



HAL
open science

Détermination d'un score clinique diagnostique de douleurs abdominales chirurgicales urgentes

Lucille Hennard

► **To cite this version:**

Lucille Hennard. Détermination d'un score clinique diagnostique de douleurs abdominales chirurgicales urgentes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03401596

HAL Id: dumas-03401596

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03401596v1>

Submitted on 25 Oct 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

**Détermination d'un score clinique diagnostique de douleurs abdominales
chirurgicales urgentes**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 4 Octobre 2021

Par Madame Lucille HENNARD

Née le 27 décembre 1993 à Clamart (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE NR

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur HARDWIGSEN Jean

Assesseur

Madame le Docteur CAZANAVE Audrey

Directeur

**Détermination d'un score clinique diagnostique de douleurs abdominales
chirurgicales urgentes**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 4 Octobre 2021

Par Madame Lucille HENNARD

Née le 27 décembre 1993 à Clamart (92)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MEDECINE D'URGENCE NR

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur HARDWIGSEN Jean

Assesseur

Madame le Docteur CAZANAVE Audrey

Directeur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

Honoris causa

1967	
MM. les Professeurs	DADI (Italie) CID DOS SANTOS (Portugal)
1974	
MM. les Professeurs	MAC ILWAIN (Grande-Bretagne) T.A. LAMBO (Suisse)
1975	
MM. les Professeurs	O. SWENSON (U.S.A.) Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)
1976	
MM. les Professeurs	P. FRANCHIMONT (Belgique) Z.J. BOWERS (U.S.A.)
1977	
MM. les Professeurs	C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.) C.GIBBS (U.S.A.) J. DACIE (Grande-Bretagne)
1978	
M. le Président	F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)
1980	
MM. les Professeurs	A. MARGULIS (U.S.A.) R.D. ADAMS (U.S.A.)
1981	
MM. les Professeurs	H. RAPPAPORT (U.S.A.) M. SCHOU (Danemark) M. AMENT (U.S.A.) Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne) S. REFSUM (Norvège)
1982	
M. le Professeur	W.H. HENDREN (U.S.A.)
1985	
MM. les Professeurs	S. MASSRY (U.S.A.) KLINSMANN (R.D.A.)
1986	
MM. les Professeurs	E. MIHICH (U.S.A.) T. MUNSAT (U.S.A.) LIANA BOLIS (Suisse) L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987	
M. le Professeur	P.J. DYCK (U.S.A.)
1988	
MM. les Professeurs	R. BERGUER (U.S.A.) W.K. ENGEL (U.S.A.) V. ASKANAS (U.S.A.) J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.) A. DAVIGNON (Canada) A. BETTARELLO (Brésil)
1989	
M. le Professeur	P. MUSTACCHI (U.S.A.)
1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)

D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

TURRINI Olivier

VALERO René

VAROQUAUX Arthur Damien

VELLY Lionel

VEY Norbert

VIDAL Vincent

VIENS Patrice

VILLANI Patrick

VITON Jean-Michel

VITTON Véronique

VIEHWEGER Heide Elke détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)

LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-PH)

BONELLO Laurent (PU-PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

ELDIN Carole (MCU-PH)

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) *détachement*
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) DUFOUR Henry (PU-PH)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012) FUENTES Stéphane (PU-PH)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Remerciements à l'ensemble de mon jury de thèse

A Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Vous me faites l'honneur de présider et juger ma thèse, je vous en remercie.

Merci d'avoir participé à l'élaboration de notre belle spécialité et de croire en nous.

A Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous en remercie.

Merci de m'avoir reçue, écoutée et guidée dans ce travail.

A Monsieur le Professeur HARDWIGSEN Jean

Vous me faites l'honneur de juger mon travail, je vous remercie d'avoir accepté d'être dans ce jury.

A Madame le Docteur Cazanave Audrey

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse, de mettre en commun ton travail avec le mien. Merci de ta gentillesse, ton humanité et de tes précieux conseils.

A mes parents, Fred, Pascal, mon frère, Jonathan et Léo, merci de votre soutien inconditionnel durant ces 10 années d'études. Merci d'avoir cru en moi, de votre présence et de vos mots bienveillants dans les moments les plus difficiles. Cette réussite je vous la dois aussi. Je vous aime.

A Patricia et Didier, Cyril, Alysson et Arnaud, ma 2^{ème} famille du sud. Merci de m'avoir accueillie sur Marseille, de votre chaleur humaine qui participe à faire d'ici mon chez moi. A tous ces week-ends d'hiver et d'été passés ensemble à partager, quelle richesse de vous avoir.

A ma famille Normande, loin des yeux, près du cœur, pour toujours. Merci de votre soutien.

A Clara, la meilleure, mon booster d'énergie et de confiance, toujours les bons mots, plus de 10 années d'amitié, tant de choses traversées ensemble malgré la distance, hâte de tout nos futures camping à faire cuire les cordons bleus par terre, avec notre petite Melonade !

A mes ZOUZS, parce que sans vous mon externat n'aurait jamais été le même, à tout ces verres détentes aux Blouses blanches, au Bidule, à la Ménagerie pour moi ce sera un diabolo violette et vive PSA ! J'ai tant appris auprès de vous, à la fac, puis dans les 4 coins du Monde.. à nos futurs road Trip ! Mes sœurs, mes amours.

Au Club du 5 et les + 1 , tant de kiffance avec vous depuis ces 3 dernières années, piou piou à l'internat, Kipendé, la pétongue, les améliorés, nos bouffes à thème et les soirées imprévues puis les colocs, les achats, le bébé.., chaque instant ensemble est un bonheur. A nos soirées Marseillaises, nos brunch, barbecues, randonnées, ski, week-end d'anniv et j'en passe, une famille pour la vie.

Mention spéciale à mes Bretzelles : Marine, Chachou, Juju, et Charline dans la coloc de l'ambiance, toujours présentes pour mater les replays des Marseillais, aux séances de yoga chien tête en bas sur la terrasse, et toutes ses soirées posées ou ambiancées.

Merci à mon Robi pour ton aide précieuse même en vacances toujours là pour la famille.

Au Pr GENTILLE Stéphanie, Mme Jouve Elisabeth et Borhane pour leur travail statistique, leurs gentillesse et leurs conseils.

A mes co internes:

La team urgentiste, dans les méandres de la Tchiimone tout a commencé, puis notre placard de Sainte Marguerite aux 50 000 pauses cafés de Corbi et Chlochlo, la maniaquerie de Cédric et ses classeurs, François au pipo, mots croisés et séances de méditation. On se retrouve enfin au SAMU et toujours les mêmes avec la douce Yasmine, notre future PUPH Juju.

A Mélanie, la prem's de toutes ces rencontres, Camille, Julie, Marion parce qu'on se voit trop peu mais toujours autant un plaisir de vous retrouver vous et vos tempéraments solaires ... à cette merveilleuse petite balade à la Sainte Victoire et votre sens de l'orientation hors pair.

La team pédiatrique pour ses grands moments de times up, coloriage, dévalisage de boudoirs et petits LU en cachette, le thon rouge vous remercie !

La team réa, parce que malgré tous ces moments de galère j'en garde qu'un souvenir positif grâce à vous et vos âneries, le mur du shame a peut-être disparu mais il reste dans les mémoires! merci d'avoir supporté mes "clicliclic" au fond du bureau Rapi' t'as compris, merci pour les apéros cacahuètes et gâteaux trop bons de Nico, les couchers de soleil sur la DZ , HALF à 14H, le pakistanais, le dortoir en chambre de garde pour éviter le placard du SIP, les séances debrief en Claude Martin et Céline Dion sur la terrasse à 4H du mat'.

