir [Internet]. 2015 oct. Disponible sur:
<https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
21. SFMU. Référentiel IOA [Internet]. 2004 mars. Report No.: 01-48. Disponible sur: https://www.babase-on-web.com/medias/telechargements/pieces-jointes/54c63bac0dd79_ioa2004.pdf
22. Desmettre T, Baron AF, Capellier G, Tazarourte K. L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) : rôle et fonctions. *Réanimation*. nov 2013;22(6):610-5.

23. Le triage en structure des urgences [Internet]. Société Française de Médecine d'Urgence; 2013. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf
24. Elshove-Bolk J, Menci F, van Rijswijck BTF, Simons MP, van Vugt AB. Validation of the Emergency Severity Index (ESI) in self-referred patients in a European emergency department. *Emerg Med J EMJ*. mars 2007;24(3):170-4.
25. Grossmann FF, Nickel CH, Christ M, Schneider K, Spirig R, Bingisser R. Transporting clinical tools to new settings: cultural adaptation and validation of the Emergency Severity Index in German. *Ann Emerg Med*. mars 2011;57(3):257-64.
26. Cooke MW, Jinks S. Does the Manchester triage system detect the critically ill? *J Accid Emerg Med*. mai 1999;16(3):179-81.
27. Azeredo TRM, Guedes HM, Rebelo de Almeida RA, Chianca TCM, Martins JCA. Efficacy of the Manchester Triage System: a systematic review. *Int Emerg Nurs*. avr 2015;23(2):47-52.
28. Bullard MJ, Musgrave E, Warren D, Unger B, Skeldon T, Grierson R, et al. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) Guidelines 2016. *CJEM*. juill 2017;19(S2):S18-27.
29. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine J-P, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med*. avr 2009;16(2):61-7.
30. Baumann MR, Strout TD. Triage of geriatric patients in the emergency department: validity and survival with the Emergency Severity Index. *Ann Emerg Med*. févr 2007;49(2):234-40.
31. Lee JY, Oh SH, Peck EH, Lee JM, Park KN, Kim SH, et al. The validity of the Canadian Triage and Acuity Scale in predicting resource utilization and the need for immediate life-saving interventions in elderly emergency department patients. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 3 nov 2011;19:68.
32. Covino M, Petruzzello C, Onder G, Migneco A, Simeoni B, Franceschi F, et al. A 12-year retrospective analysis of differences between elderly and oldest old patients referred to the emergency department of a large tertiary hospital. *Maturitas*. févr 2019;120:7-11.
33. Platts-Mills TF, Travers D, Biese K, McCall B, Kizer S, LaMantia M, et al. Accuracy of the Emergency Severity Index triage instrument for identifying elder emergency department patients receiving an immediate life-saving intervention. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. mars 2010;17(3):238-43.

34. Kuriyama A, Kaihara T, Ikegami T. Validity of the Japan Acuity and Triage Scale in elderly patients: A cohort study. *Am J Emerg Med.* 8 mars 2019;
35. Brouns SHA, Mignot-Evers L, Derkx F, Lambooi SL, Dieleman JP, Haak HR. Performance of the Manchester triage system in older emergency department patients: a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med.* 07 2019;19(1):3.
36. Martinez JP, Graham AC. *Abdominal and Gastrointestinal Emergencies, An Issue of Emergency Medicine Clinics of North America, E-Book.* Elsevier Health Sciences; 2016. 312 p.
37. Moore AR, Clinch D. Underlying mechanisms of impaired visceral pain perception in older people. *J Am Geriatr Soc.* janv 2004;52(1):132-6.
38. Haute Autorité de Santé. Que reste-t-il de la radio d'abdomen sans préparation en pathologie digestive? [Internet]. HAS; 2009 janv [cité 6 août 2019]. (Bon usage des technologies de santé). Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-02/fiche_radio_asp_patho_dig_web.pdf
39. Dubuisson V, Voiglio EJ, Grenier N, Le Bras Y, Thoma M, Launay-Savary MV. L'imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte. *J Chir Viscérale.* déc 2015;152(6):S3-11.
40. McNamara R, Dean AJ. Approach to Acute Abdominal Pain. *Emerg Med Clin North Am.* 1 mai 2011;29(2):159-73.
41. Lameris W, van Randen A, van Es HW, van Heesewijk JPM, van Ramshorst B, Bouma WH, et al. Imaging strategies for detection of urgent conditions in patients with acute abdominal pain: diagnostic accuracy study. *BMJ.* 26 juin 2009;338(jun26 2):b2431-b2431.
42. Gans SL, Pols MA, Stoker J, Boermeester MA, on behalf of the expert steering group. Guideline for the Diagnostic Pathway in Patients with Acute Abdominal Pain. *Dig Surg.* 2015;32(1):23-31.
43. Claessens Y-E, Ray P. *Les Biomarqueurs en médecine d'urgence: Des données biologiques au lit du malade.* Springer Science & Business Media; 2012. 370 p.
44. Chase CW, Barker DE, Russell WL, Burns RP. Serum amylase and lipase in the evaluation of acute abdominal pain. *Am Surg.* déc 1996;62(12):1028-33.