A Caro, parce que la cardio c'était quand même quelques choses, a nos co voit debrief, la station essence de Châteauneuf, les caricatures et le tableau veleda, les goûters et boîtes de chocolats et à la prière Païenne parce qu'on est toujours pas au point après 10 répèt !

A Quentin, le plus musclé de la plage, pour tes siestes motivantes.., ma petite bouffée d'air, je ne verrai plus jamais un pneumothorax comme avant .. Et ne me reparle plus du kétoprofène STP.

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION	7
A-Douleurs abdominales chirurgicales urgentes.....	8
B- Objectif de l'étude.....	9
II- MATERIEL ET METHODE	10
A-Type d'étude.....	11
B-Population étudiée.....	11
1. Critères d'inclusion	
2. Critères d'exclusion	
C-Construction du score.....	12
1. Forme du score	
2. Composition du score	
a. Critères cliniques	
b. Critères épidémiologiques	
c. Antécédents	
D-Analyse statistique.....	14
1. Plan d'analyse statistique	
2. Traitement statistique des données	
III – RESULTATS	16
A-Analyse Univariée.....	17
1. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée	
2. Signes cliniques et fonctionnels	
B- Analyse Multivariée.....	18
C- Construction de l'outil diagnostique.....	20
1. Détermination d'un seuil diagnostique	
2. Etude de validité intrinsèques	
a. Sensibilité, spécificité	
b. Rapport de vraisemblance	
D- Application rétrospective de notre score sur un échantillon de la population étudiée.....	24
E- Application de notre outil diagnostique sur un nouvel échantillon de population.....	25
1. Caractéristiques de la population	
2. Méthode	
3. Résultats	
IV– DISCUSSION	27
V- CONCLUSION	33
VI- ANNEXE	35
VII- BIBLIOGRAPHIE	39
VIII- ABREVIATIONS	42

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

A. Les douleurs abdominales chirurgicales urgentes

La douleur est définie officiellement par l'association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

Par cette définition, nous comprenons toute la complexité d'évaluer, caractériser une douleur et d'en trouver son étiologie.

Les douleurs abdominales peuvent relever de multiples étiologies de part la richesse de l'innervation du tronc (1) (fig1). Ainsi une douleur abdominale peut être d'origine digestive, gynécologique, urologique, osseuse, pulmonaire, cardio-vasculaire, musculaire, traumatique, psychogène. C'est à l'aide d'un examen clinique bien conduit (2) et parfois d'examen complémentaires qu'il est possible de les différencier.

Parmi ces grandes catégories d'étiologies, il convient de déterminer précisément l'organe affecté, la lésion en cause et son retentissement clinico-biologique qui permet d'évaluer le degré d'urgence à traiter un patient. Ainsi dans chaque cadre nosologique il y a des pathologies à de gravité différente qu'il faut savoir dépister rapidement, par exemple une ischémie mésentérique aigue pour l'origine digestive, une grossesse extra utérine pour la gynécologie, la pyélonéphrite obstructive en urologie, la dissection ou l'infarctus du myocarde pour la cause cardio-vasculaire.

L'indication chirurgicale, urgente ou non, relève de l'avis du spécialiste, elle prend en compte notamment l'étiologie, la clinique, le terrain du patient.

Aux urgences les douleurs abdominales représentent entre 5 et 10 % des motifs de recours (3). Grand nombre relèvent d'étiologies bénignes et seulement un petit pourcentage nécessitera une hospitalisation voir une intervention chirurgicale et c'est ici l'enjeu du métier d'urgentiste.

L'urgentiste doit pouvoir rapidement identifier les patients relevant de soins urgents, les orienter au plus vite vers une prise en charge spécialisée adéquate et ainsi participer à diminuer la morbi mortalité pouvant en découler.

En effet, les services d'urgences sont souvent saturés, et il n'est malheureusement pas rare que certaines pathologies graves soient vues après plusieurs heures d'attente grevant ainsi le pronostic vital du patient.

Certaines pathologies graves sont parfois insidieuses et difficiles à identifier, qu'elles soient vues rapidement ou non parce que les manifestations en sont atypiques, pluri modales et évolutives par exemple l'ischémie mésentérique aigue, ou la dissection aortique, qui ont alors un haut taux de morbi mortalité (4).

Il est donc intéressant de trouver de nouveaux outils permettant d'aider au diagnostic de pathologies abdominales notamment celles requérant une chirurgie urgente, comme des scores diagnostiques. Ainsi on connaît déjà certains scores comme le score d'Alvarado (5), permettant précisément de s'orienter sur une appendicite ou encore la classification de Master (6) qui permet de préciser la gravité et la conduite à tenir devant un traumatisme crânien.

Il s'agit donc ici de créer un score plus large qui permettrait rapidement d'identifier les douleurs abdominales chirurgicales urgentes.

B. Objectif de l'étude

Cette étude a pour but d'élaborer un score diagnostique clinique prédictif de douleur abdominale chirurgicale urgente. Il pourrait contribuer à les reconnaître plus vite et limiter au maximum le taux de morbi-mortalité des patients venant pour ce recours aux urgences.

MATERIEL ET METHODE

II. METHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective monocentrique non interventionnelle visant à élaborer un score diagnostique d'après les données de 1656 patients consultant aux urgences de la Timone pour douleurs abdominales.

Ces données ont été recueillies par le Docteur Cazanave pour sa thèse « Facteurs de risque de chirurgie et d'hospitalisation des patients se présentant pour une douleur abdominale aux urgences » sur la période du 1^{er} juillet 2018 au 1^{er} janvier 2019.

B. Population étudiée

1- Critères d'inclusion

Il s'agissait de patients ayant plus de 16 ans et se présentant aux urgences adultes de la Timone avec comme libellé de recours attribué par l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences (IAO) : « douleurs abdominales », via le logiciel Terminal Urgence.

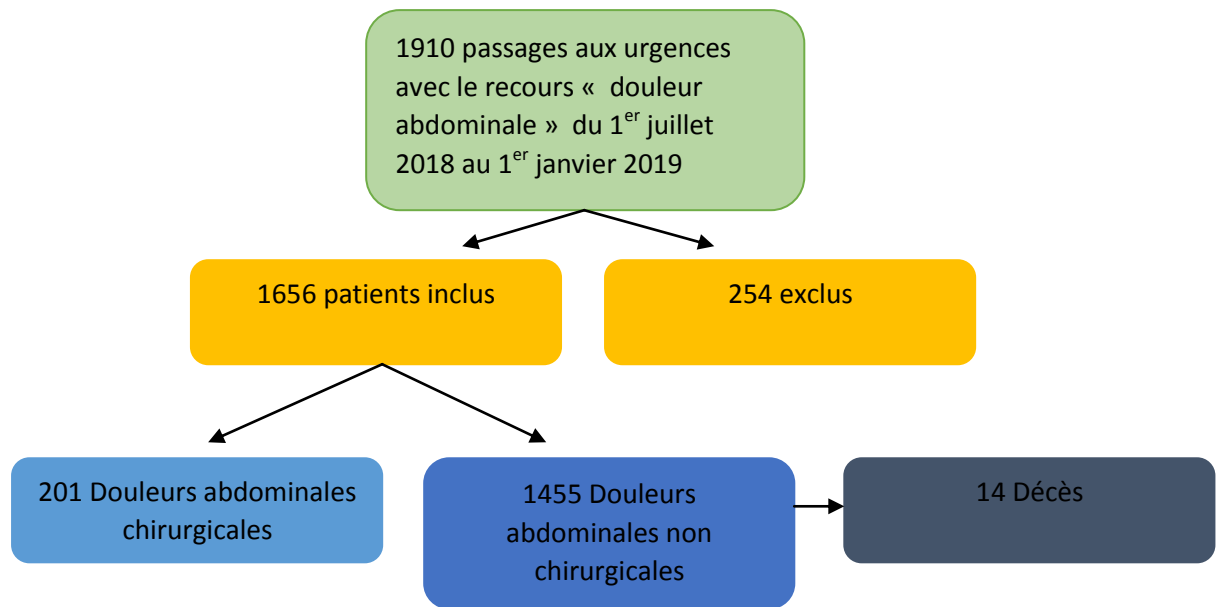
2- Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions étaient :

- les patients partis sans avis médical
- les patients partis contre avis médical
- les patients ayant fugué
- les dossiers informatisés non complets

Au total, 1910 patients avaient été répertoriés et 254 avaient été exclus, ainsi l'étude avait donc inclus 1656 patients.

Figure 2 : Diagramme de flux



C. Construction du score

1- Forme de notre score

Notre score est bâti sur le model du score d'Alvarado.

Ce dernier est un score créé en 1986 pour diagnostiquer précocement les appendicites.

Il est composé de 8 items, comportant des signes cliniques, des signes fonctionnels et des valeurs biologiques.

Chaque item est pondéré entre 1 et 2 selon leur poids diagnostique le tout donnant un score sur 10. L'appendicite est compatible pour un score entre 5 et 6, probable entre 7 et 8, très probable entre 9-10.

Alvarado score	
Feature	Score
Migration of pain	1
Anorexia	1
Nausea	1
Tenderness in right lower quadrant	2
Rebound pain	1
Elevated temperature	1
Leucocytosis	2
Shift of white blood cell count to the left	1
Total	10

2- Composition de notre score

Notre score diagnostique prédictif a pour but d'aider le clinicien à effectuer sa mission de triage et de diagnostic le plus efficacement et rapidement possible.

Nous avons décidé de tester plusieurs critères :

- Critères cliniques : signe fonctionnel, signe clinique
- Critères démographiques : le sexe, l'âge
- Antécédents

Nous avons ainsi repris toutes les données cliniques des 1656 patients ayant fait l'objet de la thèse du docteur Cazanave et nous avons décidé de comparer les critères des patients ayant subi une chirurgie abdominale (201) à ceux ne l'ayant pas subi (1455).

a. Critères cliniques

Dans les précédents résultats de la thèse du docteur Cazanave, certains critères cliniques ressortaient de façon significative lorsque l'on comparait les « douleurs chirurgicales urgentes » et les « douleurs chirurgicales non urgentes ».

Il s'agissait de la présence de :

- Signe de Murphy (OR 4.1)
- Douleur en fosse iliaque droite (OR 3.4)
- Défense abdominale (OR 2.6)

Ces derniers ont été réanalysés avec l'intégralité de tous les autres signes cliniques présentés par les patients afin de pouvoir les classer selon leur Odd Ratio et de définir leur poids diagnostique pour obtenir une pondération.

b. Critères épidémiologiques

- Concernant le critère « sexe », d'après les résultats statistiques, il existerait un risque significativement plus important de chirurgie urgente chez les femmes ($p=0.008$) en analyse univariée mais non retrouvé en analyse multivariée. Le critère de sexe ne serait donc pas discriminant.

- Concernant le critère d'âge, il est communément admis et trouvé dans la littérature que les patients âgés de plus 65 ans de par leurs antécédents médicaux multiples sont plus à risque de complication.

Ces deux critères ont aussi été réanalysés en comparant leur prévalence chez les « douleurs abdominales chirurgicales » et « non chirurgicales ».

c. Antécédents

D'après la littérature et dans les résultats du Dr Cazanave, les antécédents de :

-Diabète

-Hypertension artérielle

De par leur fort taux de complication, expliqué en partie par l'inflammation chronique, les complications vasculaires et le retard au diagnostic, ont été associés à des douleurs abdominales à haut risque chirurgicale.

Nous avons ainsi choisi de les intégrer de nouveau au calcul statistique ainsi que les antécédents de:

-Tabagisme actif

-Chirurgie abdominale

Qui nous paraissaient pertinents.

D. Analyse statistique

1. Plan d'analyse

L'analyse a été faite sur 3 niveaux

- Une analyse univariée qui compare les données cliniques à l'entrée des patients.
Elle a été réalisée sur l'ensemble de la population de l'étude selon les deux groupes : « douleur chirurgicale » et « douleur non chirurgicale ».
- Une analyse multivariée des données statistiquement significatives des patients à l'entrée, pour mettre en évidence les facteurs cliniques associés à la douleur chirurgicale.
- Une analyse courbe ROC, pour élaborer un outil diagnostique de « douleur chirurgicale » et évaluer ses caractéristiques.

2. Le traitement statistique des données

Les tests statistiques utilisés sont les tests usuels de comparaison de groupe tels que : test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour la comparaison de fréquences, test de Student ou analyse de variance pour la comparaison de moyennes entre groupes.

A l'issue des analyses univariées, les caractéristiques présentant des différences statistiquement significatives au seuil de 5% selon l'événement étudié (douleur chirurgicale, non chirurgicale) sont retenues pour être incluses dans les analyses multivariées.

Elles sont réalisées avec des modèles de régression logistique. Ces modèles permettent de tester conjointement l'effet de plusieurs caractéristiques sur la survenue d'un événement.

Les résultats ont été exprimés sous forme d'odd ratio (OR) représentant l'augmentation (ou la réduction) de risque associé à la survenue de l'évènement étudié :

- Un OR > 1 correspond à une augmentation du risque.
- Un OR < 1 correspond à une diminution du risque.

Les OR sont présentés avec leur intervalle de confiance à 95% et leur significativité statistique.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS (IBM SPSS Statistics 20).

Le seuil de significativité des tests statistiques a été fixé à 5%.

RESULTATS

III. RESULTATS

L'analyse a été réalisée sur 1656 patients au total, 1455 (87.9 %) patients dans le groupe « douleur non chirurgicale » et 201 (12.1 %) patients dans le groupe « douleur chirurgicale ».

A. Analyse Univariée

1. Caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

Données de la population	Groupe douleur chirurgicale	Groupe douleur non chirurgicale	<i>p value</i>
Age	49,8 (±22,02 %)	40,89 (±19,42 %)	<0,001
Homme	97 (48.3 %)	577(39.7 %)	0,02
HTA	49 (24.5 %)	202 (13.9 %)	<0,001
Dyslipidémie	32 (16 %)	125 (8.6 %)	0,001
Tabac	55 (27.5 %)	352 (24.2 %)	0.31
Diabète	21 (10.5 %)	96 (6.6 %)	0.04
ATCD de chirurgie abdominale	72 (36 %)	412 (28.3 %)	0.02

Tableau I : analyse des caractéristiques épidémiologiques de la population.

L'analyse univariée des critères épidémiologiques entre les patients « chirurgicaux » et « non chirurgicaux » montre une différence d'âge significative avec des patients chirurgicaux plus vieux d'au moins 10 ans. Il y a également une majorité d'hommes, ils sont davantage hypertendus, dyslipidémiques, diabétiques et ont plus d'antécédents chirurgicaux.

Le tabagisme n'est cependant pas discriminant.

2. Signes cliniques et fonctionnels

Dans le tableau II en annexe, l'analyse univariée des signes physiques et fonctionnels nous montre des résultats significativement supérieurs dans le groupe des « douleurs abdominales chirurgicales » pour les items suivants:

- Douleur en hypochondre droit
- Douleur en fosse iliaque droite

- Douleurs abdominales diffuses
- Arrêt des matières et des gazs
- Masse à la palpation
- Signe de Murphy
- Douleur à la décompression abdominale
- Défense
- Ictère
- Fièvre > 38,5

B. Analyse multivariée

Pour l'analyse en régression logistique, seules les variables qui étaient significatives dans l'analyse univariée ($p < 0.05$) ont été retenues.