45. Minne L, Abu-Hanna A, de Jonge E. Evaluation of SOFA-based models for predicting mortality in the ICU: A systematic review. *Crit Care Lond Engl.* 2008;12(6):R161.
46. Leone M, Bechis C, Baumstarck K, Ouattara A, Collange O, Augustin P, et al. Outcome of acute mesenteric ischemia in the intensive care unit: a retrospective, multicenter study of 780 cases. *Intensive Care Med.* avr 2015;41(4):667-76.
47. Jansen TC, van Bommel J, Bakker J. Blood lactate monitoring in critically ill patients: a systematic health technology assessment. *Crit Care Med.* oct 2009;37(10):2827-39.
48. Cervellin G, Mora R, Ticinesi A, Meschi T, Comelli I, Catena F, et al. Epidemiology and outcomes of acute abdominal pain in a large urban Emergency Department: retrospective analysis of 5,340 cases. *Ann Transl Med.* oct 2016;4(19):362.
49. Sheridan WG, White AT, Havard T, Crosby DL. Non-specific abdominal pain: the resource implications. *Ann R Coll Surg Engl.* mai 1992;74(3):181-5.
50. Spangler R, Van Pham T, Khoujah D, Martinez JP. Abdominal emergencies in the geriatric patient. *Int J Emerg Med.* 2014;7:43.
51. Tran B-K, Espolio Desbaillet Y, Groebli Y, Della SV. [Abdominal pain among elderly patients in the emergency department]. *Rev Med Suisse.* 15 août 2012;8(350):1548-52.
52. Telfer S, Fenyö G, Holt PR, de Dombal FT. Acute abdominal pain in patients over 50 years of age. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1988;144:47-50.
53. Bugliosi TF, Meloy TD, Vukov LF. Acute abdominal pain in the elderly. *Ann Emerg Med.* déc 1990;19(12):1383-6.
54. Hastings RS, Powers RD. Abdominal pain in the ED: a 35 year retrospective. *Am J Emerg Med.* sept 2011;29(7):711-6.
55. Marco CA, Schoenfeld CN, Keyl PM, Menkes ED, Doehring MC. Abdominal Pain in Geriatric Emergency Patients: Variables Associated with Adverse Outcomes. *Acad Emerg Med.* 1998;5(12):1163-8.
56. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* sept 2011;10(4):430-9.
57. Henden Çam P, Baydin A, Yürüker S, Erenler AK, Şengüldür E. Investigation of Geriatric Patients with Abdominal Pain Admitted to Emergency Department. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2018;2018:9109326.

58. Magidson PD, Martinez JP. Abdominal Pain in the Geriatric Patient. *Emerg Med Clin North Am.* août 2016;34(3):559-74.
59. Martinez JP, Mattu A. Abdominal Pain in the Elderly. *Emerg Med Clin North Am.* mai 2006;24(2):371-88.
60. Pappas A, Toutouni H, Gourgiotis S, Seretis C, Koukoutsis I, Chrysikos I, et al. Comparative Approach to Non-Traumatic Acute Abdominal Pain Between Elderly and Non-Elderly in the Emergency Department: A Study in Rural Greece. *J Clin Med Res.* août 2013;5(4):300-4.
61. Millet I, Sebbane M, Molinari N, Pages-Bouic E, Curros-Doyon F, Riou B, et al. Systematic unenhanced CT for acute abdominal symptoms in the elderly patients improves both emergency department diagnosis and prompt clinical management. *Eur Radiol.* févr 2017;27(2):868-77.
62. Gardner RL, Almeida R, Maselli JH, Auerbach A. Does gender influence emergency department management and outcomes in geriatric abdominal pain? *J Emerg Med.* sept 2010;39(3):275-81.
63. Ettinger WH, Casan JA, Coon PJ, Muller DC, Appel KP. Patterns of Use of the Emergency Department by Elderly Patients. *J Gerontol.* 1 nov 1987;42(6):638-42.
64. Baum SA, Rubenstein LZ. Old People in the Emergency Room: Age-Related Differences in Emergency Department Use and Care. *J Am Geriatr Soc.* 1987;35(5):398-404.
65. Singal BM, Hedges JR, Rousseau EW, Sanders AB, Berstein E, McNamara RM, et al. Geriatric patient emergency visits part I: Comparison of visits by geriatric and younger patients. *Ann Emerg Med.* 1 juill 1992;21(7):802-7.
66. Beakley BD, Kaye AM, Kaye AD. Tramadol, Pharmacology, Side Effects, and Serotonin Syndrome: A Review. *Pain Physician.* août 2015;18(4):395-400.