En s'appuyant sur les données de la littérature, l'âge a été introduit selon les deux classes d'âge suivantes :

- 16 ans - 64 ans
- 65ans - plus de 65ans

Les résultats ont été exprimés sous forme d'odd ratio (OR) représentant l'augmentation (ou la réduction) de risque associé à la survenue de l'évènement étudié.

	<i>p value</i>	<i>OR</i>	<i>IC 95%</i>
Arrêt des matières et des gazs	<0,001	8,44	[4,15 - 17,15]
Masse palpable	<0,001	7,25	[3,21- 16,34]
Ictère	0,002	6,74	[1,96 - 23,14]
Défense abdominale	<0,001	5,11	[3,29 - 7,95]
Signe de Murphy	0,005	3,92	[1,49 - 10,25]
Douleur en FID	<0,001	3,74	[2,37 – 5,89]
Douleur diffuse	0,003	3,64	[1,02 - 3,38]
Fièvre ≥ 38.5	0,001	3,19	[1,56 - 6,52]
Douleur en hypocondre droit	0,001	2.56	[1,45 – 4,51]
Douleur à la décompression	0,002	1,85	[1,54 - 8,6]

abdominale			
Douleur en épigastre	0,04	0,59	[0,35 - 0,98]
Age 16-64ans	<0,001	0,41	[0,27 - 0,63]
Douleur en FIG	0,001	0,39	[0,22 - 0,69]
Douleur modérée	<0,001	0,39	[0,27 - 0,57]
Diarrhée	0,04	0,30	[0,14 - 0,63]
Douleur en FLD	0,012	0,2	[0,06 - 0,7]

Tableau III : analyse multivariée

Ainsi, d'après les résultats obtenus, nous avons regroupé dans un tableau les facteurs de risque de « douleur chirurgicale » :

Facteurs de risque de douleur chirurgicale	Risque multiplié par :
Arrêt des matières et des gazs	8,44
Masse palpable	7,25
Ictère	6,74
Défense abdominale	5,11
Signe de Murphy	3,92
Douleur en FID	3,74
Douleur à la décompression abdominale	3,64
Fièvre ≥ 38.5	3,19
Douleur en hypocondre droit	2,56
Douleur diffuse	1,85

Tableau IV: Facteurs de risque issue Douleur chirurgicale.

De même, nous pouvons regrouper des facteurs qui avaient un OR < 1, à interpréter comme statistiquement protecteurs d'une douleur abdominale chirurgicale:

Facteurs protecteurs de douleur chirurgicale	Risque multiplié par :
Douleur en épigastre	0,59
Age 16-64ans	0,41
Douleur en FIG	0,39
Douleur en FLD	0,39
Douleur modérée	0,39
Diarrhée	0,30

Tableau V : Facteurs protecteurs envers l'issue chirurgicale.

Grâce à ces tableaux, nous avons pu classer les items revenant significatifs en trois catégories de risque en fonction de leur valeur d'Odd Ratio.

La valeur de 5 a arbitrairement été choisie par les statisticiens comme seuil départageant au mieux ces catégories.

Douleur abdominale à faible risque	Douleur abdominale à risque chirurgical modéré OR < 5	Douleur abdominale à haut risque chirurgical OR > 5
Douleur en épigastre Douleur en FIG Douleur en FLD Douleur modérée Diarrhée	Hypocondre droit Douleur en FID Douleur diffuse Signe de Murphy Douleur à la décompression abdominale Fièvre	Arrêt des matières et des gaz Masse palpable Défense abdominale Ictère

Tableau VI : les 3 catégories en fonction de niveau de risque chirurgical de la douleur abdominale.

C. Construction de l'outil diagnostique

A partir de ce tableau indicatif de facteur de risque, notre but étant de repérer les douleurs abdominales chirurgicales, les items de la catégorie à risque modéré et à risque sévère ont été retenus pour faire partie de notre score final.

Ainsi les statisticiens ont pondérés les OR de la manière suivante :

- Les OR > 5 sont pondérés de 4 points.
- Les OR < 5 sont pondérés de 2 points.

La pondération et la conception de l'outil diagnostique sont résumées dans le tableau suivant :

Score Diagnostique clinique prédictif de Douleur abdominale chirurgicale urgente	
Arrêt des matières et des gaz	4 points
Masse palpable	4 points
Défense abdominale	4 points
Ictère	4 points
Douleur en FID	2 points
Signe de Murphy	2 points
Douleur à la décompression abdominale	2 points
Fièvre supérieure à 38.5	2 points
La douleur est-elle diffuse	2 points
Irradiation en hypocondre droit	2 points

1. Détermination d'un seuil diagnostique

Afin de déterminer la valeur seuil de notre test diagnostique, une analyse courbe ROC a été réalisée après avoir calculé le score pour chacun des 1656 patients.

Les différentes valeurs de score obtenues pour les patients en fonction de notre pondération sont résumées dans le tableau suivant :

score	Effectifs	Pourcentage
0	762	46,1
2	564	34,1
4	164	9,9
6	121	7,3
8	29	1,8
10	12	0,7
12	1	0,1
14	1	0,1
Total	1654	100,0

La majorité des valeurs du score varie entre **0** et **6** ce qui représente 97.4% des patients de l'étude. On constate aussi que les valeurs du score « **8, 10, 12, 14** » sont considérées comme des valeurs extrêmes et ne représentent que **2.7%** des patients de l'étude. Il a donc été admis que notre score variait entre **0** (valeur minimale) et **6** (valeur maximale).

Analyse courbe ROC :

Score Positif si \geq à	Sensibilité	1 - Spécificité
-1,00	1,000	1,000
1,00	0,876	0,493
3,00	0,677	0,132
5,00	0,463	0,049
7,00	0,144	0,010
9,00	0,040	0,004
11,00	0,005	0,001
13,00	0,005	0,000
15,00	0,000	0,000

Figure 3. Les différentes valeurs seuil de la courbe ROC.

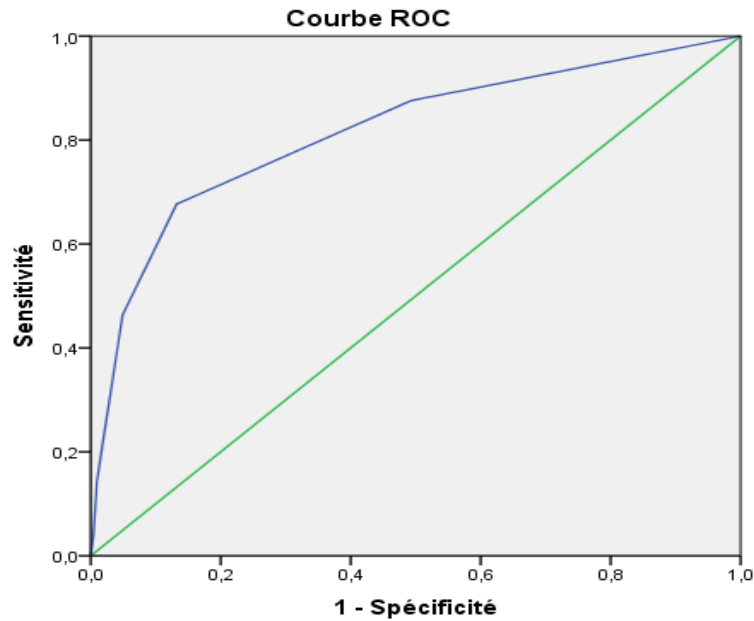


Figure 4. Courbe ROC de l'évaluation des performances diagnostique de score douleur chirurgicale.

Cette courbe graphique permet de représenter la capacité du test à discriminer la population des patients ayant une « douleur chirurgicale » de ceux « sans douleur chirurgicale » :

La courbe ROC représente en ordonnée la proportion de tests positifs parmi les patients ayant une « douleur chirurgicale » (la sensibilité) en fonction de la proportion de tests positifs parmi la population non-malade c'est-à-dire de « douleur non chirurgicale » (1 – spécificité, en abscisse), pour toutes les valeurs-seuil envisageables du test.

En statistique, on distingue les tests :

1. D'apport nul : $ASC = 0,5$
2. Peu informatifs : $0,5 \leq ASC < 0,7$
3. Moyennement informatifs : $0,7 \leq ASC < 0,9$
4. Très informatifs : $0,9 \leq ASC < 1$
5. Parfaits : $ASC = 1$

La surface sous la courbe de notre score est de **0,81**. Notre score diagnostique est donc considéré comme moyennement informatif.

Nous avons retenu un seuil positif strictement supérieur à « 3 » pour lequel la sensibilité est de **67%**, la spécificité de **87%** et le rapport de vraisemblance à **5**.

2. Propriétés discriminantes et apport décisionnel de notre outil : Etude de validité intrinsèque

a. Sensibilité, spécificité

Notre test a une sensibilité estimée à **67%**.

Environ **67%** des patients ayant une douleur abdominale chirurgicale auront un test positif (“vrais positifs”) et seront ainsi repérés, **33%** auront un test négatif (“faux négatifs”) et sont susceptibles de ne pas recevoir les soins appropriés.

La spécificité de notre test est estimée à **87%**.

Environ **87%** des non-malades « douleur abdominale non chirurgicale » auront un test négatifs (“vrais négatifs”), **13%** auront un test positifs (“faux positifs”) et seront repérés à tort.

Dans le cadre d’un test diagnostique, on privilégie une spécificité élevée c’est-à-dire le moins de faux positifs possible. Notre test a une spécificité élevée, cela signifie qu’un résultat positif pourrait confirmer l’hypothèse diagnostique de douleur chirurgicale.

b. Rapport de vraisemblance

L’un des principaux intérêts des rapports de vraisemblance est le calcul de la probabilité post-test. Ici il permet donc de répondre à la question :

- Quelle est la probabilité que le patient ait une douleur abdominale chirurgicale si le test est positif ?

ou

- Quelle est la probabilité que le patient ait une douleur non chirurgicale si le test est négatif ?

Le rapport de vraisemblance positif de notre test est égal à 5.

Cela signifie que le test est cinq fois plus souvent positif chez les patients ayant une « douleur abdominale chirurgicale » que chez les non malades « douleurs non chirurgicales ».

De ce fait notre test est considéré comme un test d’apport diagnostique fort comme nous pouvons le voir sur ce tableau :

Rapport de vraisemblance positif	Rapport de vraisemblance négatif	Apport diagnostique
> 10	< 0,1	Très fort
5–10	0,1–0,2	Fort
2–5	0,2–0,5	Modéré
1–2	0,5–1	Faible
1	1	Nul

D. Application rétrospective de notre outil diagnostique sur un échantillon

Nous avons appliqué notre score sur un échantillon tiré au sort, au hasard et randomisé de 100 patients parmi les 1656 patients de l'étude.

50 patients avec une douleur chirurgicale et 50 patients avec une douleur non chirurgicale.

Notre outil diagnostique a permis de repérer correctement :

- **35(70%)** des malades avec une douleur chirurgicale pour le groupe des patients « douleur chirurgicale ».
- **40(80%)** des patients sans douleur chirurgicale pour le groupe des patients à « douleur non chirurgicale ».

	Douleur non chirurgicale	Douleur chirurgicale
Score <3 « test négatif »	40 (80 %) VN	15 (30%) FN
Score >3 « test positif »	10 (20 %) FP	35 70%) VP

Caractéristiques extrinsèques de notre outil

Valeur prédictive positive

La valeur prédictive positive c'est-à-dire la probabilité post-test d'être malade sachant que le test est positif est égale à **0,77**.

Valeur prédictive négative

La valeur prédictive négative c'est-à-dire probabilité post-test d'être non malade sachant que le test est négatif pour notre test est égale à **0,72**.

E. Application de notre outil diagnostic

Notre outil diagnostique a permis de repérer avec de bonnes performances diagnostiques les douleurs abdominales chirurgicales urgentes. Ainsi, dans une approche de confirmation, d'amélioration et d'extrapolation de notre outil, nous avons décidé d'appliquer notre score en menant une étude au sein du service des urgences de la Timone sur une nouvelle population.

1. Caractéristiques de la population

Ainsi d'octobre 2020 au 7 Mai 2021 nous avons appliqué notre score de manière rétrospective à un nombre de patient identique que le travail initial, c'est-à-dire 1656 patients.

Ils avaient pour critères d'inclusion :

- Patient s'étant présenté aux services d'accueil des urgences du centre hospitalo – universitaire de la Timone, ayant pour motif de recours la « douleur abdominale ».
- Age > 17 ans

Ils avaient pour critère d'exclusion :

- Partis sans avis médical
- Partis contre avis médical
- Fugue
- Dossiers informatisés non complets

2. Méthode

Chacun des dossiers a été revu et le score a été appliqué en fonction des données cliniques présentées dans le dossier médical informatisé du patient.

Le score du patient était ensuite comparé à la destination finale du patient qui pouvait être :

- Chirurgie abdominale urgente dans les 24H
- Chirurgie abdominale non urgente (les patients étaient d'abord hospitalisés puis opérés dans un second temps à plus de 24H)
- Pas de chirurgie abdominale

Le résultat était concordant si :

- Le patient avait un score ≥ 4 et que sa destination finale était « chirurgie abdominale en 24H »
- Le patient avait un score < 4 et que sa destination finale était « chirurgie non urgente » ou « pas de chirurgie »

Nous avons ensuite calculé la spécificité, la sensibilité et les valeurs prédictives positive et négative de notre score et nous les avons comparées aux valeurs précédemment trouvées.

3. Résultats : application du score sur une nouvelle population

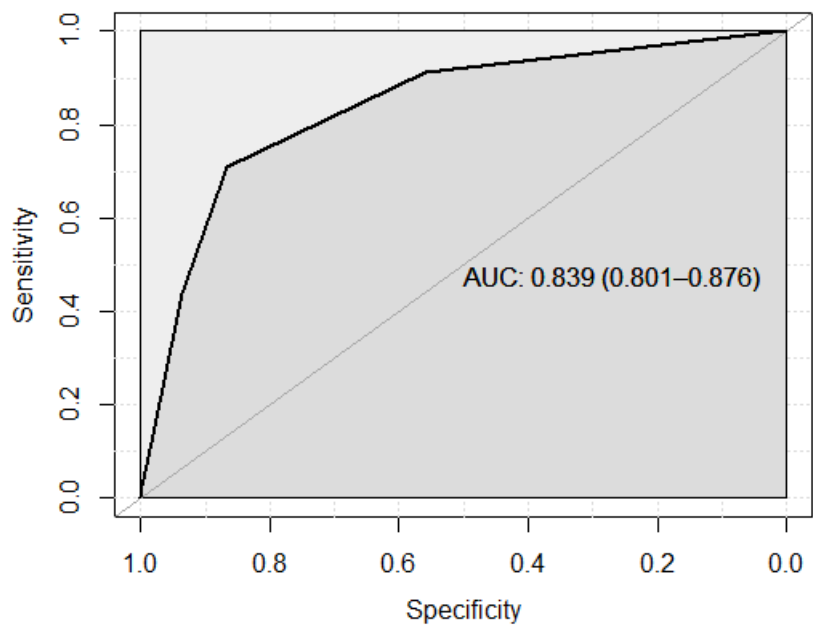
a. Sensibilité, spécificité, valeurs prédictives

	Pas de chirurgie urgente (n = 1542)	Chir urgente (n = 114)
SCORE		
≥ 4	206 (13.4%)	81 (71.1%)
< 4	1336 (86.6%)	33 (28.9%)

Parmi les patients ayant une douleur abdominale avec un score ≥ 4 , 71,1% ont effectivement eu une chirurgie urgente.