Annexes

Annexe 1 : Fiche Patient Urgences EpiAbdo



Epidémiologie des douleurs abdominales

ETUDE EPIABDO Service des Urgences

Numéro du centre : U/___

Identification patient : _ / _
(première lettre du Nom/première lettre du prénom)

Numéro dossier
et/ou étiquette
patient

Admission aux urgences :

Heure : HH : Min

Tri IOA : 1 2 3 4 5 NF

Prise en charge médicale :

Heure : HH : Min

Adressé par : Médecin libéral SAMU C15 IDE
Non adressé Autre CH/clinique

Moyens : Propres moyens Ambulance privée
VSAV Smur

Patient : Sexe H / F Age : ___ ans Médical Traumatique

Antécédents : Admission dans le mois précédent pour même motif : Oui Non

- Médicaux : Cardiovasc Gynéco Uro Cancéro Digestifs Métaboliques Aucun

- Chirurgie abdomino-pelvienne

Admission : PA : ___ / ___ FC : ___ /min SpO₂ : ___ % T° : ___ °c EN : ___ /10 Gly : ___ g/L

Début douleur : <3h 3 à <6h 6 à <12h 12 à <24h >24h - Permanente Intermittente

Traitement habituel : AINS/ Corticoïdes Antiagrégant Anticoagulant IPP Chimio
Neuroleptiques Antalgique Aucun

Siège douleur : Partie supérieure abdomen Partie inférieure abdomen Lombaire
Droite Centre Gauche Douleur diffuse

Signes associés : Signes de choc Défense/contracture Arrêt transit Autres SF digestifs
Hémorragie digestive SF Urinaires Retard de règles Métrorragies Aucun

Examens réalisés : **Biologie** - Non / NFS Lactates βHCG Hépatique/lipase
CRP PCT BU/ECBU Iono Sang Troponine Hémoc

Imagerie - Non / ASP Echo radiologue Echo FAST

TDM sans PC TDM avec PC UroTDM

Autres : ECG TR TV FOGD Colo/recto

Avis spécialiste : Chir digestif Vasculaire Uro Gynéco Gastro Cardio Médical autre

Oui Non : **Demandé à** HH : Min

Antalgie : Palier 1 Palier 2 Palier 3 Kétamine Antispasmodiques Hypnose Aucun

Autre : _____

Débutée à HH : Min Voie d'administration : per os IV IM SC intra-osseux
intra-nasal intra-rectal

Date de sortie : JJ / MM / 2017 à HH : Min

Décès aux urgences : Oui Non

Diagnostic à la sortie des urgences : _____

Code CIM10

Evaluation douleur à la sortie : Non / Oui → EN = ___ /10

Orientation : Domicile UHCD Médecine Chirurgie Gynécologie
USC/Réanimation Bloc opératoire USC/Coro



Epidémiologie des
douleurs abdominales

ETUDE EPIABDO Service des Urgences

Numéro du centre : U/___

Identification patient : _ / _
(première lettre du Nom/première lettre du prénom)

Numéro dossier
et/ou étiquette
patient

SUIVI HOSPITALIER

DATE DE SORTIE D'HOSPITALISATION : JJ / MM / 2017

DECES PENDANT L'HOSPITALISATION : OUI NON

DATE DE DECES : JJ / MM / 2017

DIAGNOSTIQUE de sortie : _____

Code CIM 10

DEVENIR à J30 : hospitalisation Décès Domicile

Merci de renvoyer les formulaires par :

Courrier postal à :