Parmi les patients ayant une douleur abdominale avec un score < 4 , 86.6% n'ont pas eu de chirurgie urgente.

Ainsi notre sensibilité est de 71.1% et notre spécificité de 86.6% sur notre nouvelle population.



Il en résulte une aire sous la courbe de 0.83.

Nos résultats sont donc similaires entre les deux études.

DISCUSSION

IV. DISCUSSION

Nous avons créé un score diagnostique clinique qui permettrait d'aider le clinicien urgentiste dans sa prise en charge des douleurs abdominales aux urgences.

Nous nous sommes basés sur une population avec un nombre conséquent de patients se présentant au SAU de la Timone nous permettant d'obtenir des propriétés discriminantes intéressantes. C'est la première fois qu'un tel score est créé concernant les douleurs abdominales aux urgences.

C'est un score d'application simple et facile à mémoriser. Il ne nécessite ni l'apport de la biologie ni de l'imagerie. Il est en accord avec de multiples études, démontrant que pour le diagnostic et l'évaluation de la gravité d'une douleur abdominale, l'examen clinique et l'anamnèse sont primordiaux voir même suffisants à eux seuls dans la grande majorité des cas (2).

Il se base sur des items pertinents.

La douleur en fosse iliaque droite est majoritairement le lieu des appendicites (7) Snyder et son équipe relatent ainsi que, chez l'adulte, sa présence est associée à un rapport de vraisemblance positif entre 7.3 et 8.5. Elle peut aussi être celui des grossesses extra utérines (8).

La défense et la douleur à la décompression abdominale sont des signes d'irritation péritonéale et peuvent évoquer la présence de péritonite voir de perforation d'organe nécessitant une prise en charge chirurgicale rapide (9).

La douleur en hypochondre droit, le signe de Murphy (10) ou la présence d'un ictère sont évocateurs de pathologie hépato-biliaire, notamment la cholécystite ou la présence d'un obstacle sur les voies biliaires nécessitant parfois un geste coelioscopique.

La masse abdominale étant fréquemment associée à des hernies irréductibles et donc chirurgicales.

La fièvre s'ajoutant à ses items comme signe de gravité, évocateur d'un phénomène infectieux profond ou inflammatoire.

Enfin l'arrêt des matières et des gaz est fréquemment associé à un syndrome occlusif.

Il pourrait éventuellement être étendu à la médecine libérale pour l'aide à l'orientation rapide aux urgences.

Nous avons testé notre score sur une nouvelle population de patients se présentant aux urgences de la Timone avec comme motifs de recours « douleurs abdominales », les résultats du test montraient une spécificité de 86.6% et une sensibilité de 71.1% ainsi qu'une ASC de 0.83. Ces résultats sont similaires à ceux obtenus sur la 1^{ère} étude avec respectivement une spécificité de 87%, sensibilité de 67 % et une ASC de 0.81. Ceci nous montre que notre test a une bonne reproductibilité.

Notre étude présente cependant des limites. Elle est rétrospective et monocentrique dans un service d'accueil d'urgences qui n'accueille pas les patients pédiatriques ou les patientes enceintes.

Ainsi il faudrait des études supplémentaires sur ces populations.

La spécificité élevée est plutôt satisfaisante, car c'est ce que l'on attend d'un score diagnostique. La sensibilité reste cependant faible, mais l'élimination des faux positifs se ferait via une exploration par des examens complémentaires plus sensibles tels que le scanner ou l'échographie (11) avant l'appel du chirurgien.

La défense est souvent un signe difficile à confirmer pour les cliniciens. Dans notre seconde étude on trouvait fréquemment une discordance entre les examens cliniques des différents intervenants avec d'un côté l'absence de défense puis sa présence. Ceci influençant grandement le résultat de notre score, puisque sa pondération de 4 points le rend immédiatement positif.

Wagner et son équipe disaient dans leur étude, que la défense et la contracture ont une spécificité très bonne, dépendante essentiellement de la qualité de l'examen clinique mais aussi du patient (12).

Ainsi on peut supposer que par précaution certains cliniciens n'ont pas évoqué la présence de défense dans leurs examens cliniques ce qui a pu fausser le score dans certains cas et être responsables de faux négatifs ou bien même de faux positifs dans le cas inverse. Il serait intéressant d'étudier la reproductibilité de l'examen clinique abdominal entre plusieurs médecins (de différentes spécialités médicales et chirurgicales, voir même sur plusieurs sites différents).

Aussi, les symptômes pouvant être évolutifs, une défense peut disparaître après simple antalgie et ne se révéler être qu'une colique néphrétique ne nécessitant pas d'acte chirurgical. Également une défense peut être absente initialement puis finalement apparaître après quelques heures par

exemple pour une sigmoïdite qui se perfore. Notre score ne prend donc pas en compte le caractère évolutif de certains symptômes. De plus, dans la littérature (13) on peut voir qu'il est parfois nécessaire de garder en observation quelques heures le patient ou bien de le laisser rentrer à domicile et de le réévaluer dans les 8H afin d'avoir de nouveaux signes permettant de conclure à une origine chirurgicale, ce qui nécessiterait donc une répétition de l'examen clinique et donc de ce score , comme on peut le faire pour l'électrocardiogramme d'une douleur thoracique .

A la fois notre score est objectif puisqu'il ne fait pas appel à une interprétation de la douleur du patient (intensité sévère ou non), mais à sa présence ou non, malgré cela, il subsiste tout de même une part de subjectivité du fait que la douleur est une expérience émotionnelle.

Ainsi certains patients de part leur anxiété, sont difficilement capables de localiser précisément leur douleur, ils peuvent donc présenter une douleur en hypochondre droit sans qu'il n'y en ait réellement par exemple et ainsi rendre le score faussement positif.

Cependant, on s'accordera qu'il est plus acceptable d'explorer à tort un patient faussement positif par des examens complémentaires plutôt que de laisser rentrer au domicile un patient faussement négatif.

Egalement, nous avons pu observer lors du recueil de données que selon la disponibilité des plannings des chirurgiens mais aussi leurs intuitions et leurs pratiques, certains patients pour un même diagnostic à terrain similaire pouvaient bénéficier d'une chirurgie immédiate tandis que d'autres pouvaient dans un premier temps être hospitalisés en observation puis finalement être opérés devant l'évolution défavorable, notamment pour les diagnostics d'occlusion, ou parfois d'appendicite. En effet, dans une méta analyse, Van Dick a montré que lorsqu'il s'agissait d'une appendicite non compliquée il était possible d'attendre 12 à 24H avant d'opérer sans majoration du taux de complication ni du risque de morbi mortalité (14).

Ainsi ces patients pouvaient avoir un score positif mais n'étaient pas opérés dans les 24H ce qui entraînait statistiquement des "faux positifs" dans notre étude.

Également dans ce registre, l'indication chirurgicale variait selon le terrain du patient. Ainsi une personne très âgée avec un haut risque chirurgical ou sans bénéfice chirurgical estimé pouvait avoir un score positif mais n'était pas opérée et le score a donc été considéré comme faussement positif.