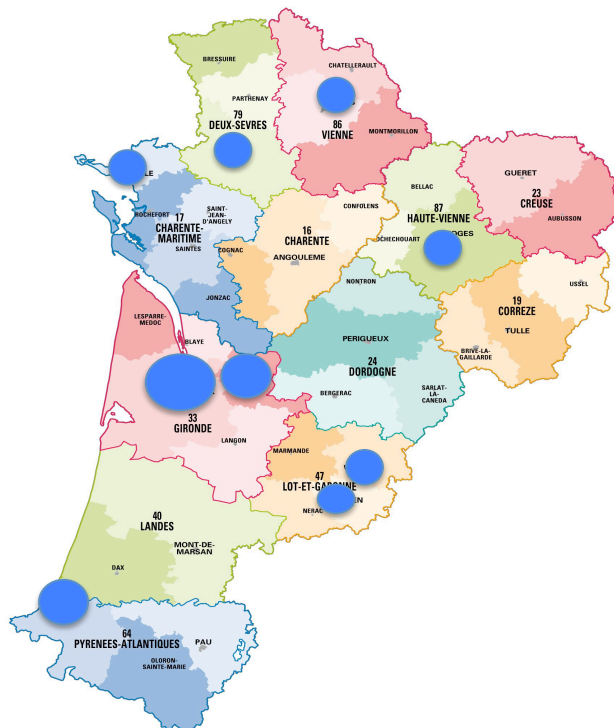
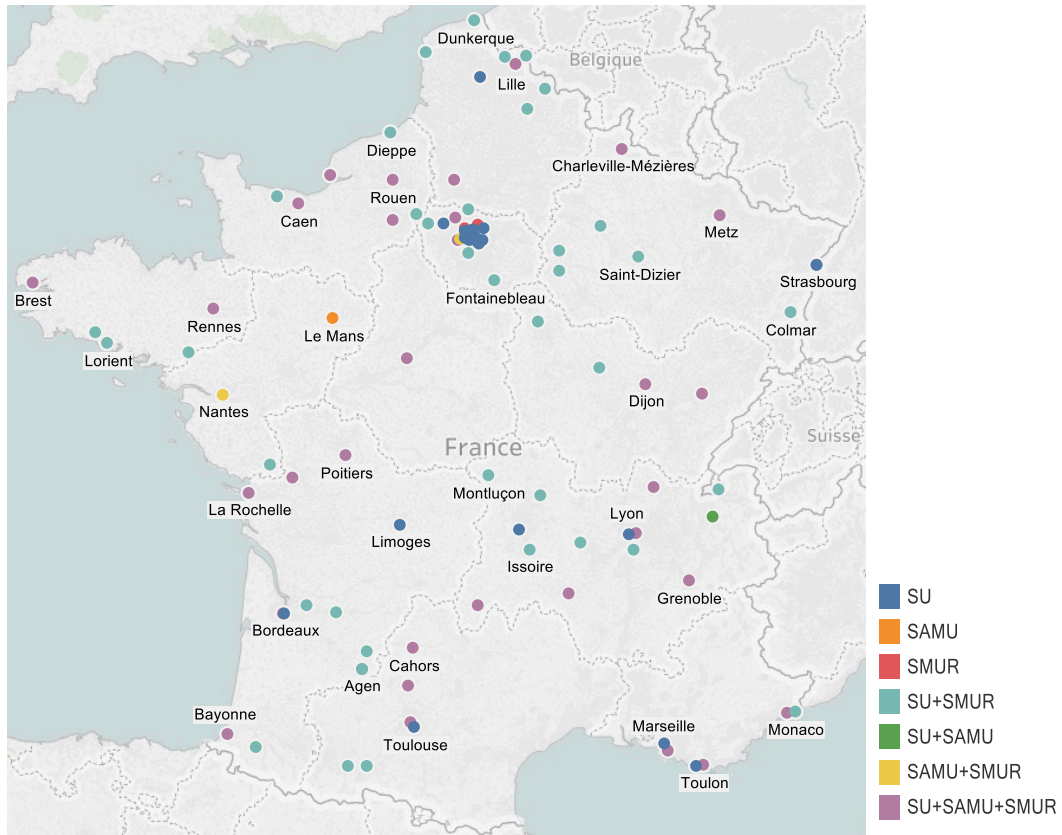
Dr Pierre-Arnaud FORT
Département Urgences SAMU47
Centre Hospitalier Saint-Esprit
Route de Villeneuve
47923 Agen

Ou par fax au : 05 53 69 79 97

Pour toute information, nous sommes à votre disposition :

- Dr Pierre-Arnaud FORT : 06 07 12 96 35
- Dr Thibaut VIARD : 06 51 55 03 22
- Secrétariat : 05 53 69 78 92 / 05 53 69 70 93

Annexe 2 : Répartition géographique des centres participants



Annexe 3 : Classification FrENCH

Source : www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/2018%2006%2010%20FRE%20NCH%20pour%20PDF%20A4%20V1.1%20site.pdf