Cependant, ces patients faussement positifs, relevaient tout de même d'un avis chirurgical, puisque comme dit précédemment, c'est au spécialiste d'en donner l'indication. Aussi, malgré qu'ils ne soient pas opérés, ils ont néanmoins été hospitalisés en service de chirurgie digestive.

On peut donc dire qu'il y a des douleurs qui nécessitent une chirurgie urgente et d'autres qui nécessitent un avis voir une hospitalisation chirurgicale urgente.

Aussi, l'examen clinique peut être très pauvre dans certains sous groupes de population.

Chez les patients diabétiques de part la présence de neuropathie.

Chez les patients en surpoids, où la présence de masse peut être difficilement palpable.

Chez les patients âgés pouvant avoir des troubles cognitifs évolués, mais aussi du fait de pathologies chroniques pour lesquelles ils utilisent de façon prolongées des analgésiques, ou corticoïdes ce qui génère, une absence de fièvre fréquente et une difficulté à localiser leur douleur, ainsi on observe moins de défense ou de réponse péritonéale . Chang et son équipe relatent aussi le fait que les patients âgés présentant une pathologie intra-abdominale sont plus susceptibles de présenter des symptômes autres que des douleurs abdominales, tels que fatigue, anorexie ou altération de l'état mental (15).

Notre score ne peut donc se substituer au bon sens clinique du médecin et n'est donc qu'une aide à l'appréciation clinique.

Il paraît étrange que l'âge n'interfère pas avec le fait d'être à risque d'avoir une chirurgie. Comme l'explique Sylvie Aucoin, si les personnes âgées sont d'avantages représentées dans les services de chirurgie c'est surtout par le fait que cette génération est sur-représentée dans la population générale (16) mais leur âge n'en fait pas un facteur de risque de chirurgie. En effet, leurs comorbidités cumulées jouent sur leur risque péri-opératoire, ce qui fait que malgré tout, ils ne sont pas plus à risque d'avoir une chirurgie que les autres tranches d'âge car il sont plus souvent récusés à la chirurgie, comme l'illustre De Dombal (17) dans son analyse statistique, les patients âgés étant plus à risque de perforation il sont le plus souvent récusés à la chirurgie.

Également il paraît étonnant que les constantes, notamment la tachycardie, qui est un signe précoce de défaillance hémodynamique ne rentrent pas en compte dans ce score. Cela peut s'expliquer notamment par le fait que quasi systématiquement les patients en défaillance hémodynamique ne sont pas répertoriés sous le recours de « douleur abdominale ». On retrouve un biais fort de sélection dans cette étude du fait du motif de recours attribué par l'IOA.

Concernant la tachycardie , elle peut aussi finalement ne pas être un critère pris en compte dans le sens qu'elle fait partie de la réponse physiologique à la douleur et à l'émotion notamment l'anxiété , la peur, ou encore « l'effet blouse blanche » .

On pourrait penser également que l'antécédent de chirurgie abdominale qui augmenterait le risque d'une nouvelle chirurgie notamment du fait d'occlusion sur bride, pourrait faire partie du score. Cependant parmi les patients qui faisaient des occlusions sur bride la plupart bénéficiaient effectivement d'une hospitalisation en chirurgie avec mise à jeun puis d'une renutrition progressive permettant dans de nombreux cas de résoudre l'occlusion sans avoir recours à la chirurgie. Ils sont effectivement plus à risque de faire un syndrome occlusif mais la chirurgie n'en sera pas systématique.

CONCLUSION

V. CONCLUSION

Nous avons élaboré un score clinique prédictif de douleur abdominale relevant d'une chirurgie urgente afin d'aider le clinicien dans son activité de triage des douleurs abdominales aux urgences. Il permettrait ainsi d'identifier plus rapidement les douleurs abdominales susceptibles d'engager le pronostic vital du patient et une mise en relation plus rapide avec les équipes de chirurgies digestives sans se soustraire au bon sens clinique du praticien. Il pourrait en résulter une amélioration de la prise en charge de ces patients potentiellement graves et donc de leur taux de morbi-mortalité. Néanmoins il présente plusieurs limites, notamment le fait d'être fondé sur une étude rétrospective et monocentrique dans un centre d'accueil d'urgences ne prenant pas en charge les populations pédiatriques et les femmes enceintes ainsi qu'un biais de sélection dû au motif de recours attribué par l'IAO. Il serait intéressant de le tester prospectivement dans un premier temps et de façon multicentrique afin d'approfondir ce thème pertinent en médecine d'urgence.

ANNEXE

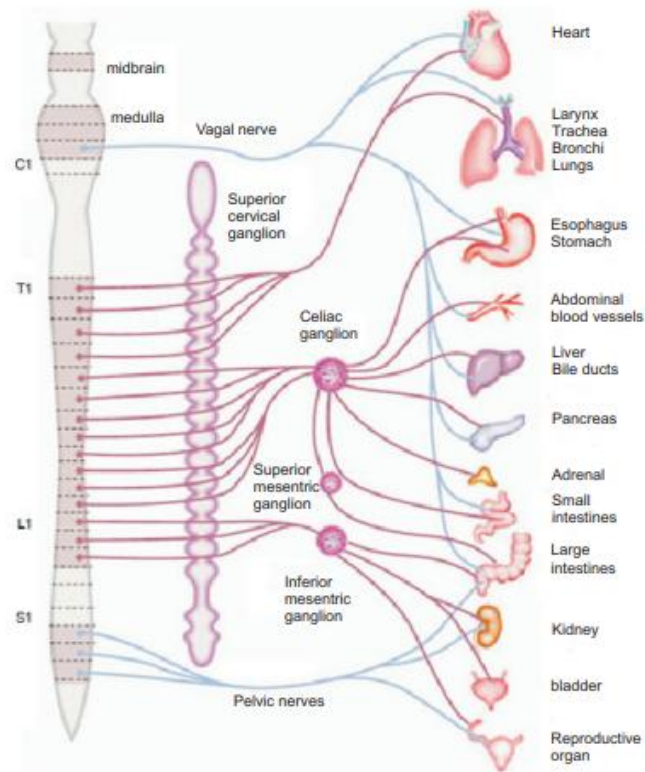


Figure 1. Pathways of visceral sensory innervation. Afferent fibers that mediate pain travel with autonomic nerve system to communicate with the central nervous system. In the abdomen, these nerves include both vagal and pelvic parasympathetic nerves and thoracolumbar sympathetic nerves. Sympathetic nerve fibers (red line); parasympathetic nerve fibers (blue lines).

Tableau II: Comparaison des Caractéristiques cliniques des patients selon la douleur chirurgicale ou non.

Variables	Groupe douleur chirurgicale	Groupe douleur non chirurgicale	p value
Topographie de la douleur			
Hypochondre droit	40 (19.9)	155 (10.7)	<0,001
Epigastre	39 (19.4)	426 (29.3)	0.003
Hypochondre gauche	7 (3.5)	70 (4.8)	0.4
Flanc droit	30 (14.9)	142 (9.8)	0.02
Péri-ombilical	21 (10.4)	181 (12.4)	0.41
Flanc gauche	12 (6)	130 (8.9)	0.15
FID	81 (40.3)	298 (20.5)	<0,001
Hypogastre	30 (14.9)	329 (22.6)	0.01
FIG	21 (10.4)	285 (19.6)	0.002