sfmu FRENCH triage		FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
CARDIO-CIRCULATOIRE								
Arrêt cardiorespiratoire	1							
Hypotension artérielle	2	PAS ≤ 70 mmHg	PAS ≤ 90 mmHg ou PAS ≤ 100 mmHg et FC > 100/min			PAS 90 - 100 mmHg et FC ≤ 100/min		
Membre douloureux/froid ou pâle/ischémie*	2		durée ≤ 24 h ou cyanose/déficit moteur			durée ≥ 24 h		
Douleur thoracique/syndrome coronaire aigu (SCA)*	3B	ECG anormal, typique de SCA	ECG anormal, non typique de SCA	ECG normal, comorbidité coronaire (antécédents, facteurs de risque)		ECG normal, mais douleur de type coronaire	ECG normal et douleur atypique	
Malaise	3B					Pas d'anomalie notable des paramètres vitaux et glycémie		
Tachycardie/tachyrythmie	3B	FC ≥ 180 /min	FC ≥ 130/min			FC > 110/min	épisode résolutif	
Bradycardie/bradyrythmie	3B	FC ≤ 40/min	FC 40-50/min avec mauvaise tolérance			FC 40-50/min sans mauvaise tolérance		
Dyspnée/insuffisance cardiaque*	3B	détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%					
Dysfonction stimulateur/débrillateur cardiaque	3B		Choc(s) électrique(s) ressent(i)s			avis référent (MAO, MCO)		
Œdème des membres inférieurs/insuffisance cardiaque*	3B					FR < 30 /min SpO2 > 90%	OMI chronique	
Palpitations	4	FC ≥ 180/min	FC ≥ 130/min			malaise ou FC > 110/min		
Hypertension artérielle	4		PAS IOA ≥ 220 mmHg ou ≥ 180 mmHg et SF associés			PAS IOA ≥ 180 mmHg sans SF associés	PAS < 180 mmHg	
Membre douloureux/chaud ou rouge/phtébite*	4					signes locaux francs ou siège proximal sur échographie	signes locaux modérés ou siège distal sur échographie	
INFECTIOLOGIE								
AES et/ou liquide biologique	4		sujet contact VIH avéré et exposition ≤ 48 heures					exposition ≥ 48 h
Fièvre	5		T° ≥ 40° C ou ≤ 35,2° C ou confusion/céphalée/purpura			mauvaise tolérance, hypotension ou shock index ≥ 1		
Exposition à une maladie contagieuse	5					avec risque vital de contag (méningite, Ebola...)		sans risque vital de contag (rougeole, varicelle...)

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

1/10

sfmu FRENCH triage		FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
ABDOMINAL								
Vomissement de sang/hématémèse	2		hématémèse abondante			vomissement(s) strié(s) de sang		
Mélaena/rectorragies	2		rectorragie abondante			selles souillées de sang		
Douleur abdominale	3B		douleur sévère et/ou mauvaise tolérance					douleur régressive / indolore
Ictère	3B							
Problème technique (stomie, cicatrices post op...)	3B					avis référent (MAO, MCO)		
Hernie, masse ou distension abdominale	4		douleur sévère et/ou symptômes d'occlusion					
Corps étranger dans œsophage/estomac/intestins	4		aphagie ou hypersialorrhée et/ou autres SF associés			tranchant, pointu		
Corps étranger dans le rectum	4		douleur sévère et/ou rectorragie					
Constipation	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)			douleur abdominale		
Vomissements	5		symptômes d'occlusion (douleur, vomissements, arrêt transit)	enfant ≤ 2 ans		douleur abdominale ou vomissements abondants		
Diarrhée	5			enfant ≤ 2 ans		abondantes et/ou mauvaise tolérance		
Douleur anale	5					suspicion abcès/fissure		
Hoquet	5					hoquet incessant (≥ 12 h)		
GENITO-URINAIRE								
Douleur de la fosse lombaire/du flanc	3B		douleur intense					douleur régressive/ indolore
Rétention d'urine/anurie	3B		douleur intense/agitation					
Douleur de bourse/orchite*/torsion testiculaire*	3B		douleur intense ou suspicion de torsion			avis référent (MAO, MCO)		
Dysfonction de sonde urinaire/sonde JJ/ stomie	3B		douleur intense, fièvre ou mauvaise tolérance			avis référent (MAO, MCO)		
Hématurie	3B		saignement abondant actif					
Dysurie/brûlure mictionnelle / infection ?	5					fièvre	enfant	
Écoulement ou lésion cutanéomuqueuse génitale	5					fièvre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

2/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
GYNECO-OBSTETRIQUE								
Accouchement imminent ou réalisé	1							
Problème de grossesse 1er et 2ème trimestre	3A			métrorragies, douleur				
Problèmes de grossesse 3ème trimestre	3A			métrorragies/douleur/HTA/ perte de liquide amniotique				
Méno-métrorragie	3B			grossesse connue/suspectée ou saignement abondant				
Problème de post partum (allaitement...)	4				allaitement et fièvre			
Anomalie du sein	5					mastite ou abcès		
Anomalie vulvo-vaginale / corps étranger	5							
INTOXICATION								
Intoxication médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/intention suicidaire/toxiques cardiotoxiques ou lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Intoxication non médicamenteuse	3B			mauvaise tolérance/toxiques / lésionnels	enfant	avis référent (MAO, MCO)		pas de mauvaise tolérance et vu tard (ex ≥ 24 h)
Demande de sevrage / toxicomanie	4			agitation/violence / état de manque	enfant			demande d'ordonnance pour substitution
Comportement ébrieur / ivresse	4	GCS ≤ 8		agitation/violence/GCS 9-13	enfant	demande des forces de l'ordre		
NEUROLOGIE								
Altération de la conscience/coma	2	GCS ≤ 8		GCS 9-13, avis référent (MAO, MCO)				
Déficit moteur, sensitif, sensoriel ou du langage/AVC	2	délai ≤ 4h 30				délai ≥ 12 h ou avis MAO, MCO		
Convulsions	3B			crises multiples ou en cours confusion, déficit ou fièvre		récupération complète post critique		
Confusion/désorientation temporo spatiale	3B			fièvre				
Céphalée	3B			inhabituelle (premier épisode, brutale, intense... ou fièvre)		habituelle/migraine		
Vertiges/trouble de l'équilibre	3B			signes neurologiques associés, céphalée brutale				troubles anciens et stables

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

3/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
OPHTHALMOLOGIE								
Corps étranger / brûlure oculaire	3B			douleur intense, brûlure chimique		avis référent (MAO, MCO)		
Trouble visuel / œil douloureux / cécité	3B			début brutal		avis référent (MAO, MCO)		
Démangeaison / œil rouge	5							
ORL / STOMATOLOGIE								
Épistaxis	3B			saignement abondant actif		saignement abondant résolutif		saignement peu abondant résolutif
Trouble de l'audition/accouphènes	4			surdité brutale				
Tuméfaction ORL ou cervicale	4					fièvre ou signes locaux importants		
Corps étranger ORL	4			dyspnée inspiratoire				
Pathologie de l'oreille / otite	5							
Douleur de gorge / angine / stomatite	5					mauvaise intolérance ou aphasie		
Obstruction nasale / rhinite / sinusite	5					sinusite fébrile		
Problème de dent ou de gencive	5					signes locaux importants, douleur résistante aux antalgiques		
PEAU								
Ecchymose / hématome spontané(e)	3B							
Abscès ou infection localisée de la peau	4					fièvre ou abcès volumineux		
Erythème étendu et autres éruptions / œdème spontané	5			anaphylaxie		fièvre ou mauvaise tolérance	étendu	localisé
Morsure, piquûre, prurit, parasitose	5			morsure de serpent/scorpion ...		fièvre ou signes locaux importants	étendu	localisé
Corps étranger sous la peau	5					corps étrangers multiples, complexes		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

4/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
PEDIATRIE ≤ 2 ans (pathologie spécifique)								
Dyspnée avec sifflement respiratoire	2				sifflement sans dyspnée			
Fièvre ≤ 3 mois	2							
Convulsion hyperthermique	3B			récidive ou durée ≥ 10 min, ou hypotonie	récupération complète			
Diarrhée / vomissements du nourrisson (≤ 24 mois)	3B			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	≤ 6 mois			
Troubles alimentaires du nourrisson (≤ 6 mois)	4			perte de poids ≥ 10% ou hypotonie	perte de poids ≤ 10%			
Bradycardie	4			avant 1 an : FC ≤ 80/min après 1 an : FC ≤ 60/min				
Ictère néonatal	4			perte de poids ≤ 10% ou selles décolorées				
Tachycardie	4			avant 1 an : FC ≥ 180/min après 1 an : FC ≥ 160/min				
Hypotension	4			1-10 ans : PAS ≤ 70 mmHg (+ âge en année x 2)				
Pleurs incoercibles	4				pleurs dans le box de l'IOA			
PSYCHIATRIE								
Idée / comportement suicidaire	2							
Troubles du comportement / psychiatrie	3B			agitation, violence, délire, hallucinations	enfant			
Anxiété / dépression / consultation psychiatrique	4			anxiété majeure / attaque de panique	enfant			