FLD	3 (1.5)	74 (5.1)	0.02
FLG	9 (4.5)	55 (3.8)	0.63
Diffuse	35 (17.4)	174 (12)	0.02
Irradiation douleur			
Autre localisation abdomen	7 (3.5)	12 (0.8)	0.001
Thorax	1 (0.5)	10 (0.7)	0.75
Dos	7 (3.5)	50 (3.4)	0.97
Symptomatologie			
Début douleur < 24h	120 (59.7)	770 (53)	0.07
Début douleur < ou = 7 jours	76 (37.8)	918 (63.1)	0.8
Début douleur > ou = 8 jours	5 (2.5)	148 (10.2)	<0,001
Douleur Modérée	89 (44.3)	1054 (72.4)	<0,001
Douleur Sévère	112 (55.7)	402 (27.6)	<0,001
Vomissements	92 (45.8)	468 (32.2)	<0,001
Nausées	99 (49.3)	497 (34.2)	<0,001
Anorexie	20 (10)	102 (7)	0.13
ATCD douleurs identiques	19 (9.5)	136 (9.3)	0.96
Arrêt matières/gazs	28 (13.9)	22 (1.5)	<0,001
BHA	178 (88.6)	1434 (98.6)	<0,001
Constipation	33 (16.4)	110 (7.6)	<0,001
Hématurie	1 (0.5)	9 (0.6)	0.83
Leucorrhées	0 (0)	5 (0.3)	0.40
SFU	9 (4.5)	83 (5.7)	0.47
Diarrhées	12 (6)	209 (14.4)	0.001

Rectorragies	2 (1)	14 (1)	0.96
Mélena	0 (0)	4 (0.3)	0.45
Asthénie/Vertige	35 (17.4)	166 (11.4)	0.01
Anxiété	7 (3.5)	53 (3.6)	0.90
Masse palpable	14 (7)	21 (1.4)	<0,001
Murphy	11 (5.5)	16 (1.1)	<0,001
Douleur décompression	12 (6)	22 (1.5)	<0,001
Contracture	0 (0)	2 (0.1)	0,59
Défense abdominale	72 (35.8)	95 (6.5)	<0,001
Facteurs aggravants			
Mouvements	28 (13.9)	133 (9.1)	0.03
Toux	18 (9)	98 (6.7)	0.24
Respiration	14 (7)	67 (4.6)	0.14
Alimentation	14 (7)	73 (5)	0.24
Couleur de la peau			
Normale	190 (94.5)	1439 (98.9)	<0,001
Ictérique	8 (4)	8 (0.5)	<0,001
Pâleur	2 (1)	5 (0.3)	0.18
Cyanose	0 (0)	1 (0.1)	0.71
Constantes			
Fièvre sup a 38,5	21 (10.4)	43 (3)	<0,001
Tachycardie	8 (4)	21 (1.4)	0.01
Hypotension	7 (3.5)	10 (0.7)	<0,001
Polypnée	3 (1.5)	5 (0.3)	0.02

BIBLIOGRAPHIE

(1) Chiche L. Sémiologie et base du raisonnement clinique. In : Douleurs abdominales non traumatiques : prise en charge aux urgences. Paris : Journée scientifique de la SFMU ; 2001

(2) Martina B, Bucheli B, Stotz M, et al. First clinical judgment by primary care physicians distinguishes well between nonorganic and organic causes of abdominal or chest pain. *J Gen Intern Med* 1997;12(8):459–65.

(3) Natesan, Sreeja; Lee, Jerry; Volkamer, Heather; Thoureen, Traci (2016). Evidence-Based Medicine Approach to Abdominal Pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(2), 165–190. doi:10.1016/j.emc.2015.12.008

(4) Ozturk S, Unver M, Ozdemir M, Bozbiyik O, Turk Y, Firat O, et al. Prognostic factors in acute mesenteric ischemia and evaluation with multiple logistic regression analysis effecting morbidity and mortality. *Pol Przegl Chir.* 28 déc 2020;93(1):25-33.

(5) Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Annals of Emergency Medicine*. 1 mai 1986;15(5):557-64.

(6) Masters SJ, McClean PM, Arcarese JS, Brown RF, Campbell JA, Freed HA, et al. Skull x-ray examinations after head trauma. Recommendations by a multidisciplinary panel and validation study. *N Engl J Med*. 8 janv 1987;316(2):84-91.

(7) Snyder MJ, Guthrie M, Cagle SD. Acute Appendicitis: Efficient Diagnosis and Management. *AFP*. 1 juill 2018;98(1):2533.

(8) Cappell MS, Friedel D. Abdominal pain during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am*. mars 2003;32(1):1-58.

(9) Singh S, Khardori NM. Intra-abdominal and pelvic emergencies. *Med Clin North Am*. nov 2012;96(6):1171-91.

(10) Abraham S, Rivero HG, Erlikh IV, Griffith LF, Kondamudi VK. Surgical and Nonsurgical Management of Gallstones. *AFP*. 15 mai 2014;89(10):795-802.

(11) Leschka S, Alkadhi H, Wildermuth S, Marincek B. Multi-detector computed tomography of acute abdomen. *Eur Radiol*. déc 2005;15(12):2435-47.

(12) Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JP. Does this patient have appendicitis? JAMA 1996 ; 276 : 1589-94

(13) McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. Emerg Med Clin North Am. mai 2011;29(2):159-73, vii.

(14) Van Dijk ST, van Dijk AH, Dijkgraaf MG, Boermeester MA. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. Br J Surg. juill 2018;105(8):933-45.

(15) Chang C-C, Wang S-S. Acute Abdominal Pain in the Elderly. International Journal of Gerontology. 1 juin 2007;1(2):77-82.

(16) Aucoin S, Mclsaac DI. Emergency General Surgery in Older Adults: A Review. Anesthesiol Clin. sept 2019;37(3):493-505.

(17) De Dombal FT. Acute abdominal pain in the elderly. J Clin Gastroenterol. déc 1994;19(4):331-5.

ABBREVIATIONS

ATCD : Antécédent
ASC : Aire sous la courbe
AUC : Area under the curve
FID : Fosse iliaque droite
FIG : Fosse iliaque gauche
FLD : Fosse lombaire droite
FLG : Fosse lombaire gauche
FN : Faux négatif
FP : Faux positif
HTA : Hypertension artérielle
IAO : Infirmière d'accueil et d'orientation
IC : Intervalle de confiance
OR : Odd ratio
VN : Vrai négatif
VP : Vrai positif

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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 les 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Contexte: La douleur abdominale est un motif fréquent de recours aux urgences, l'enjeu pour le médecin urgentiste et de pouvoir identifier les plus graves ou les plus à risque de complication, et notamment celles qui nécessitent une prise en charge chirurgicale rapide afin d'améliorer le pronostic fonctionnel et vital du patient.

Objectif: Trouver un score diagnostique clinique prédictif de douleur abdominale chirurgicale urgente afin de détecter dès l'examen clinique les douleurs abdominales requérant une chirurgie rapide.

Méthode : A partir d'une cohorte de 1656 patients s'étant présentés aux urgences de la Timone pour « douleur abdominale », nous avons analysé les critères étant significatifs entre les patients relevant d'une chirurgie urgente versus ceux qui ne relèvent pas d'une chirurgie urgente. Les items sélectionnés ont ensuite été pondérés afin d'obtenir un score diagnostique dont le seuil de positivité a été défini via une courbe ROC.

Résultats : Nous avons identifié plusieurs items avec une valeur significative chez les douleurs abdominales chirurgicales et nous avons ainsi créé un score avec un seuil de positivité $>$ ou égale à 4 qui nous permet d'obtenir des caractéristiques discriminatives intéressantes avec une spécificité de 87% et une sensibilité de 71%, ce score a été testé sur une seconde population avec des résultats similaires.

Conclusion : Nous avons déterminé un score prédictif de douleur abdominale chirurgicale urgente pouvant être utilisé chez les adultes, il pourrait servir d'aide à l'urgentiste dans sa prise en charge sans tout de même se substituer à son raisonnement clinique. Ce score reste à tester de façon prospective et multicentrique afin d'approfondir ce sujet pertinent pour la médecine d'urgence.