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

5/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
RESPIRATOIRE								
Dyspnée / insuffisance respiratoire	3B		détresse respiratoire ou FR ≥ 40/min ou SpO2 < 86%	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée ou FR 30-40 /min ou SpO2 86-90%				
Asthme ou aggravation BPCO	3B		détresse respiratoire	DEP ≤ 200 ou dyspnée à la parole/tirage/orthopnée			DEP ≥ 300 l/min et asthme	
Hémoptysie	3B		détresse respiratoire	hémoptysie répétée ou abondante				
Douleur thoracique / embolie / pneumopathie / pneumothorax	3B		détresse respiratoire	dyspnée à la parole/tirage/orthopnée				
Corps étranger voies aériennes	3B		détresse respiratoire	dyspnée à la parole, tirage, orthopnée	enfant	pas de dyspnée		
Toux / bronchite	5					fièvre, ou signes respiratoires associés		
RHUMATOLOGIE								
Douleur articulaire/arthrose/artrite	4					fièvre ou signes locaux importants		
Douleur rachidienne (cervicale, dorsale ou lombaire)	5			déficit sensitif ou moteur associé		fièvre ou paresthésies		
Douleur de membre/sciatique	5					fièvre ou impotence du membre		

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

6/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
TRAUMATOLOGIE								
Traumatisme avec amputation	1							
Traumatisme abdomen/thorax/cervical	2	pénétrant	haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Agression sexuelle et sévices	2							
Brûlure	3B		brûlure étendue ou main/visage	≤ 24 mois et brûlure peu étendue		avis référent (MAO, MCO)		brûlure peu étendue... consultation tardive
Traumatisme de bassin/hanche/fémur/rachis	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme oculaire	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Traumatisme maxillo-facial/oreille	3B		haute vélocité			faible vélocité et mauvaise tolérance	faible vélocité sans mauvaise tolérance ou gêne limitée	
Plaie	4		plaie délabrante, saignement actif			plaie(s) large, complexe, main	plaie(s) superficielle(s) hormis main	excoriation(s)
Traumatisme d'épaule ou distal de membre	4		haute vélocité, grande déformation/ischémie			impotence totale, déformation	impotence modérée ou petite déformation	ni impotence, ni déformation
Electrisation	4		perte de connaissance, brûlure, foudre			haute tension, temps de contact long	courant domestique	
Traumatisme crânien	5	coma (GCS ≤ 8)	GCS 9-13, déficit neurologique			perte de connaissance avant ou après	plaie/hématome	

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

7/10

sfmu FRENCH triage		French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage						
motif de recours		Tri M	Tri 1	Tri 2	Tri 3A	Tri 3B	Tri 4	Tri 5
DIVERS								
Pathologie rare et grave en poussée (ex. drépanocytose...)	2					avis référent (MAO, MCO)		
Hypothermie	2	T° ≤ 32° C	32° C ≤ T° ≤ 35,2° C					
Hyperglycémie	3B		cétose élevée, trouble de conscience			glycémie ≥ 20 mmol/l ou cétose positive	glycémie ≤ 20 mmol/l et cétose négative	
Hypoglycémie	3B	coma (GCS ≤ 8)	mauvaise tolérance/GCS 9-13			avis référent (MAO, MCO)		
Anomalie de résultat biologique	3B		symptomatique			avis référent (MAO, MCO)		
AEG / Asthénie	3B					signes objectifs d'altération de l'état général		ni comorbidités ni signes objectifs
Coup de chaleur / insolation	3B	coma (GCS ≤ 8)	T° ≥ 40° C/GCS 9-13					
Gelure / Lésions liées au froid	3B		signes de nécrose, déficit sensitif ou moteur					
Allergie	4		dyspnée/risque d'obstruction/mauvaise tolérance					
Problème suite de soins (pansements...)	5							
Renouvellement ordonnance	5							
Examen à des fins administratives / certificat / réquisition	5					demande des forces de l'ordre		
Demande d'hébergement pour raison sociale	5							

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin 2018

8/10

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC/min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin2018

9/10

FRENCH Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

NORMALITE DES CONSTANTES CHEZ LES ENFANTS EN FONCTION DES AGES

ENFANT / âge	1 à 6 mois	1 à 2 ans	2 à 4 ans	4 à 10 ans	10 à 14 ans
PAS (mmHg)	85 +/- 30	100 +/- 25	100 +/- 20	110 +/- 15	115 +/- 15
PAD (mmHg)	45 +/- 30	65 +/- 25	65 +/- 20	60 +/- 10	60 +/- 10
FC /min	130 +/- 45	110 +/- 40	105 +/- 35	95 +/- 35	85 +/- 30
FR /min	30 +/- 15	25 +/- 10	25 +/- 10	25 +/- 10	20 +/- 5

DEFINITION HYPOTENSION / TACHYCARDIE / POLYPNÉE CHEZ L'ENFANT EN FONCTION DE L'AGE

ENFANT / âge	< 1 mois	1 mois	2 ans	10 ans	
PAS (mmHg)	< 50	< 65	< 70	< 80	hypotension
PAD (mmHg)	< 30	< 35	< 40	< 50	
FC /min	> 180	> 160	> 130	> 120	tachycardie
FR /min	> 60	> 40	> 30	> 20	polypnée

SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin2018

10/10

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Résumé

ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ DES PATIENTS AGÉS DE PLUS DE 75 ANS ADMIS AUX URGENCES POUR DOULEUR ABDOMINOPELVIENNE OU LOMBAIRE : ÉTUDE COMPARATIVE À PARTIR DES DONNÉES DE L'ETUDE EPIABDO

Introduction: L'objectif de notre étude était de comparer la gravité des patients de plus et de moins de 75 ans se présentant aux urgences pour une douleur abdominopelvienne ou lombaire et comparer leur prise en charge.

Matériels et méthodes: Le travail se base sur l'étude prospective, observationnelle, multicentrique EpiAbdo. 1006 dossiers ont pu être analysés. Des tests de Khi 2, de Fisher et de Student ont été utilisés pour comparer les deux populations. Un risque $\alpha < 5\%$ ($p < 0.05$) était admis comme significatif.

Résultats: Les sujets de plus de 75 ans sont plus souvent hospitalisés (66% vs 26% $p < 0,001$) et le taux de mortalité est supérieur (6% vs 1% $p < 0,001$). Ils ont plus de comorbidités (98% vs 58% $p < 0,001$) et de traitements (96% vs 32% $p < 0,001$). Ils sont plus souvent adressés (65% vs 31% $p < 0,001$) et arrivent en ambulance (60% vs 10% $p < 0,01$). Ils sont moins algiques (EN=4,8 vs 5,5 $p = 0,04$), mais présentent plus de symptômes associés (74% vs 54% $p < 0,001$) y compris des signes de gravités. Un antalgique est plus souvent administré par voie intraveineuse (86% vs 71% $p = 0,001$) et les patients sont soulagés à la sortie du service (81%). Le diagnostic le plus fréquent quel que soit l'âge, est la douleur abdominale non spécifique. Chez les plus de 75 ans on retrouve plus de diagnostics de gravité comme des occlusions (7% vs 1,6%, $p < 0,001$) ou des angiocholites (2,1% vs 0,5%, $p = 0,009$). Les plus de 75 ans ont un temps de passage moyen plus long (6h33min vs 4h45min, $p < 0,001$). 30 jours après leur passage aux urgences, les sujets de plus de 75 ans sont moins fréquemment de retour à leur domicile (84% vs 95%, $p = 0,01$).

Conclusion: Les patients de plus de 75 ans consultant aux urgences pour douleur abdominale sont plus graves. Cela pourrait être expliqué par le terrain qui diffère mais aussi par des différences dans la prise en charge de ces patients.

Mots clés : Douleurs abdominales – Patients âgés – Service d'urgence – Actes diagnostiques et thérapeutiques – Gravité

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF PATIENTS AFTER 75 YEARS ADMITTED TO EMERGENCY DEPARTMENTS FOR ABDOMINAL PAIN: COMPARATIVE STUDY FROM THE EPIABDO STUDY DATA

Background: The aim of our study was to compare the severity of patients over and under 75 years old admitted in emergency departments (ED) for abdominal pain, and comparing their management.

Methods: Based on the prospective, observational, multicenter EpiAbdo study. 1006 files could be analyzed. Chi-square, Fisher and Student tests were used to compare the two populations. An α risk $< 5\%$ ($p < 0.05$) was considered significant.

Results: Subjects older than 75 are more hospitalized (66% vs 26% $p < 0.001$) and the mortality rate is higher (6% vs 1% $p < 0.001$). They have more comorbidities (98% vs 58% $p < 0.001$) and treatments (96% vs 32% $p < 0.001$). They are more often referred (65% vs 31% $p < 0.001$) and arrive with an ambulance (60% vs. 10% $p < 0.01$). They are less painful (NRS=4.8 vs 5.5 $p = 0.04$), but have more associated symptoms (74% vs 54% $p < 0.001$) including signs of severity. An analgesic is more often administered by intravenous way (86% vs 71% $p = 0.001$) and the patients are relieved at the end of care (81%). The most common diagnosis, regardless of age, is nonspecific abdominal pain. In the over-75 group, more serious diagnoses were found, such as occlusions (7% vs 1.6%, $p < 0.001$) or angiocholitis (2.1% vs 0.5%, $p = 0.009$). The over-75 have a longer average length of stay (6h33min vs 4h45min, $p < 0.001$). 30 days after their visit to the emergency department, subjects over 75 are less likely to be back at home (84% vs. 95%, $p = 0.01$).

Conclusions: Patients over 75 admitted in ED for abdominal pain are more serious. This could be explained by the different terrain but also by differences in the management of these patients

Keywords: Abdominal pain – Elderly – Emergency care - Tests and treatments – Severity